|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

A picture containing clipart

Description automatically generated

**Acuerdo Programa CATCH y Responsabilidades del Cliente**

**¿Qué es CATCH?**

CATCH, un programa de Community Health Partnership, trabaja con clínicas de la red de seguridad locales para proporcionar a las personas eligibles acceso a atención especializada y servicios diagnósticos gratis o a precio reducido. Todos los clientes de CATCH son evaluados por la clínica de la red de seguridad para asegurar que cumplan con los requisitos de elegibilidad para el programa. Para recibir servicios donados por el programa, todos los individuos elegibles deben revisar este acuerdo y firmar con iniciales.

# El cliente de CATCH está de acuerdo con lo siguiente:

* Programaré mi propia cita con el especialista o prueba diagnóstica una vez que reciba la aprobación del Coordinador de CATCH. Haré todo esfuerzo para estar presente, pero si no puedo asistir, notificaré a la oficina del especialista o sitio de prueba con por lo menos 24 horas de antelación.
* Programaré las citas únicamente con los especialistas o clínicas a las cuales he sido remitido.
* Después de programar la cita con el especialista o sitio de prueba, notificaré a la clínica de la red de seguridad en cuanto a la fecha y hora de la cita.
* Si necesito un traductor o interprete adulto, notificaré a la oficina del especialista con anticipación de la cita.
* Llegaré a tiempo y preparado para cada cita (por ejemplo, llevar registros e informes si me los piden).
* Autorizo a CATCH, a la clínica de la red de seguridad, y a los clínicos compartir información importante acerca de mi salud. Firmaré una Divulgación de Información, tal como se la proporciona la clínica de la red de seguridad.
* Notificaré al Coordinador de CATCH si se me remiten para pruebas cualquieras fuera de la oficina del especialista. Si no se coordina, esto puede resultar en una factura.

* Entiendo que puede haber servicios en este programa que no son gratis, por los cuales se me facturarán. Cuento que la oficina/sitio de prueba me lo indicará de antemano para que pueda decidir proceder o no.
* Contactaré inmediatamente a la clínica de la red de seguridad si hay cambios en mis ingresos, dirección, número de teléfono, o cuando sea eligible para Medicaid, seguro privado, o acceso a otros beneficios de salud.
* De inmediato facilitaré información de elegibilidad que pueda ser pedida por la clínica de la red de seguridad. Haré solicitud para Medicaid u otros programas de asistencia al pedido de la clínica de la red de seguridad, si corresponde.

Los iniciales debajo indican que el personal de la clínica de red de seguridad y el paciente han revisado el acuerdo en esta fecha:

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iniciales del personal de la clínica de la red de seguridad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iniciales del cliente de CATCH:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordinadora de CATCH: Abby Putz

719-632-5094, x111

[catch@ppchp.org](mailto:catch@ppchp.org)