

# Virginia Bleeding Disorders Program

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	Virginia Bleeding Disorders Treatment Center: _____ Eligibility Dates: _____ (Centro de Tratamiento) (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	SEGURO DE SALUD	<b>Primario (marque uno)</b>	<b>Secundario (marque uno)</b>	
		<input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare/ <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicare/ Medicare Advantage	<input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare/ <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicare/ Medicare Advantage	
		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
	<u>Unidad familiar</u>		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	