NEW HORIZONS
HEALTHCARE

Solutions for a healthy community.

Paquete para pacientes nuevos

REV. 2026

Lea **todo** el paquete, **complete** las solicitudes y **traiga** toda la documentación necesaria a su cita con nuestro coordinador de elegibilidad.

Su cita será reprogramada con el coordinador de elegibilidad si el paquete está incompleto o la documentación solicitada no está disponible.

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud, llame al: 540-362-0360

NEW HORIZONS
HEALTHCARE
Solutions for a healthy community.

Información del paciente

Nombre:_____ Segundo nombre: _____Apellido: _____

Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal Ciudad, estado, código postal: _____

Condado:_____ ¿Necesita un intérprete? Sí/No: Idioma: _____

Número de teléfono de casa: (___) _____ - _____ Dirección de correo electrónico: _____

Número de celular: (___) _____ - _____

Número de teléfono del trabajo: (___) _____ - _____ ¿Cómo supo de nosotros? _____

Contacto en caso de emergencia

Nombre: _____ Relación:_____

Número de teléfono de casa: (_____) _____ -- _____ Número de celular: (_____) _____ - _____

Dirección: _____

Persona responsable

Nombre: _____ Número de teléfono:(_____) _____ -- _____

Dirección: _____

Firma de la persona responsable: _____

Aviso de prácticas de privacidad

Por la presente, reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar y/o recibir una copia del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD **de New Horizons Healthcare**. Comprendo que, si tengo preguntas o quejas sobre mis derechos de privacidad, puedo ponerme en contacto con el director de cumplimiento y gestión de riesgos. Asimismo, comprendo que la consulta me ofrecerá actualizaciones de este **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** en caso de que se enmiende, modifique o cambie de alguna manera.

Firma de la persona responsable _____ Fecha:_____

Servicios que ofrece New Horizons Healthcare

Marque todos los servicios ofrecidos por New Horizons Healthcare en los que esté interesado (consulte el folleto de orientación recibido en la primera cita para obtener una lista completa de los servicios).

- ❑ **Farmacia: la farmacia de New Horizons Healthcare es una farmacia de servicio completo abierta al público. Ofrece tarifas reducidas para pacientes, programa de asistencia con medicamentos y entrega gratuita dentro de un radio de 15 millas.**
- ❑ **Médico: en adultos incluye acceso abierto, salud de la mujer, descuento de tarifa móvil, visitas médicas y de rutina, exámenes físicos anuales, vacunas, control de enfermedades crónicas, laboratorio y radiografías. En niños, incluye la atención del niño/adolescente sano, medicina preventiva, vacunas, atención del bebé sano, exámenes físicos escolares/deportivos.**
- ❑ **Salud conductual: totalmente integrada con nuestros servicios médicos y dentales. Como centro de servicios integrados, los pacientes que solicitan servicios de asesoramiento, evaluación psiquiátrica y tratamiento deben ser pacientes médicos de New Horizon.**
- ❑ **Dental: atención preventiva que incluye exámenes bucales, limpieza, fluoruro y selladores, radiografías, empastes, endodoncias, coronas, puentes y dentaduras postizas.**
- ❑ **Servicios OBAT: ofrece tratamiento para todos los tipos de trastornos por consumo de sustancias, incluida una combinación de tratamiento asistido con medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), asesoramiento individual y grupal sobre salud conductual y servicios de gestión de la atención. Para este servicio no es necesario ser paciente habitual.**

N.° de cuenta _____ Fecha de nacimiento _____

Responda lo mejor que pueda a las siguientes preguntas. Los datos se recopilan únicamente con fines de financiación y toda la información se mantendrá confidencial y anónima. Esto nos permite seguir ofreciéndole el mejor nivel de atención posible con tarifas reducidas.

¿Cuál es su raza? - Marque una.

- o Afroamericano
- o Asiático
- o Indio asiático
- o Caucásico
- o Chino
- o Filipino
- o Guamanés o chamorro
- o Japonés
- o Coreano
- o Nativo americano
- o Nativo hawaiano
- o Otro asiático
- o Otra isla del Pacífico
- o Isleño del Pacífico
- o Samoano
- o Vietnamita
- o Más de una raza
- o Prefiero no contestar

¿Cuál es su etnia? (Región de origen considerada para la categoría de raza según la Oficina del Censo): Marque todo lo que corresponda.

❑ Indio americano o nativo de Alaska
- o Norteamericano
- o Centroamérica
- o Sudamérica

❑ Asiático
- o Extremo Oriente
- o Sureste
- o Indio

❑ Negro o afroamericano
- o África

❑ Hispano, latino/a o español
- o Mexicano, mexicano-americano, chicano/a
- o Puertorriqueño
- o Cubano
- o Otro origen hispano, latino o español
- o Hispano, Latino/a, Origen español combinado

❑ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- o Hawái/Guam
- o Islas del Pacífico
- o Samoa

❑ Blanco
- o Europa
- o Oriente Medio
- o África del Norte

¿Cuál es su idioma preferido?

- o Inglés
- o Otro (especifique):_____

¿Cuál es su sexo asignado al nacer? o Masculino o Femenino o Opta por no contestar

Salario anual individual:		Ingresos familiares:		Tamaño de la familia	_____

¿Cuál es su orientación sexual? Seleccione o describa a continuación.

- o Heterosexual
- o Lesbiana/gay u homosexual
- o Bisexual
- o No lo sé
- o Opto por no divulgar
- o Otra cosa, describa: _____

¿Cómo identifica su género? Seleccione o describa a continuación.

- o Masculino
- o Femenino
- o Transgénero masculino/de femenino a masculino (FTM)
- o Transgénero femenino/de masculino a femenino (MTF) género no binario
- o Opto por no divulgar
- o Categoría de género adicional/otra, describa: _____

¿Es usted alguna de las siguientes opciones? Marque todo lo que corresponda.

- o Veterano
- o Militar en servicio activo
- o Trabajador migrante
- o Trabajador agrícola
- o Indigente

Si es indigente, ¿dónde vive actualmente?

- o Comparte una habitación: vive con alguien
- o En la calle
- o Otro
- o Transicional
- o Desconocido
- o Albergue para indigentes
- o Vivienda de apoyo permanente

NEW HORIZONS HEALTHCARE
Solutions for a healthy community.

Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:

PÁGINA DE DECLARACIÓN DE SEGURO

Presente TODAS las tarjetas de seguro al coordinador de elegibilidad al momento de la cita.

Actualmente no tengo ningún seguro médico ni cobertura de recetas farmacéuticas, ya sea a través del gobierno (Medicare o Medicaid), empleo o una empresa privada. Cuando reciba cobertura de seguro o cobertura de recetas farmacéuticas, notificaré a New Horizons Healthcare dentro de los 30 días posteriores a la fecha de inicio del nuevo seguro y le proporcionaré una copia de mi tarjeta.

Escriba aquí sus iniciales: ☐ *De no ser así, pase a la sección de farmacia.*

COBERTURA DEL SEGURO PRIMARIO

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA	INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR
Nombre de la empresa: _____	Nombre del titular de la póliza: _____
Dirección: _____	Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
Ciudad, estado, código postal: _____	Empleador del titular de la póliza: _____
N.º de suscriptor/póliza/Medicaid/Medicare: _____	Relación con el paciente: _____
N.° de grupo: _____	

¿Su seguro **primario** ofrece cobertura de medicamentos con receta? S/N

COBERTURA DEL SEGURO SECUNDARIO

INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURADORA	INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR
Nombre de la empresa: _____	Nombre del titular de la póliza: _____
Dirección: _____	Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
Ciudad, estado, código postal: _____	Empleador del titular de la póliza: _____
N.º de suscriptor/póliza/Medicaid/Medicare: _____	Relación con el paciente: _____
N.º de grupo: _____	

¿Su seguro **secundario** ofrece cobertura de medicamentos con receta? S/N

COBERTURA DEL SEGURO DENTAL

INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURADORA	INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR
Nombre de la empresa: _____	Nombre del titular de la póliza: _____
Dirección: _____	Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
Ciudad, estado, código postal: _____	Empleador del titular de la póliza: _____
N.º de suscriptor/póliza/Medicaid/Medicare: _____	Relación con el paciente: _____
N.º de grupo: _____	

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA PREFERIDA

☐ Farmacia New Horizons Melrose
3716 Melrose Ave, Roanoke, VA

☐ Farmacia New Horizons Melrose
3716 Melrose Ave, Roanoke, VA

☐ Otra, proporcione:

Nombre de la farmacia: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

¿Alguna otra agencia/organización paga por sus servicios? (Ej. Every Woman's Life, PCT a través de BRBH, DARS, VDH, etc.)
Sí/No De ser así, ¿qué organización(es)? _____

NEW HORIZONS HEALTHCARE
Solutions for a healthy community.

TARIFA VARIABLE SOLICITUD

Nombre del paciente **Fecha de nacimiento del paciente**

Animamos a todos los pacientes a solicitar nuestro programa de Tarifas Ajustables, que ofrece descuentos en muchos servicios si cumplen con los requisitos. La elegibilidad para este programa se basa en los ingresos y el tamaño familiar. Debe informarnos sobre cualquier cambio en sus ingresos y tamaño familiar, ya que esto puede afectar el monto a pagar. Se le pedirá que revise y actualice su información anualmente. Si se determina que no cumple con los requisitos para el programa de Tarifas Ajustables y se le han realizado cargos, deberá pagar el saldo adeudado. Le ayudaremos a establecer un plan de pago si es necesario. Deberá pagar una tarifa mínima por su primera visita hasta que se complete el proceso de elegibilidad para el programa. El costo restante de la primera visita y las siguientes se basará en el resultado de la determinación.

Si no desea solicitar el programa de tarifas variables, por favor, retírese marcando sus iniciales aquí: ☐

Por favor, presente una identificación con fotografía emitida por el gobierno para verificar su identidad.
Por favor, marque todos los tipos de ingresos* que ingresan a su hogar y proporcione al menos una forma de comprobante de las opciones proporcionadas para cada tipo de ingreso.**
**Los ingresos incluyen todo el dinero que ingresa al hogar y que potencialmente puede usarse para cubrir las necesidades de cuidado, alimentación y atención médica del hogar.*
***Se entiende por hogar al solicitante más su cónyuge o pareja y sus dependientes legales.*

Tipos de ingresos familiares (*marque solo lo que corresponda*)	**Documentos aceptables para comprobar los ingresos del hogar**
Empleo ☐	**EMPLEADOR** COMPROBANTES DE PAGO RECIENTES O CARTA DEL EMPLEADOR* Recibos de pago actuales : Un (1) mes de recibos de pago actuales que muestren los ingresos brutos. Carta del empleador : una carta firmada en papel con membrete de la empresa por el empleador que indique un (1) mes de salario bruto que incluya la dirección y el número de teléfono del empleador. **Proporcione los recibos de pago del mes anterior de todas las personas mayores de 18 años que reciben ingresos en el hogar.*
Trabajo por cuenta propia ☐	**DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES SOBRE LA RENTA** FORMULARIO 1040 Y ANEXO C DEL IRS Formulario 1040 del IRS - www.irs.gov/pub/irs-pdf/f1040.pdf Anexo C - Ganancias o pérdidas de un negocio - www.irs.gov/pub/irs-pdf/f1040sc.pdf
Desempleo ☐	**COMISIÓN DE EMPLEO DE VIRGINIA (VEC)** CARTA DE VERIFICACIÓN DE BENEFICIOS O CARTA DE DENEGACIÓN DE BENEFICIOS En línea : inicie sesión en su portal de autoservicio para clientes en VEC.Virginia.gov. Teléfono : Llame al Centro de Atención al Cliente al 866-832-2363.
Desempleado y/o Sin hogar ☐	**REFUGIO** FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE VIVIENDA Y APOYO Si usted está desempleado y vive en un albergue, solicite un formulario de verificación de vivienda y apoyo a New Horizons Healthcare y pida a un representante del albergue que complete la sección correspondiente. **FAMILIARES O AMIGOS** FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE VIVIENDA Y APOYO

