#

# Formulario previo a la atención

|  |
| --- |
| ¿Por qué se me ha pedido que rellene este formulario?La atención hospitalaria del Servicio Nacional de Salud (NHS) no es gratuita para todo el mundo. Los hospitales tienen la obligación legal de valorar si los pacientes tienen derecho a recibir tratamiento gratuitamente. Por favor, rellene este formulario para ayudarnos con este deber. El padre/tutor de un(a) menor debe rellenar el formulario por él/ella. **Cuando rellene el formulario, debe leer y firmar la declaración que aparece a continuación.** |

|  |
| --- |
| ***Por favor, rellene este formulario en LETRAS MAYÚSCULAS.*** |
| **Apellido(s):** |       |
| **Nombre:** |       | **Fecha de Nacimiento:** | D | D | M | M | A | A | A | A |

|  |
| --- |
| DECLARACIÓN: DEBE RELLENARSE OBLIGATORIAMENTE |
| Es posible que el hospital tenga que pedir confirmación al Home Office de su estatus migratorio para ayudarnos a decidir si tiene derecho a atención hospitalaria gratuita. En tal caso, sus datos personales de carácter no-clínico serán enviados al Home Office. El Home Office podrá guardar los datos facilitados y utilizarlos en el desempeño de sus funciones, como por ejemplo a la hora de ejecutar controles migratorios en el extranjero, en los puertos de entrada y dentro del Reino Unido. El Home Office también podrá compartir esta información con otros cuerpos del orden público y agencias autorizadas de recaudación de deudas para otros fines, como la seguridad nacional, la investigación y persecución de delitos y el cobro de multas y sanciones civiles **Si le corresponde pagar por el tratamiento del Servicio Nacional de Salud (NHS) por el que se le ha facturado y no lo paga, esto puede dar lugar a que, si en un futuro presentase una solicitud de inmigración, le fuese denegada la entrada o la permanencia en el Reino Unido. Para ello, se podrá enviar la información necesaria (de carácter no clínico) al Home Office a través del Ministerio de Sanidad.** **DECLARACIÓN**: * He leído y entiendo los motivos por los que se me ha pedido que rellene este formulario.
* Estoy de acuerdo en que la fundación me contacte para confirmar cualquier dato que yo les haya proporcionado.
* Entiendo que se podrá contactar con los correspondientes organismos oficiales para verificar lo que yo he declarado.
* La información que he proporcionado en este formulario es correcta a mi leal saber y entender.
* Entiendo que si proporciono información falsa pueden tomarse medidas contra mí. Entre ellas, puede remitirse el asunto al servicio de lucha contra el fraude del hospital y recaudar los importes que se deban.
 |
| **Firma:** |       | **Fecha:** | D | D | M | M | A | A |
| **Nombre en letra:** |       | **Relación con el paciente:** |       |
| **En representación de:** |       |

|  |
| --- |
| 1. TODOS: DATOS PERSONALES *– Por favor, responda a todas las preguntas que procedan en su caso* |
| ¿Reside usted habitualmente en el Reino Unido? | SÍ: |  | NO: |  | Nacionalidad: |       |
| Address in the UK: | Nº de Pasaporte: |       |
|       | País de Expedición: |       |
| Nº de teléfono: |       | Fecha de caducidad del Pasaporte: | D | D | M | M | .A | A |
| Nº de móvil: |       | Doble nacionalidad: |       |
| E-mail: |       | Fecha de entrada al Reino Unido: | D | D | M | M | A | A |
| ¿Piensa regresar a su país a vivir? | SÍ:  |  | NO: |  | Si su respuesta es Sí, ¿Cuándo? | D | D | M | M | A | A |
| Domicilio FUERA del Reino Unido: | Nombre y dirección de su empleador (en el Reino  |
|       | Unido o en el extranjero) |
| País: |       | País: |       |
| Nº de contacto: |       | Nº de teléfono del empleador: |       |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2. TODOS: DOCUMENTACIÓN OFICIAL |
| Por favor, díganos qué documentos de los siguientes tiene actualmente (marque todos los que procedan): |
|  | Pasaporte británico en vigor |  | Pasaporte de la Unión Europea en vigor |
|  | Pasaporte no comunitario en vigor con visado de entrada válido | Nº de visado: |       |
|  | Visado de estudios |  | Visado de visita | Fecha de caducidad del visado: | D | D | M | M | A | A |
|  | Tarjeta de Solicitante de Asilo (ARC) | Nº ARC |       |
|  | Otros – por favor especifique: |       | Nº BRP (tarjeta de residencia biométrica) |       |

