|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |