



*Referring clinic:* Once completed, please fax to (858) 560-0179 with the Patient Enrollment Form and pertinent medical records attached.

**Patient Information**

Name		DOB	
Gender		Preferred Language	
Phone		Other Phone	
Address			
City, State, Zip			
Diagnosis Description:		ICD-9 Code	
Specialty Service(s) and Procedure(s) Requested Description:		CPT Code	
Reason for Consultation:			
<input type="checkbox"/> Diagnosis Only <input type="checkbox"/> Diagnosis and Treatment Plan Only <input type="checkbox"/> Diagnosis and treatment then further care with primary provider			
Any other specific question you would like the specialist to address:			

**Primary Care Information**

Provider Name			
Provider Email			
Referral Coordinator Name			
Referral Coordinator Email			
Clinic Name			
Address			
City, State, Zip			
Office Phone		Office Fax	

Attached:

- Problem List   
  Medical History   
  Labs   
  Radio. Report   
  Consults  
 Progress Note   
 Other \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

**Provider Signature**

**Date**

**Direct Phone Number for Specialist to Contact Physician:** \_\_\_\_\_



**Patient Enrollment Form/Forma de Inscripción para Paciente**

Patient: Please return this form to your primary care clinic.

Paciente: Por favor de regresar esta solicitud a su clínica.

Project Access San Diego (PASD) will contact you after we have received this completed form.

*Proyecto Acceso de San Diego (PASD) le llamara después de haber recibido la solicitud completa*

**PATIENT INFORMATION/ INFORMACION DEL PACIENTE**

Name/ <b>Nombre:</b>		Married / <b>Casada/o:</b> <input type="checkbox"/> Yes/ <b>Si</b> <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Male/ <b>Hombre</b> <input type="checkbox"/> Female/ <b>Mujer</b>	Social Security Number/ <b>Seguro Social:</b>	Date of Birth/ <b>Fecha de Nacimiento:</b>	Pregnant? / <b>¿Esta Embarazada?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Phone Number/ <b>Numero de Teléfono:</b>		Other Phone Number/ <b>Otro numero de Teléfono:</b>	
Preferred Language/ <b>Idioma de Preferencia:</b>		Race- Ethnicity/ <b>Pertenencia étnica- Raza</b> <input type="checkbox"/> White/ <b>Blanco</b> <input type="checkbox"/> Black/ <b>Negro</b> <input type="checkbox"/> Hispanic/ <b>Latino</b> <input type="checkbox"/> Asian/ <b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> Pacific Islander/ <b>Isleño Pacífico</b> <input type="checkbox"/> Other/ <b>Otro</b> <input type="checkbox"/> Native American/ <b>Nativo Americano</b> <input type="checkbox"/> Multiracial/ <b>Multirracial</b>	
Address/ <b>Dirección:</b>  City, State, Zip/ <b>Ciudad, Estado, Código Postal:</b>		Email address/ <b>correo electrónico:</b>	
Do you live in San Diego County? / <b>¿ Vives en el Condado de San Diego?</b> <input type="checkbox"/> Yes/ <b>Si</b> <input type="checkbox"/> No		Disabled/ <b>Incapacitado:</b> <input type="checkbox"/> Yes/ <b>Si</b> <input type="checkbox"/> No	
Please provide a copy of one of the following (check one)/ <b>Proporcione por favor una copia de uno del siguiente (cheque uno)</b> <input type="checkbox"/> CA Driver's License/ <b>Licencia de CA</b> <input type="checkbox"/> CA State Identification/ <b>Identificación de CA</b> <input type="checkbox"/> Utility Bill/ <b>Recibo de un servicio</b> <input type="checkbox"/> Rental Agreement/ <b>Contrato de Renta</b> <input type="checkbox"/> Federal Tax Return/ <b>Declaración de impuestos federal</b> <input type="checkbox"/> School Registration/ <b>Registro de Escuela</b> <input type="checkbox"/> Statement from shelter, service agency, or person you are living with / <b>Declaración del albergue, agencia de servicio, o persona con quien usted está viviendo</b>			
Education Completed/ <b>Educación Completada:</b> <input type="checkbox"/> Less than High School/ <b>Menos que Preparatoria</b> <input type="checkbox"/> GED/ <b>Certificado de Preparatoria</b> <input type="checkbox"/> High School Diploma/ <b>Diploma de Preparatoria</b> <input type="checkbox"/> College or higher/ <b>Universidad o un nivel mas alto</b>			
Religion/ <b>Religión:</b> <input type="checkbox"/> Catholic/ <b>Católico</b> <input type="checkbox"/> Christian/ <b>Cristiano</b> <input type="checkbox"/> Jewish/ <b>Judío</b> <input type="checkbox"/> Muslim/ <b>Musulmán</b> <input type="checkbox"/> None/ <b>Ningún</b> <input type="checkbox"/> Other/ <b>Otro:</b>			

