



Recertificación RWPC

Condado de San Diego | Agencia de Salud y Servicios Humanos

El Programa de Atención Primaria Ryan White (RWPC, Ryan White Primary Care) no cubre toda la atención médica. No están cubiertos los servicios de habitación por hospitalización ni urgencias. **Los pacientes que tienen otro tipo de cobertura tienen la obligación de volver a pagar los costos de los servicios RWPC.**

Apellido	Primer nombre	Inicial	Nº. seguro social	Fecha de nacimiento

1) ¿Cuenta con seguro médico, Medi-Cal o Medicare? Sí; No

Si respondió "Sí" incluya el proveedor: _____ Nº. Miembro: _____ y deténgase, usted no es elegible para RWPC.

Si respondió "No", continúe con la siguiente pregunta.

2) ¿Cuenta con seguro médico que se compró a través de Covered California? Sí; No

Si la respuesta es "Sí", DETÉNGASE AQUÍ. Usted no es elegible para los servicios médicos de Atención Primaria Ryan White.

Si respondió "No", se le pedirá que firme un formulario de aceptación indicando que usted ha recibido información sobre la inscripción en Covered California, la documentación necesaria, o la posibilidad de incurrir una multa si se niega a inscribirse.

3) ¿Ha cambiado su condición de ciudadanía estadounidense o de Residente Permanente Legal? Sí; No.

Si contestó "Sí" continúe con la siguiente pregunta; si contestó "No", firme e incluya la fecha abajo y regrese el formulario al personal de la clínica.

4) ¿Tiene entre 21 y 64 años y 9 meses de edad? Sí; No

Si respondió "Sí", continúe con la siguiente pregunta.

Si contestó "No", puede que califique para Medi-Cal o Medicare, informe al personal de la clínica y rellene la Solicitud RWPC (RW1).

5) ¿Cuenta con una carta de su médico que indique que usted está discapacitado médica o físicamente? Sí; No

Si contestó "Sí", puede que califique para Medi-Cal, informe al personal de la clínica y llene la Solicitud RWPC (RW1).

Si respondió "No", continúe con la siguiente pregunta.

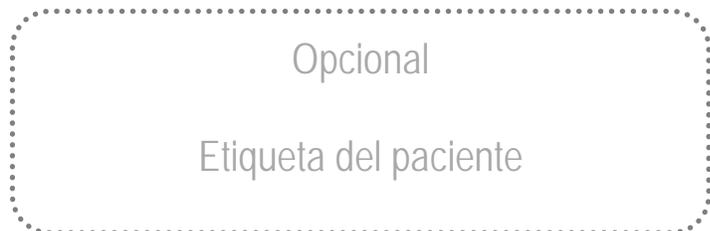
6) ¿Ha cambiado su ingreso desde que se inscribió recientemente en RWPC? Sí; No

Si contestó "Sí", informe al personal de la clínica y llene la Solicitud RWPC (RW1).

Si contestó "No", firme e incluya la fecha abajo y regrese el formulario al personal de la clínica.

Las declaraciones previas son verdaderas a mi leal saber y entender. Yo autorizo la liberación de información de mis expedientes médicos al Condado de San Diego y a la Organización Administrativa de Servicios del Programa de Atención Primaria Ryan White. Yo entiendo que la información que he proporcionado está sujeta a la verificación y que el ocultar o proporcionar intencionalmente información falsa resultará en la pérdida de elegibilidad para los servicios Ryan White. Yo he recibido una copia de la *Información para pacientes del Programa de Atención Primaria Ryan White* y comprendo cuáles servicios están cubiertos y cuáles no.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____



El expediente médico del paciente respalda la elegibilidad RWPC.

Nombre del personal de la clínica: _____ Clínica: _____ Teléfono: _____

Proveedores: Dirija sus preguntas sobre esta solicitud a HIV, STD, and Hepatitis Branch llamando al (619) 293-4722.

Distribución: Envíe por fax la hoja blanca a UnitedHealthcare con una portada **confidencial**; copia amarilla para el paciente; copia rosa para expediente del paciente