

# DC Healthy Families

## Formulario de continuación de Tarifa por Servicio

---

**Finalidad:** El Formulario de continuación de Tarifa por Servicio tiene por objeto dar a las personas con VIH/SIDA la opción de no inscribirse en un plan de salud. Es probable que este grupo haya desarrollado una relación constante con un médico de atención primaria o especialista que satisfaga sus necesidades particulares. La idea es no interrumpir ese tipo de cuidado, en especial si el médico de atención primaria no pertenece a un plan de atención médica administrada (Managed Care). Las personas con VIH/SIDA tienen la opción de continuar directamente en Medicaid.

**Qué hacer:** Si usted o su hijo/a tiene VIH/SIDA, usted debe:

- Llenar las **Secciones 1 y 2** de este formulario
- Llevarle este formulario a su médico y pedirle que llene las secciones 3 y 4

***Esto es todo lo que tiene que hacer para usar esta opción, pero debe hacerlo ¡ahora!***

---

1. En este momento, no tengo que inscribirme en uno de los planes de salud de DC Healthy Families Medicaid Manager Care (MCO) debido a:

**EXCEPCIÓN VIH/SIDA** –Soy HIV+ o tengo SIDA (*Haga que su médico firme a continuación*)

---

### 2. VERIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre (escriba en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de Medicaid \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de teléfono alternativo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

### 3. VERIFICACIÓN MÉDICA

Por el presente certifico que \_\_\_\_\_ es mi paciente y se encuentra bajo mi cuidado debido a que padece de VIH/SIDA.

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

### 4. DEVUELVA ESTE FORMULARIO POR CORREO O FAX A:

*Elisa Fauntleroy, Medical Assistance Administration, 825 North Capitol Street, NE Rm. 5135, Washington D.C. 20002 Número de fax: 202-478-1379*