

Solicitud para membresía de You First

Complete y devuelva esta solicitud:

Correo postal: Vermont Department of Health, PO Box 70 Drawer 38 (YF), Burlington, VT 05402-0070

Fax: 802-657-4208

Para las personas sordas o con problemas de audición, use el Servicio Retransmisiones de Vermont a través del 711 e indique nuestro número: 1-800-508-2222.

Si tiene preguntas o necesita de los servicios de interpretación, llame al 1-800-508-2222. Indique su idioma y nos pondremos en contacto con un intérprete.

Sección 1: Sobre usted

Primer nombre:

Apellido:

Nombre que le gustaría que usara el personal de You First:

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

Número de seguro social (XXX-XX-XXXX):

No tengo número de seguro social

Pronombres: ella él ellos otro (especifique):

Dirección de domicilio:

Actualmente no tengo una dirección permanente

Ciudad/Pueblo:

Estado:

Código postal:

Dirección postal (si es diferente a la anterior):

Correo electrónico:

Número de teléfono:

(____) _____ - _____

Hogar Trabajo Celular

¿Está bien dejar un mensaje? Sí No

¿Cómo prefiere que lo contacten?

Teléfono Correo electrónico Correo postal

¿Es de origen latino o hispano?

Sí No Prefiero no responder

¿Con qué raza o razas se identifica?

(marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Indígena, indio americano o nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> No lo sé o no estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |

¿Cuál es el idioma que prefiere para comunicarse de manera escrita y verbal?

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Nepalí |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Somalí |
| <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Kirundi |
| <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |

¿Necesita que lo llamemos utilizando los servicios de un intérprete?

Sí No

¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 9º grado | <input type="checkbox"/> Parte de los estudios universitarios |
| <input type="checkbox"/> Parte de los estudios en la escuela secundaria | <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad |
| <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria o equivalent | <input type="checkbox"/> No lo sé o no estoy seguro de la equivalencia |
| | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

¿Se identifica como una persona LGBTQ+? (lesbiana, gay, bisexual, transgénero, queer)

Sí No Prefiero no responder

¿Tiene alguna afección o discapacidad de salud física, mental, de aprendizaje o emocional?

Sí No
 Prefiero no responder

El programa You First solicita información personal sobre raza, etnia, educación, identidad de género, sexualidad, discapacidad, e idioma para garantizar que lleguemos a todos los residentes de Vermont elegibles para el programa. Sus respuestas son muy útiles para nuestro equipo en nuestro trabajo para reducir las diferencias prevenibles de los resultados de salud, pero puede elegir la opción "prefiero no responder".

Sección 2: Ingresos

Ingreso total del hogar antes de deducción de impuestos: \$

- cada año cada mes cada semana cada dos semanas

Número total de personas que dependen de este ingreso:

(Incluido usted, cónyuge o pareja, niños u otras personas que dependan de este ingreso)

Sección 3: Seguro médico

¿Tiene seguro médico?

- Sí, tengo seguro médico.
 No, NO tengo seguro médico en este momento.

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Nombre de la compañía de seguro:	Fecha de inicio de la cobertura:
Nombre del titular de la póliza:	Número de identificación o póliza:
Número de cuenta o grupo:	

Sección 4: Antecedentes médicos

¿Tiene, o ha tenido, senos o cérvix? Sí No

¿Tiene un médico o un proveedor de atención médica? Sí No

En caso afirmativo:	Nombre del consultorio: Ubicación del consultorio (pueblo o ciudad):
---------------------	---

Si no, ¿necesita ayuda para encontrar un médico) Sí No

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou o VPH?

- Nunca me he hecho una prueba de Papanicolaou o VPH
- Me he hecho una histerectomía

Fecha:

- No estoy seguro de la fecha

Ubicación:

¿Tiene alguna inquietud sobre el cuello uterino o pruebas de Papanicolaou o VPH anormales recientemente?

- Sí
- No

¿Cuándo fue su última mamografía?

- Nunca me he hecho una mamografía
- Me he hecho una mastectomía

Fecha:

- No estoy seguro de la fecha

Nombre del hospital:

¿Ha experimentado algún cambio en los senos, algún problema o una mamografía anormal reciente?

- Sí
- No

¿Usa algún tipo de producto derivado del tabaco (como cigarrillos, cigarros o productos de vapeo)?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

En caso afirmativo, ¿podríamos remitirle a 802Quits? 802Quits se comunicará por teléfono y dejarán un mensaje si no pueden hablar con usted.

- Sí
- No

¿Cómo se enteró de You First?

- Era miembro antes
- Amigo o familiar
- Búsqueda en línea
- Publicidad en línea
- Pride Center de Vermont
- Médico, personal de enfermería, clínica (especifique):
- Póster o folleto
- Facebook u otra red social
- TV o radio
- Otro (especifique):

Sección 5: Consentimiento del miembro: derechos y responsabilidades

Al firmar esta solicitud, doy mi consentimiento para inscribirme en el programa You First. Acepto que he completado la solicitud con información verdadera hasta donde sé. Autorizo a You First para que pueda acceder y compartir mi información médica.

Autorizo a mi médico, clínica, hospital, laboratorio y programas de estilo de vida a compartir mi información con el programa You First, para que puedan asegurarse de que reciba atención de calidad y para que You First pueda pagar mis facturas médicas elegibles.

Autorizo a You First para compartir información médica personal sobre los exámenes de detección de cáncer del cuello uterino y de mama, exámenes de detección de factores de riesgos de enfermedades cardíacas y atención para diagnósticos y tratamientos con mi médico, personal de enfermería, hospital, clínicas y proveedores de atención médica involucrados en mis exámenes y tratamientos.

You First es financiado por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC, por sus siglas en inglés), que recopila información de You First sobre cómo se utilizan esos fondos. Autorizo a You First para que comparta mi información no identificable con los CDC. "No identificable" significa que protegeremos su privacidad al ocultar o eliminar información que le diría a las personas quién es usted.

Comprendo que cuando me inscriba en el programa You First del Departamento de Salud de Vermont, estoy autorizando al programa para que comparta información sobre mi elegibilidad con otros programas de la Agencia de Servicios (Agency of Human Services, AHS, por sus siglas en inglés) del estado de Vermont para coordinar los servicios.

Mi información personal se mantendrá segura según las prácticas de privacidad de la AHS y las leyes correspondientes. He recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de la AHS.

Comprendo que tengo derecho a retirarme del programa You First. Si ya no quiero seguir inscrito en el programa, enviaré una carta o llamaré a You First para poder retirarme. Envíe la carta a: Department of Health, P.O. Box 70, Drawer 38, Burlington, VT 05402-0070 o llame a nuestro coordinador de servicios al miembro al 800-508-2222.

Firma: _____ **Date:** _____

Firme y envíe el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Agencia de Servicios Humanos.

No se aceptan firmas digitales Si tiene preguntas, comuníquese con el programa You First al 1-800-508-2222.