

# Virginia Bleeding Disorders Program

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	Virginia Bleeding Disorders Treatment Center: _____ (Centro de Tratamiento)			Eligibility Dates: _____ (Fechas de elegibilidad)		
	Apellido:		Nombre:	Dirección de correo electrónico::		
	Raza:	Género:	Fecha de nacimiento:	Números de teléfono: (Casa): (Trabajo): (Celular):		
	Origen étnico: Dirección postal:					
	Padre/Encargado:		Número de teléfono:			
	Contacto de emergencia:		Número de teléfono:			
	Médico de atención primaria:					
INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD	<b>Primario (marque uno)</b>		<b>Secundario (marque uno)</b>			
	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare/ Medicare Advantage	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare/ Medicare Advantage
	<input type="checkbox"/> Tricare	<input type="checkbox"/> Sin seguro		<input type="checkbox"/> Tricare	<input type="checkbox"/> Sin seguro	
	Nombre del seguro:		Nombre del seguro:			
¿El paciente recibe SSI o SSDI?		Sí: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	Ambos: <input type="checkbox"/>		
INGRESO DE FAMILIA	<b>(Solo complete esta sección si no tiene seguro de salud)</b>					
	FUENTE DE INGRESO	RELACION AL PACIENTE	CANTIDAD DE INGRESO BRUTO			
			MENSUAL	ANUAL		
Unidad familiar Número de Adultos: Número de Niños: Total:						
DX	<b>(Par ser completado únicamente por personal de la oficina)</b>					
	Primary Diagnosis		<input type="checkbox"/> Episodic <input type="checkbox"/> Prophylactic	Severity or Type		
	Homecare provider:			Factor Product:		
CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE	<p>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.</p>					
	Fecha	Firma	Relación al paciente			