|  |
| --- |
| 3. TODOS: YOU ESTANCIA EN EL REINO UNIDO *– Es posible que se le pida documentación* |
| Por favor, díganos el propósito de su estancia en el Reino Unido (marque cuantas casillas procedan): |
|  | De vacaciones/visitando a amigos o familiares |  | En viaje de negocios |  | Para quedarme a vivir |
|  | Para trabajar |  | Para estudiar |  | Para solicitar asilo |
|  | Otros – especifique: |       |
| En los últimos 12 meses ¿cuántos meses ha pasado FUERA del Reino Unido? |
|  | Ninguno |  | Hasta 3 meses |  | 3-6 meses |  | Más de 6 meses |
| Por favor, indique el motivo de sus ausencias del Reino Unido en los últimos 12 meses (marque todas las casillas que procedan) |
|  | Resido en otro país |  | De vacaciones/visitando a amigos |  | Para trabajar |
|  | Suelo viajar frecuentemente (por negocios/segunda vivienda en el extranjero) |  | Para estudiar |
|  | Otros – especifique: |       |

|  |
| --- |
| 4. TODOS: DATOS DE SU MÉDICO DE CABECERA *– Si está registrado con un médico de cabecera en el Reino Unido* |
| Nombre de su médico de cabecera/Centro Médico: |       | Dirección de su Centro Médico: |
| Teléfono de su medico: |       |       |
| Nº NHS (Servicio Nacional de Salud): |       |

|  |
| --- |
| 5. DATOS DE SU SEGURO DE SALUD O DE VIAJE *– Si el Reino Unido no es su país de residencia* |
| ¿Tiene seguro? | SÍ: |  | NO: |  | Nombre y dirección de la compañía aseguradora: |
| Nº de póliza: |       |       |
| Teléfono de su compañía aseguradora: |       |

|  |
| --- |
| 6. DATOS DE SU TARJETA SANITARIA EUROPEA (TSE) *– Si reside en otro país del Espacio Económico Europeo (EEE)* |
| ¿Tiene una TSE de otro país que no sea el Reino Unido? | SÍ: |  | NO: |  | Si la tiene, por favor introduzca los datos de su TSE a continuación: |
| *Si es usted un visitante de otro país del EEE y no tiene una TSE en vigor, es posible que se le facture por el coste del tratamiento que reciba fuera del Departamento de Urgencias. Se le cobrará si ingresa en planta o si tiene que volver como paciente externo.*  | 3 |       |
| 4 |       |
| 5 |       | 6 |       |
| 7 |       |
| 8 |       | 9 |       |

|  |
| --- |
| 7. DATOS DE SUS ESTUDIOS *– Si ha venido al Reino Unido a estudiar* |
| Nombre del instituto/universidad: |       | Teléfono: |       |
| Fechas del curso  | Desde: | D | D | M | M | A | A | Hasta: | D | D | M | M | A | A | Nº de horas por semana: |       |

|  |
| --- |
| Si ha rellenado este formulario en el Departamento de Urgencias, por favor entrégueselo a una recepcionista o a una enfermera antes de irse.Si tuviese que ingresar en planta o se le remitiese a otro departamento fuera del Departamento de Urgencias para continuar recibiendo tratamiento, probablemente habrá gastos que pagar. Por favor, cuente con tener que ser entrevistado por un miembro de nuestro Equipo de Gestión de Visitantes Extranjeros.  |