	Si usted está desempleado y vive con familiares o amigos, solicite un formulario de verificación de vivienda y manutención a New Horizons Healthcare y pida al familiar o amigo que le proporciona comida y alojamiento que complete la sección correspondiente. **SIN SOPORTE** FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS Si usted está desempleado, no tiene hogar y nadie le proporciona comida ni refugio, solicite y complete un formulario de autodeclaración de ingresos de New Horizons Healthcare.
Indemnización laboral ☐	**COMISIÓN DE COMPENSACIÓN LABORAL DE VIRGINIA (VWC)** CARTA DE ADJUDICACIÓN (ORDEN DE ADJUDICACIÓN) En línea : utilice el portal WebFile en webfile.workcomp.virginia.gov/login para obtener la carta de adjudicación. Llama – Llama al Centro de Atención al Cliente al 877-664-2566 para solicitar una carta de adjudicación.
Seguridad social ☐ Discapacidad (SSDI) ☐ SSI ☐	**ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL (SSA)** CARTA DE VERIFICACIÓN DE BENEFICIOS (CARTA DE COMPROBANTE DE INGRESOS) En línea : Inicie sesión en su cuenta personal de My Social Security en SSA.gov. Haga clic en el enlace "Su carta de verificación de beneficios" en su panel de control. Seleccione el enlace de Adobe PDF para descargar o imprimir la carta. Teléfono : Llame al servicio de asistencia telefónica automatizada de la SSA al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778) . Cuando escuche "¿En qué puedo ayudarle hoy?", diga "comprobante de ingresos". Se le enviará una copia por correo en un plazo de 10 días hábiles.
QUEBRAR ☐ TANF ☐	**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES (DSS)** CARTA DE APROBACIÓN DE BENEFICIOS (AVISO DE ACCIÓN) En línea : inicie sesión en su cuenta personal de Commonhelp.Virginia.gov para descargar o imprimir la carta. Teléfono : Llame al Centro de Atención al Cliente de Enterprise al 855-635-4370. Oficina local de DSS : llame o visite su oficina local de DSS.
Pensión de veteranos ☐ Discapacidad de la VA ☐	**ASUNTOS DE VETERANOS (VA)** CARTA RESUMEN DE BENEFICIOS (CARTA DE CONCESIÓN DE BENEFICIOS DEL DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DE VETERANOS) En línea : inicie sesión en su cuenta personal My VA en VA.gov y descargue o imprima la carta. Teléfono : si tiene problemas para descargar una carta, llame a la línea de información principal de MyVA411 al 800-698-2411 (TTY 711).
Manutención infantil ☐	**DOCUMENTOS LEGALES** ACUERDO DE SEPARACIÓN, DECRETO DE DIVORCIO U ORDEN JUDICIAL Por favor, proporcione una copia del Acuerdo de Separación, Decreto de Divorcio u Orden Judicial que describa la cantidad de manutención infantil que se paga mensualmente. **DIVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE MANUTENCIÓN INFANTIL (DCSE)** ESTADO DE PAGOS En línea: visite mychildsupport.dss.virginia.gov para ver e imprimir un "Estado de pagos".
Pensión alimenticia ☐	**DOCUMENTOS LEGALES** ACUERDO DE SEPARACIÓN O DECRETO DE DIVORCIO Por favor, adjunte una copia del acuerdo de separación o de la sentencia de divorcio.
Pensión o prestaciones de jubilación ☐	**ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL (SSA)** CARTA DE VERIFICACIÓN DE BENEFICIOS (CARTA DE COMPROBANTE DE INGRESOS) Si su pensión está integrada con la Seguridad Social, siga las instrucciones anteriores de la Administración de la Seguridad Social (SSA) para obtener una Carta de Verificación de Beneficios. **CORPORACIÓN DE GARANTÍA DE BENEFICIOS DE PENSIONES (PBGC)** CARTA DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS Si su pensión fue asumida por el gobierno federal, solicite una carta de verificación de ingresos a la PBGC. En línea : inicie sesión en el sistema MyPBA en PBGC.gov Teléfono : Llame al 800-400-7242 **OFICINA DE JUBILACIÓN DE LA OPM** SUS BENEFICIOS DE JUBILACIÓN FEDERALES Si usted es un empleado federal jubilado , póngase en contacto con la Oficina de Jubilación de la OPM. Teléfono: Llame al 888-767-6738 y solicite una copia nueva de “Sus beneficios de jubilación federales”.

	Envíe un correo electrónico a retire@opm.gov y solicite una copia nueva de "Sus beneficios de jubilación federales". **ANTIGUO EMPLEADOR/ADMINISTRADOR DEL PLAN** DECLARACIÓN DE BENEFICIOS ANUALES Póngase en contacto con el departamento de recursos humanos de su antiguo empleador o con el administrador del fondo de pensiones para solicitar un estado de cuenta anual, que detalla sus beneficios de jubilación. **FORMULARIO 1099-R** FORMULARIO 1099-R Este formulario lo envía el administrador del plan de pensiones o jubilación cada mes de enero, y en él se detallan el beneficio bruto y los impuestos retenidos del año anterior.
Asignaciones del Fondo Fiduciario ☐	**DOCUMENTOS LEGALES** ACUERDO DE FIDEICOMISO Por favor, facilite una copia del Contrato de Fideicomiso.
Ingresos por alquiler ☐	**DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES SOBRE LA RENTA** FORMULARIO 1040 Y ANEXO E DEL IRS Formulario 1040 del IRS - www.irs.gov/pub/irs-pdf/f1040.pdf Anexo E - Ganancias o pérdidas de un negocio - www.irs.gov/pub/irs-pdf/f1040se.pdf **DOCUMENTOS LEGALES** CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO Por favor, facilite una copia de los contratos de arrendamiento firmados.
Viviendas subvencionadas ☐	**AUTORIDAD DE VIVIENDA** FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE VIVIENDA Y APOYO Solicite un formulario de verificación de vivienda y apoyo a New Horizons Healthcare y pida a un representante de la Autoridad de Vivienda que complete la sección correspondiente.
Otros ingresos ☐	Por favor, proporcione comprobante de cualquier otro ingreso que ingrese al hogar (no mencionado anteriormente) que pueda utilizarse para cubrir las necesidades de cuidado, alimentación y atención médica del hogar.

