



# UTHealth

## East Texas

Preventive Healthcare Services

### **Para aplicar, debe devolver:**

- Solicitud de Elegibilidad Del Hogar, **completa y firmado y fecha**
- Formulario de Derechos y Responsabilidad, **firmado y fecha**
- Formulario de Acuerdo de Paciente, **firmado y fecha**
- Incluya su prueba de ingresos (dos pruebas de cheques, debe ser actual, dentro de los últimos 30 días) o Carta de Apoyo (si está desempleado)
- Si recibe SNAP, CHIP o TANF, se puede renunciar a su comprobante de ingresos si adjunta una carta que muestre esto (de adjudicación o certificación actual y / o una lista de compras aprobada por WIC o un recibo de compra reciente de WIC con el saldo restante).
- **Si varias personas solicitan en la misma solicitud, también deben firmar con fecha todos los formularios**

**Las páginas de aplicación incompletas o faltantes NO serán procesadas**

### **Para preguntas llame al:**

Español: 903.877.7498 - Argelia Espinoza (Puede dejar un mensaje)

Inglés: 903.877.8186 - Suprina Kenney

Celular: 903.216.2615

## Solicitud de servicios

### Sección I. Datos del solicitante

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Grupo racial o étnico	
Teléfono principal con código de área	Teléfono secundario con código de área			
Domicilio (calle, número de apartamento o apartado postal)	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Correo electrónico				

### Preferencias de contacto

Método de contacto preferido (Marque todos los que apliquen)

Teléfono  Correo electrónico  Correo postal

¿Qué idioma prefiere hablar?..... Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

¿En qué idioma prefiere correspondencia?..... Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Al marcar esta casilla, autorizo a mi proveedor de atención médica a comunicarse conmigo por mensajes de voz o de texto al número de teléfono celular indicado.

**Información importante para veteranos** – Las mujeres y los hombres que hayan servido en cualquier rama de los cuerpos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluidos el Ejército, la Armada, los Marineros, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, las Reservas o la Guardia Nacional) podrían tener derecho a recibir beneficios y servicios adicionales. Para más información, visite el portal en la red de los veteranos de Texas en <https://veterans.portal.texas.gov/>

¿Es usted veterano?  Sí  No

### Sección II. Información sobre el hogar

¿Tiene usted o alguno de los miembros de su hogar alguna circunstancia especial?..... Sí  No

Si respondió "Sí", dé una explicación detallada de las circunstancias especiales:

**Número de miembros del hogar:** \_\_\_\_\_

El número de personas incluye a usted y a cualquier persona que viva con usted, de quien usted sea legalmente responsable. Los menores de edad, deben anotar a sus padres o tutores legales:

**Miembros del hogar (incluido el solicitante principal)**

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Grupo racial o étnico	Relación	¿Tiene cobertura integral de atención médica? (Sí/No)
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Los programas de cobertura integral de atención médica pueden ser Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), beneficios para veteranos, TRICARE, Seguro privado, etc. Si usted llega a tener cobertura, un representante autorizado del programa, presentará una solicitud de reembolso de su Seguro por cualquier beneficio, servicio o asistencia recibidos por el miembro con cobertura integral.

**Sección III. Otros Beneficios**

Marque todos los beneficios que recibe:

- Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) Perinatal
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Programa para Mujeres, Bebés, y Niños (WIC)
- Healthy Texas Women (HTW)/Mujeres Sanas de Texas
- Medicaid para mujeres embarazadas
- Otros: \_\_\_\_\_
- Ninguno de estos

¿Fue referido a la atención médica primaria por proveedor de Healthy Texas Women?  Sí  No

**Información de los ingresos del hogar**

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del empleador o la persona que paga el dinero	Monto recibido al mes
Tipo de deducción		Monto de la deducción

**Sección IV. Información sobre la atención médica del solicitante**

He leído la sección de Derechos y responsabilidades..... Sí  No

**Aviso sobre la confidencialidad**

Con la excepción de algunos casos, usted tiene derecho a pedir una copia de la información que el estado de Texas recopile sobre usted. Tiene derecho a obtener y revisar esos datos cuando usted lo pida. Usted también tiene derecho a pedir que una dependencia estatal corrija cualquier información que usted considere incorrecta. (Secciones 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004 del Código Gubernamental.)

**Confirmación**

Entiendo que esta solicitud es un document legal y que al firmarla doy fe de que, hasta donde yo sé, toda la información que he proporcionado es correcta y verdadera. Entiendo que dar información falsa podría llevar a ser descalificado del programa o a reembolsar el costo de los servicios recibidos, y que si se aprueba que reciba los servicios del programa, debo cumplir con sus normas, entre ellas el seguir cumpliendo los requisitos y el cumplir todas las demás responsabilidades de los beneficiaries.

\_\_\_\_\_  
Ponga sus iniciales

**Certificación de la cobertura**

Doy fe de que, hasta donde yo sé, no cuento con más cobertura que la indicada en la Sección II, información sobre la atención médica del solicitante. Autorizo al programa a que cobre a las fuentes de cobertura indicadas cualquier servicio prestado.

\_\_\_\_\_  
Ponga sus iniciales

**Declaración sobre la divulgación de información**

Autorizo la divulgación de información médica y de ingresos al proveedor y a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, según sea necesario, para determinar mi elegibilidad o para cobrar por los servicios prestad a mí o a mi hogar.

\_\_\_\_\_  
Ponga sus iniciales

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature of Person Helping Applicant

\_\_\_\_\_  
Relationship to Applicant

\_\_\_\_\_  
Date

# Preventive Healthcare Programs Patient Agreement Form

for

## The Family Planning Program (FPP) & Primary Healthcare Program (PHC)

**Debes leer todo este documento**

### **SERVICIOS CUBIERTOS**

- Exámenes de bienestar para hombres y mujeres.
- Exámenes clínicos del pecho y pélvicos.
- Exámenes de detección de cáncer del seno (mamografía) y cáncer cervical (Papanicolaou).
- Exámenes de salud y visitas para colesterol, diabetes y presión arterial alta.
- Examen para detectar la depresión.
- Pruebas de embarazo y beneficios prenatales limitados.
- Exámenes de salud, detección del HIV, visitas para infecciones de transmisión sexual y tratamiento. (solamente medicamentos para ITS son cubiertos).
- Visitas por condiciones posiblemente contagiosas, como resfriado, influenza y virus.
- Anticonceptivos reversibles de acción prolongada y píldoras anticonceptivas orales.
- Métodos anticonceptivos, como condones, diafragma, espermicida vaginal e inyecciones. Laboratorios de rutina **limitados** y vacunas **limitadas**.

### **SERVICIOS NO CUBIERTOS**

- No hay cobertura para visitas que **no sea** en la **CLÍNICA DE PRÁCTICA FAMILIAR** o en la **CLÍNICA DE LINDALE**.
- **No hay cobertura** para visitas de dolor, problemas de pies, manos, Artritis, Ansiedad, dolor de cabeza, enfermedad del Corazon o Rinon, COPD, Apnea del sueno o **cualquier visita por enfermedad.**
- **Cualquier** visita o diagnostico de **ESPECIALISTAS** como **laboratorios**, examines, o pruebas del corazón o pulmón, GI, etc.
- **No hay cobertura** para **diagnósticos, pruebas cardíacas, pulmonares o renales.**
- **No hay cobertura** para **ADHD, ADD, ansiedad o trastorno bipolar.**
- **No hay cobertura** para **Medicamentos** (solo anticonceptivos orales)
- **No hay cobertura** para visitas a la sala **de emergencias** o **servicios de hospitalización.**
- **No hay cobertura** para Cirugias (Todas).
- **No hay cobertura para algunos exámenes de rutina.**
- 

- ✓ Los solicitantes deben cumplir con los requisitos del programa para ser elegibles.
- ✓ Una vez aprobada, recibirá una tarjeta. Usted debe tener una tarjeta con usted en sus visitas.
- ✓ Es su responsabilidad volver a presentar una solicitud cuando expire su subvención cada año
- ✓ Los servicios se prestarán **mientras haya fondos disponibles**

“Entiendo que si solicito ciertos servicios médicos, laboratorios, rayos-X, medicamentos, (etc.) o si el proveedor considera necesario otros servicios medicos que no esten enlistados, esos servicios puede que **NO SEAN CUBIERTOS** bajo esta subvención. Entonces, si yo decido seguir con esos servicios medicos sugeridos, **yo sere el único responsable del pago total de esos servicios.** reconozco que he leído y entiendo completamente los servicios ofrecidos y no ofrecidos por la subvención de FPG y PHC.

1) NOMBRE

FIRMA

FECHA

2) NOMBRE

FIRMA

FECHA



**Primary Health Care (PHC)**  
**Statement of Applicant's Rights and Responsibilities**  
**Declaración de los derechos y responsabilidades del solicitante**

By signing this application for assistance, I affirm the following:		Al firmar esta solicitud para recibir asistencia, afirmo lo siguiente:		
The information on the application and its attachments is true and correct. This application is a legal document. Deliberately omitting information or giving false information may cause the Provider to terminate services to a member of my household/family or me.		La información en la solicitud y en sus anexos es verdadera y correcta. Esta solicitud es un documento legal. Omitir información deliberadamente o proporcionar datos falsos podría causar que el Proveedor cancele los servicios a un miembro de mi familia o a mí.		
If I omit information, fail or refuse to give information, or give false or misleading information about these matters, I may be required to reimburse the State for the services rendered if I am found to be ineligible for services. I will report changes in my household/family situation that affect eligibility during the certification period (changes in income, household/family members, and residency).		Si omito o me niego a proporcionar información o doy información falsa o engañosa acerca de estos asuntos, se me puede exigir que reembolse al Estado por los servicios recibidos si no califico para recibirlos. Reportaré los cambios en mi situación familiar que afecten el acceso a los servicios durante el período de certificación (cambios en el ingreso, miembros de la familia y de residencia).		
I authorize the release of all information, including but not limited to income and medical information by and to the Texas Health and Human Services Commission (HHSC) and Provider in order to determine eligibility, to bill or to render services to my household/family or me.		Autorizo la divulgación de toda la información, incluyendo, pero sin limitarse al ingreso, información médica de y para el Texas Health and Human Services Commission (HHSC) y el Proveedor para determinar si puedo recibir los servicios y para facturar o brindar los servicios a mi familia o a mí personalmente.		
I understand I may be asked by the Provider to provide proof of any of the information provided in this application.		Entiendo que el Proveedor me puede pedir comprobantes de la información proporcionada en esta solicitud.		
Health insurance coverage, including but not limited to individual or group health insurance, health maintenance organization membership, Medicaid, Medicare, Veterans Administration benefits, TRICARE, and Worker's Compensation benefits, must be reported to the Provider. Benefits from health insurance may be considered the primary source of payment for health care received. I hereby assign to the Provider any such benefits. I also assign payment for benefits and services received from and through the Provider directly to the service providers.		La cobertura de seguro médico, incluyendo pero sin limitarse a seguro individual o grupal, membresía a organizaciones para el cuidado de la salud, Medicaid, Medicare, beneficios de la administración de veteranos, TRICARE y de compensación laboral, deben ser reportados al Proveedor. Los beneficios de esos seguros pueden ser considerados como la fuente principal de pago por los servicios recibidos. Por este medio, asigno al Proveedor cualquier beneficio de este tipo. También asigno el pago de los beneficios recibidos de y a través del Proveedor, directamente a los proveedores de servicios.		
I understand that to maintain program eligibility, I will be required to reapply for assistance at least every twelve months.		Entiendo que para mantener los servicios, se me pedirá que vuelva a solicitar asistencia al menos cada doce meses.		
I am a bona fide resident of Texas or a dependent. I physically live in Texas, maintain living quarters in Texas, and do not claim to be a resident of another state or country, or am a dependent of a bona fide Texas resident.		Soy residente legítimo de Texas o dependiente. Vivo físicamente en Texas, mantengo residencia en Texas y no pretendo ser residente de otro estado o país, o soy dependiente de un residente legítimo de Texas.		
Some programs provide care through program-approved providers. I understand that to receive benefits from such programs, treatment must be received through those program-approved providers.		Algunos programas brindan atención a través de proveedores aprobados por el programa. Entiendo que para recibir beneficios de estos programas, el tratamiento debe ser recibido a través de los proveedores aprobados por el programa.		
I understand that criteria for participation in the program are the same for everyone regardless of sex, age, disability, race, or national origin.		Entiendo que el criterio para participar en el programa es el mismo para todos sin importar el sexo, la edad, la discapacidad, la raza o la nacionalidad.		
I understand I have the right to file a complaint regarding the handling of my application or any action taken by the program with the HHSC Civil Rights Office at 1-888-388-6332.		Entiendo que tengo el derecho de presentar una queja con relación al manejo de mi solicitud o cualquier acción tomada por el programa con la oficina de derechos humanos de HHSC al 1-888-388-6332.		
I understand that I will receive written documentation concerning the services for which my household/family or I is eligible or potentially eligible.		Entiendo que recibiré documentación por escrito concerniente a los servicios para los cuales mi familia o yo calificamos o potencialmente lleguemos a calificar.		
With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. (Reference: Government Code, Section 552.021, 522.023 and 559.004)		Salvo algunas excepciones, tiene el derecho de solicitar y ser informado sobre la información que el estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho de recibir y revisar la información previa solicitud. También tiene derecho de pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que sea incorrecta. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 522.023 y 559.004)		
1.	Applicant's Signature / Firma del solicitante	Date / Fecha	Provider Staff Signature	Date
	_____	_____		
2.	Applicant's Signature / Firma del solicitante	Date / Fecha		
	_____	_____		