**MEDICAL BENEFIT INFORMATION/ INFORMACIÓN BENEFICIOS MEDICAL**

Do you have/ <b>Tiene</b>			
MediCal?	<input type="checkbox"/> Yes/ <b>Si</b>	<input type="checkbox"/> No	
Medicare?	<input type="checkbox"/> Yes/ <b>Si</b>	<input type="checkbox"/> No	
CMS?	<input type="checkbox"/> Yes/ <b>Si</b>	<input type="checkbox"/> No	
Have you applied for MediCal? / <b>¿Usted a aplicado a?</b>			
MediCal?	<input type="checkbox"/> Yes/ <b>Si</b>	<input type="checkbox"/> No	
Medicare?	<input type="checkbox"/> Yes/ <b>Si</b>	<input type="checkbox"/> No	
CMS?	<input type="checkbox"/> Yes/ <b>Si</b>	<input type="checkbox"/> No	
Please explain (ie, waiting for a response)/ <b>Por favor explique (ejemplo: estoy esperando un respuesta):</b>			
Include copies of any Notices of Action you have received/ <b>Incluya copias de Avisos de Acción que haya recibido.</b>			
Do you currently have private health insurance? / <b>¿Tiene aseguranza medica privada?</b> <input type="checkbox"/> Yes/ <b>Si</b> <input type="checkbox"/> No			
Do you have any of the following? / <b>¿Tiene alguna de las enfermedades mencionadas?</b>			
<input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure/ <b>Insuficiencia Cardiaca Congestiva</b>	<input type="checkbox"/> Cardiovascular Disease/ <b>Enfermedades Cardiovasculares</b>	<input type="checkbox"/> Asthma/ <b>Asma</b>	<input type="checkbox"/> Anemia/ <b>Anemia</b>
<input type="checkbox"/> Heart Disease/ <b>Enfermedades del Corazón</b>	<input type="checkbox"/> Stroke/ <b>Embolia</b>	<input type="checkbox"/> Hypertension/ <b>Presión Alta</b>	<input type="checkbox"/> Thyroid Disorder/ <b>Enfermedad de la Tiroides</b>
<input type="checkbox"/> Cancer/ <b>Cáncer</b>	<input type="checkbox"/> Diabetes/ <b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> Substance Abuse ( <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> History of ) / <b>Abuso de Drogas ( <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Historial de )</b>	<input type="checkbox"/> Depression/ <b>Depresión</b>
<input type="checkbox"/> Other/ <b>Otro:</b> _____			

FINANCIAL INFORMATION/ INFORMACIÓN FINANCIERA

What is your monthly household income?/ *¿Cual es su ingreso mensual?* \$  / per month / *al mes*  
List all sources of income. Please provide documentation/ *Enumere todas las fuentes de ingresos. Favor de proporcionar la documentación.*

**What is your household size?/¿Tamaño de la familia?**  
**(Include only your immediate family (i.e. spouse and/or children)/Incluya sólo su familia nuclear (Por Ejemplo: Su esposo/a, su hijos menores de edad)**

Number of adults/Numero de adultos  Number of minor children/ Número de hijos menores de edad

Are you currently employed?/ *¿Esta empleado actualmente?*

- Full time/ *Tiempo Completo*       Part time/ *Medio Tiempo*       Student/ *Estudiante*  
 Unemployed/ *Desempleado*       Seasonal/ *Estacional*       Disabled/ *Incapacitado*

*If employed, please provide copies of pay stubs/ Si está empleado, proporcione por favor una copia de un cheque de trabajo*

*If you are currently unemployed and without other types of income, please explain how your basic needs are met/ Si usted es actualmente desempleado y sin otro tipo de ingreso, explique por favor cómo cubre sus necesidades básicas:*

*Any additional information about your financial situation you would like Project Access to know/ Cualquier información adicional sobre su situación financiera que usted quisiera que Proyecto Acceso supiera:*

EMERGENCY CONTACTS/ CONTACTOS DE EMERGENCIA

1.Name/ *Nombre:*

Phone Number/ *Numero Telefónico:*

Relationship/ *Relación:*

PASD ENROLLMENT AGREEMENT

You agree that you will:

- Follow your treatment plan- for example, get prescribed medications and take them as directed.
- Promptly supply any information that may be requested by the program.
- Allow all information regarding your participation in this program to be shared with other individuals, organizations, and agencies at the discretion of Project Access San Diego (PASD).
- Immediately contact PASD if your income changes or if you become covered by MediCal, Medicare, CMS, VA benefits, disability, employer-sponsored or any other type of health insurance.
- Apply for MediCal or other assistance programs at PASD request.
- Go to an emergency room if you have an emergency, as PASD is an outpatient, nonemergency program. Emergency room visits, however, are not covered by PASD.
- Be disenrolled from the program if we find that you have intentionally misrepresented information regarding finances and/or enrollment in medical assistance programs.

You understand that:

- Your eligibility is for 6 months.
- You must show up on time for all appointments.
- If you miss an appointment, you will be dropped from the program and will not be eligible for re-enrollment.
- You must notify PASD at least one week in advance of an appointment if you need transportation and/or translation.

