|  |  |
| --- | --- |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | Virginia Bleeding Disorders Treatment Center: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Eligibility Dates: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Centro de Tratamiento) (Fechas de elegibilidad) |
| Apellido:  | Nombre: | Dirección de correo electrónico:: |
| Raza:Origen étnico: | Género: | Fecha de nacimiento: | Números de teléfono:(Casa): (Trabajo):(Celular):  |
| Dirección postal: |
| Padre/Encargado: | Número de teléfono: |
| Contacto de emergencia: | Número de teléfono: |
| Médico de atención primaria: |
| INFORMCIÓN DE ELEGIBILIAD | SEGURO DE SALUD | **Primario (marque uno)** | **Secundario (marque uno)** |
| * Privado
 | * Medicaid
 | * Medicare/ Medicare Advantage
 | * Privado
 | * Medicaid
 | * Medicare/ Medicare Advantage
 |
| * Tricare
 | * Sin seguro
 | * Tricare
 | * Sin seguro
 |
| Nombre del seguro: | Nombre del seguro: |
| ¿El paciente recibe SSI o SSDI? Sí: No: Ambos:  |
| INGRESO DE FAMILIA | **(Solo complete esta sección si no tiene seguro de salud)** |
| FUENTE DE INGRESO | RELACION AL PACIENTE | CANTIDAD DE INGRESO BRUTO |
| MENSUAL | ANUAL |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Unidad familiar Número de Adultos: Número de Niños: Total: |
| DX | **(Par ser completado únicamente por personal de la oficina)** |
| Primary Diagnosis | * Episodic
* Prophylactic
 | Severity or Type |
| Homecare provider: | Factor Product: |
| CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE | Por medio de la presente certifico que la información proporcionada es una declaración veraz y completa según mi mejor conocimiento y entendimiento. Si estoy recibiendo medicamento a través del Virginia Bleeding Disorders Program, una explicación completa de los servicios y cargos me han sido provistos. Entiendo que si doy información falsa, oculto información o no notifico de cambios con rapidez, estaría rompiendo la ley y podría ser procesado bajo ley o mis servicios podrían ser descontinuados. Autorizo la liberación de los registros necesarios para actuar en el pago de beneficios autorizados en mi nombre o para verificar la información de la solicitud.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha Firma Relación al paciente |