### **Important Information for Former Military Service Members**

Women and men who served in any branch of the United States Armed Forces, including Army, Navy, Marines, Air Force, Coast Guard, Reserves or National Guard, may be eligible for additional benefits and services. For more information, please visit the Texas Veterans Portal at <https://veterans.portal.texas.gov>.

### **Información importante para antiguos miembros de las Fuerzas Armadas**

Las mujeres y los hombres que hayan pertenecido a cualquier cuerpo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluidos el Ejército, la Armada, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el cuerpo de reservistas o la Guardia Nacional) podrían recibir beneficios y servicios adicionales. Para más información, visite el Portal de Texas para Veteranos en <https://veterans.portal.texas.gov>.

# Alphabetical Index of Clinics, Offices & Services

## Building A

- ✚ **Emergency Room - A1**
- Geriatric Behavioral Health - A4
- GI Lab - A1
- Hurst Chapel - A1
- NeuroRestorative - A6

## Building B

- Cafeteria - B1
- Human Resources - B3
- Inpatient Pharmacy - B1
- Red & Kim Little Conference Room - B6
- Tranquility Garden - B1
- UT Health North Campus Gift Shop - B1

## Building C

- Plant Operation/Facilities - C115

## Building D

- Hudnall Auditorium - D2
- Lab (After-Hours) - D1
- Outpatient Pharmacy - D1

**\*\*\*Preventive Healthcare Office - D206**

## Building E

- Riter Center**
- Cystic Fibrosis Clinic - E4
- Family Health Clinic - E2
- Infectious Disease Clinic - E1
- Internal Medicine Clinic - E3
- Laboratory (Lab) - E1
- Occupational Medicine Clinic - E3
- Pulmonary Clinic - E1
- Radiology/X-ray - E1
- Rehabilitation Services - E2
- Riter Center Gift Shop - E1

## Building F

- Acute Behavioral Health - F1
- Behavioral Health Clinic - F1

## Building G

- Breast Center - G2
- GI Clinic - G2

## The Louise & Joseph Z. Ornelas Academic Amphitheater - G3

- Plastic Surgery Clinic - G2
- Podiatry Clinic - G2
- Urology Clinic - G2
- UT Health North Campus Tyler**
- MD Anderson Cancer Center - G1**
- Watson W. Wise Medical Library - G3

## Building H

- School of Community and Rural Health**
- Center for Population Health, Analytics & Quality Advancement - H212
- Community Teaching Kitchen - H140
- Dean's Suite - H201
- Executive Suite - H327 - H351
- President's Event Center - H127 & H128
- Provost Suite - H306
- Southwest Agricultural Center - H106
- Student Services - H112