You certify that:

- You live in San Diego County.
- The information you have given is accurate and complete to the best of your knowledge.
- Your household income is below 350% of the Federal Poverty Level (\$3,176.25/month for a family of one; \$6,518.75/month for a family of four)

By signing below, you confirm that you understand and agree to the above conditions.

**Patient Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

I, \_\_\_\_\_ hereby voluntarily authorize the County of San Diego Health and Human Services Agency (HHSA) to release the following information to PASD. The County of San Diego HHSA may release the following information:

Medi-Cal/CMS eligibility status limited to application pending, application granted, Share of Cost, Co-Payments, application denied, and reason for denial.

This information is needed for the following purpose: PASD Eligibility

- I understand that my personal health information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by the federal privacy regulations.
- This authorization may be revoked and/or modified at any time, exception to the extent that action has already occurred. I understand if I revoke this authorization, I must do so in writing.
- I have the right to request in writing a copy of information being disclosed.
- If applicant is unable to sign this authorization, a legal guardian or other person with lawful authority to act on the applicant's behalf could sign on his/her behalf; and has the right to receive a copy of the authorization signed.
- I am entitled to a copy of this authorization, if I request one.
- This authorization expires 12 months from the initial signing date.

**Patient Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**IMPORTANT: You must include:**

**Proof of residency**

**Proof of income**

***Your application will not be processed without these documents. Please return this form to your primary care clinic. Project Access San Diego (PASD) will contact you after we have received this completed form.***

**PASD ACUERDO DE INSCRIPCION**

Usted esta de acuerdo que:

- Usted seguirá su plan de tratamiento; por ejemplo, obtener medicamentos prescritos con receta medica y tomarlos.
- Proporcionará inmediatamente cualquier información que pueda solicitarse por el programa.
- Permitirá toda información concerniente a su participación en este programa para ser compartida con otras personas, organizaciones y organismos, como lo indique el Proyecto Acceso San Diego.
- Inmediatamente contactara al Proyecto Acceso San Diego, si sus ingresos cambian, o, si llega a estar cubierto por el Medicare, MediCal, Beneficios de VA, incapacidad, u otra asistencia cubierta por la aseguanza de su empleo.
- Aplicara para MediCal u otro programa de asistencia médica, a petición nuestra.
- Irá a una sala de emergencias si usted tiene una emergencia médica. Debido a que el PASD es un programa que no trata urgencias medicas, las visitas de sala de urgencias no son cubiertas por PASD
- Será expulsado del programa si encontramos que usted ha falsificado intencionalmente la información con respecto a finanzas y/o la inscripción en programas de asistencia publica.

Usted entiende que:

- Su plazo de admisión vencerá en 6 meses después de su inscripción.
- Tiene que llegar a tiempo a todas sus citas
- Si usted falta a una cita, será expulsado del programa y no será elegible para re-inscripción.
- Notifique al PASD por lo menos una semana antes de su cita si usted necesita transporte y/o traducción.

Usted puede comprobar que:

- Vive en el Condado de San Diego
- La información que proveyó en la aplicación es verdad
- El ingreso de su casa debe ser debajo de 350% FPL ( \$3,176.25/ por mes para una familia de una persona; \$6,518.75/ al mes por una familia de cuatro)

Si firma abajo usted asegura que entiende y esta de acuerdo con las condiciones mencionadas:

**Firma Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**AUTHORIZACION PARA PROPORCIONAR INFORMACION**

Yo, \_\_\_\_\_ por este medio autorizo voluntariamente que la Agencia de Salud y Servicios Humanos (HHSA) del Condado de San Diego otorgue siguiente información a PASD. La Agencia de Salud y Servicios Humanos (HHSA) del Condado de San Diego puede otorgar la siguiente información:

Estado de elegibilidad de la solicitud para el programa de Medi-Cal/CMS, limitado a: solicitud pendiente, solicitud aprobada, parte de costo, solicitud negada, y la razón por la cual la solicitud fue negada.

Esta información se necesita por lo siguiente: Elegibilidad para el PASD

- Entiendo que mi información de salud personal revelada de acuerdo con esta autorización puede sersujeta a revelarse de nuevo al destinatario y ya no será protegida por las regulaciones de privacidad federal.
- Esta autorización puede ser revocada y/o modificada en cualquier momento, con excepción de la acción ya tomada. Entiendo que si revoco esta autorización, debo de hacerlo por escrito.
- Tengo el derecho de solicitar por escrito una copia de la información revelada.
- Si el solicitante es incapaz de firmar esta autorización, un representante legal u otra persona con autoridad legal que actúe en el nombre del solicitante puede firmar en su nombre.
- Tengo el derecho de una copia de esta autorización, si la solicito.
- Esta autorización se vence después de 12 meses de la fecha de su firma.

**Firma Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Debe de incluir:**

- Comprobante de Residencia**                       **Comprobante de Ingreso**

*Su aplicación no será procesada sin estos documentos. Por favor regrese esta solicitud a su clínica para ser procesada. Proyecto Acceso de San Diego (PASD) le llamara en la brevedad posible después de haber revisado su solicitud completa.*