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre de pila	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	Ingresos mensuales	Nombre del empleador (si corresponde)	Estudiante a tiempo completo
						○ Sí ○ No
						○ Sí ○ No
						○ Sí ○ No
						○ Sí ○ No
						○ Sí ○ No
						○ Sí ○ No
						○ Sí ○ No
						○ Sí ○ No

Por favor, proporcione una copia de los documentos de custodia de los demás dependientes que viven en su hogar.

DECLARACIÓN

La información proporcionada anteriormente es, a mi leal saber y entender, completa, precisa y veraz. Autorizo la divulgación de toda la información que New Horizons Healthcare pueda necesitar para determinar si cumplo con los requisitos para recibir asistencia financiera a través del programa de tarifas variables.

Firma del paciente o del padre/tutor legal **Fecha**

NEW HORIZONS HEALTHCARE
Solutions for a healthy community.

Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE VIVIENDA Y MANUTENCIÓN

Para determinar si reúne los requisitos para recibir servicios con descuento, complete **UNA** de las siguientes opciones que se apliquen a su situación en la fecha de este formulario. Agradecemos su cooperación y deseamos asegurarle que toda la información facilitada se considerará confidencial.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Marque todo lo que corresponda:

- ❑ ¿Recibe algún tipo de asistencia pública para gastos de vivienda o manutención?
- ❑ ¿Tiene a alguien que responda por sus condiciones de vida?
- ❑ Otro; explique: _____

_____**Escriba sus iniciales aquí:**

¿ES INDIGENTE O VIVE EN UN ALBERGUE DE SEGURIDAD? *(RAM, DE FONDOS FIDUCIARIOS, DEL EJERCITO DE SALVACIÓN, ETC.)*

De ser así, pida a un representante del albergue que complete esta sección y la firme. Gracias.

Para New Horizons Healthcare:

_____ ha sido residente en _____
(Nombre del solicitante) *(Nombre del centro)*

del_____al _____. _____
(Fecha de inicio) *(Fecha de finalización)* *(Número de teléfono para verificación)*

_____ _____ _____
(Firma) *(Cargo)* *(Fecha)*

¿RECIBE VIVIENDA SUBVENCIONADA?

De ser así, pida a un representante de la Autoridad de Vivienda que complete esta sección y la firme. Gracias.

Para New Horizons Healthcare:

_____ es residente actual en _____
(Nombre del solicitante) *(Dirección)*

Todas las tarifas de alquiler están subsidiadas por _____ _____
(Nombre de la localidad) *(Número de teléfono para verificación)*

_____ _____ _____
(Firma) *(Cargo)* *(Fecha)*

¿SU ALIMENTACIÓN Y ALOJAMIENTO SE LO PROPORCIONAN AMIGOS/FAMILIARES O ALGÚN MIEMBRO/ORGANIZACIÓN?

De ser así, solicite a la persona que le proporciona asistencia que complete y firme esta sección. Gracias.

Para New Horizons Healthcare:

Yo _____le proporciono _____alimentación y alojamiento
(Nombre en letra de imprenta) *(Nombre del solicitante)*

Hasta donde yo sé, esta persona no tiene otros medios de apoyo. Proporcionaré este apoyo hasta el _____.
(Fecha)

_____ _____
(Firma) *(Fecha)*

DIVULGACIÓN AUTORIZADA DE INFORMACIÓN

Autorizo a cualquier organización o persona mencionada anteriormente a divulgar información para la verificación de vivienda y manutención (gastos de manutención) según lo solicitado.

_____ _____
FIRMA DEL PACIENTE O PADRE/TUTOR LEGAL FECHA