## Building #698

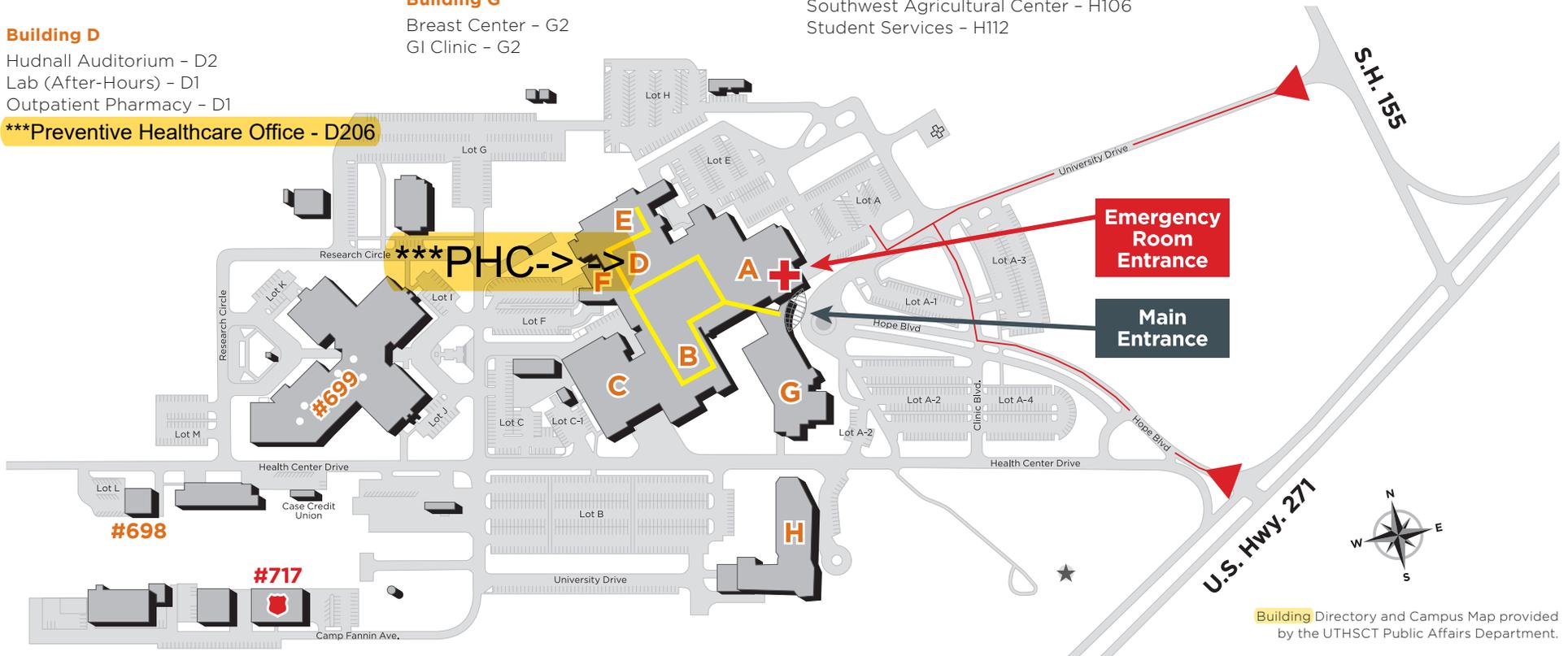
- Outpatient Counseling

## Building #699

- Biomedical Research Center**

## Building #717

- Police



Building Directory and Campus Map provided by the UTHSCT Public Affairs Department.

Please help us process your application faster by including all your supporting documents.

## Return your application to:

### **Suprina Kenney**

Preventive Healthcare Grants  
**Attn: Suprina Kenney**  
11937 US Hwy 271, Box 34  
Tyler, TX 75708

- ✓ Applicants must meet all eligibility requirements and it is **your** responsibility to reapply annually
- ✓ Once approved, you will receive a wallet card
- ✓ **Call to make an appointment: 903-596-3862**

If you have any questions, email or call me:

Email: [suprina.kenney@uthct.edu](mailto:suprina.kenney@uthct.edu)

**OFC Phone: 903.877.8186**

**Cell: 903.216.2615**

**FAX: 903.877.5905**

~ ~ ~ ~ ~

## Devuelva su solicitud a:

### **Argelia Espinoza**

Preventive Healthcare Grants  
**Attn: Argelia Espinoza**  
11937 US Hwy 271, Box 34  
Tyler, TX 75708

- ✓ Es **su responsabilidad** volver a aplicar cada año y deben cumplir con todos los requisitos de elegibilidad
- ✓ Después de estar aprobado, recibirá un carta
- ✓ **Llame para hacer una cita: 903-596-3862**

Si tienes preguntas, mándame un correo electrónico o llámame:

Email: [argelia.espinoza@uthct.edu](mailto:argelia.espinoza@uthct.edu)

**Telefono: 903.877.7498**

**FAX: 903.877.5905**

**Por favor ayúdenos a procesar su solicitud más rápido al incluir todos sus documentos de respaldo.**