



**PROGRAMA DE TUBERCULOSIS DE MEDI-CAL  
REFERENCIA**

**COUNTY USE ONLY**

EW name: \_\_\_\_\_

EW number: \_\_\_\_\_

Case number: \_\_\_\_\_

Case name: \_\_\_\_\_

***Esta forma debe ser completada para determinar la elegibilidad de la persona  
para el Programa de Tuberculosis de Medi-Cal.***

**Por favor letra molde.**

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL — —
---------------------	---------------------------------	---------------------------------

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Yo consiento que esta información puede ser remitida a la oficina de bienestar del condado.

FIRMA DE PACIENTE O PADRE/GUARDIÁN (si el paciente es menor de 18 años)

**PARA USO DEL PROVEEDOR UNICAMENTE**

Si alguna pregunta es contestada “Sí,” el paciente, \_\_\_\_\_, esta infectado de Tuberculosis.

1. Requiere terapia preventiva para infección de Tuberculosis.  Sí  No2. Requiere tratamiento para Tuberculosis activa.  Sí  No**ELEGIBILIDAD RETROACTIVA**

Esta persona ha estado bajo terapia para Tuberculosis dentro de los últimos tres meses antes de la aplicación.

 Sí—Fecha de la terapia de Tuberculosis comenzó: \_\_\_\_\_ No**Proveedor o personal de clínica:** Por favor de completar la MC 210 A si la pregunta de arriba es “Sí,” y el paciente cree que él o ella es elegible para beneficios retroactivos.

**Si esta persona es infectada por la Tuberculosis, por favor de mandar por correo los partes A, B, y C de la forma MC 274 TB a la oficina local de bienestar del condado para una determinación bajo el programa de Tuberculosis de Medi-Cal.**

NOMBRE DE MÉDICO (Por favor estampe, letra de molde, o escribir a maquina)		NÚMERO DE TELÉFONO (      )
TÍTULO DE MÉDICO	NÚMERO DE MEDICAL DEL PROVEEDOR	FECHA
DIRECCION DEL PROVEEDOR (Número/Calle)	Ciudad	Código Postal

FIRMA AUTORIZADA DEL PROVEEDOR



ORIGINAL—Departamento de Bienestar del Condado

UN COPIA—Proveedor

UN COPIA—Paciente

## PROGRAMA DE TUBERCULOSIS DE MEDI-CAL

### AUTORIZACIÓN PARA ASISTENCIA EN LA CLÍNICA

**Yo aquí designo cualquier personal, autorizado por la clínica, a desempeñar admisión y/o funciones de tratamiento, para asistirme en la aplicación para beneficios del programa de Tuberculosis sin ningún costo a mí persona.**

Esta asignación permite al personal autorizado de la clínica a:

- Someter verificaciones solicitados al departamento de bienestar del condado;
- Asistirme en completar la “Aplicación para el Programa de Tuberculosis de Medi-Cal” y los formularios MC 210, “Declaración de Hechos; y
- Obtener información de el departamento de bienestar del condado con respecto al estado legal de mi aplicación.

Yo comprendo que Yo no tengo que aplicar para beneficios de Medi-Cal bajo este programa y que no sere negado tratamiento si Yo escojo en no aplicar. Yo también comprendo que yo tengo la responsabilidad para completar y firmar la Declaración de Hechos y para proveer todas las verificaciones solicitadas antes de que mi elegibilidad de Medi-Cal pueda ser determinada.

Yo aquí afirmo que yo hago este asignamento voluntario y que yo puedo revocarlo en cualquier momento notificando al trabajador de elegibilidad de Medi-Cal y la clínica.

➤ \_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

➤ \_\_\_\_\_  
Firma del Personal Autorizada por la Clínica

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Clínica

\_\_\_\_\_  
Dirección de la Clínica

(       )  
\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono de la Clínica