



El Programa de Ayuda económica a pacientes es solamente para aquellas personas que tengan un diagnóstico de cirugía de corazón y enfrenten dificultades económicas para sufragar una o varias de los siguientes servicios: hospitalización para cirugía de corazón, anestesia, remplazo de válvula, angioplastia, “stent” o marcapaso. La solicitud está sujeta a evaluación de un comité de la Junta de Directores y a los fondos disponibles.

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR LOS SERVICIOS DE LA FUNDACION DR. GARCIA RINALDI

- 1. Completar la Solicitud de Servicios y/o Cirugía Cardiovascular.**
- 2. Incluir el diagnóstico del médico del paciente.**
- 3. Incluir información del proveedor o del hospital sobre los costos que se requiere cubrir.**
- 4. Presentar verificación de empleo y/o evidencia de ingresos de asistencia nutricional, asistencia pública, Programa NUIE, WIC, Seguro Social, Seguro por Desempleo, planilla de ingresos y cualquier otro documento que estimemos necesarios.**
- 5. Otras organizaciones a las que ha solicitado ayuda:**

Plan Médico	Municipio
Proveedor	Gobierno Central
Enfermedades Catastróficas	Iglesia
Otra:	_____

- 6. Completar y entregar firmado el formulario de autorización.**

ADVERTENCIA SOBRE CONFIDENCIALIDAD

Esta comunicación, incluyendo los documentos que le acompañan, es para el conocimiento y uso exclusivo del destinatario. Si el lector no es el destinatario ni ha sido autorizado por éste para leerla, se le advierte que el contenido es confidencial y su divulgación a otra persona que no sea el destinatario está prohibido por ley. Si la recibió por error, se agradecerá no la copie ni la reproduzca. De este ser el caso, debe informar de inmediato al teléfono remitente y devolverlo por correo a la dirección que aparece en el timbre de esta hoja de envío.



FORMA DE AUTORIZACIÓN

LA PRESENTE FORMA ES REQUISITO INDISPENSABLE DE LA FUNDACIÓN DR. GARCIA RINALDI A TODO SOLICITANTE DE AYUDA ECONÓMICA CON LA FINALIDAD DE OBTENER AUTORIZACIÓN DEL FIRMANTE A LA FUNDACIÓN DE DIVULGAR INFORMACIÓN Y ACCEDER INFORMACIÓN.

Nombre _____

Fecha _____

Sirva la presente para autorizar a la Fundación Dr. García Rinaldi a divulgar la información que se encuentra escrita tanto en la solicitud de ayuda económica como en la documentación requerida para completar esta solicitud. Así como acceder cualquier otra información que la Fundación considere como necesaria para completar la solicitud de ayuda económica que el firmante solicite a la Fundación. Autorizo además a la Fundación Dr. García Rinaldi a divulgar esta información en todos los procesos que esta tenga que realizar con la finalidad de que se complete mi expediente y pueda ser presentado al comité evaluador de la Fundación.

La Fundación y el firmante tienen el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito y con previa notificación verbal a la revocación. El firmante debe de saber que la información divulgada podría no seguir protegida. Este documento estará vigente hasta que se determine si se aprobará o no la ayuda económica al paciente y se concrete el pago de la Fundación al proveedor del servicio al paciente.

Firma del Paciente