



**Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.**  
**P.O. BOX 7999**  
**San Francisco, CA 94120**

**PRESERVANDO Y RESTAURANDO EL REGALO DE LA VISTA**  
**DIRECTRICES E INSTRUCCIONES PARA REMITIR PACIENTES**

**1. Elegibilidad del paciente**

- Un año de residencia continua en las comunidades atendidas por la Fundación
- Sin seguro médico (sin cobertura del condado, gubernamental o privada; sin cobertura parcial, costos compartidos o deducibles)
- Ingreso bruto ajustado (Adjusted Gross Income, AGI) (línea 37 del Formulario 1040 del IRS o línea 4 del Formulario 1040EZ del IRS, o línea 21 del Formulario 1041 del IRS) verificado dentro de las directrices establecidas el 1 de enero de 2026 de la siguiente manera:

Tamaño de la familia	1	\$62,600
Familia de dos ingresos	2	\$84,600
Tamaño de la familia	3	\$106,600
Tamaño de la familia	4+	\$128,600

**2. Requisitos de remisión de médico o clínica médica**

- Primero se debe determinar que el paciente tiene una condición ocular que requiere tratamiento (excluyendo anteojos y lentes de contacto). Se requiere una remisión de un médico, optometrista u oftalmólogo que indique el diagnóstico del paciente. Lions Eye Foundation no da ayuda financiera para anteojos o lentes de contacto.
- Completar el formulario de remisión del médico, el estado financiero del paciente y la autorización de información del paciente (debe estar firmado por el médico, el paciente o la persona autorizada de la clínica según corresponda).

**3. Responsabilidad del club si el club refiere a un paciente**

- El club debe coordinar el proceso de remisión del paciente comunicándose con la Coordinadora del Programa, Adriana Reyes-Gouvea al Tel: (415) 600-3950, Fax: (415) 369-1225, o correo electrónico [Adriana.Reyes-Gouvea@sutterhealth.org](mailto:Adriana.Reyes-Gouvea@sutterhealth.org).
- Con la ayuda de la Coordinadora del Programa supervisar la finalización del formulario de remisión del médico, el estado financiero del paciente y la autorización de información del paciente (debe estar firmado por el médico, el paciente y el representante del club según corresponda).
- Si es posible ayudar con el transporte hacia y desde las citas en San Francisco. LEF reembolsará a los clubes una parte del costo de millaje (solo ida) *después* de que haya ocurrido la cita. El formulario de solicitud de reembolso de transporte y las instrucciones están disponibles en nuestro sitio web.
- Cuando sea posible, los clubes que refieren deben dar anteojos después de que el paciente haya completado el tratamiento/operación.

**4. Preguntas/Formularios/Emergencias (desprendimiento de retina, objeto extraño en el ojo, etc.)**

- Comuníquese con Lions Eye Foundation, Adriana Reyes-Gouvea, Coordinadora del Programa
- Teléfono: (415) 600-3950 Fax: (415) 369-1225
- Correo electrónico: [Adriana.Reyes-Gouvea@sutterhealth.org](mailto:Adriana.Reyes-Gouvea@sutterhealth.org)



**Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.  
P.O. BOX 7999  
San Francisco, CA 94120  
PRESERVANDO Y RESTAURANDO EL REGALO DE LA VISTA**

## **REQUISITOS DEL PACIENTE AL SOLICITAR**

### **1. Verificación de ingresos**

- La verificación de ingresos debe enviarse junto con su solicitud.

La verificación de ingresos puede ser cualquiera de los siguientes:

1. Declaración federal de impuestos presentada más recientemente.
2. Copias de sus dos recibos de pago más recientes o cheques de desempleo.
3. Copia de carta de adjudicación del gobierno.
4. Carta personal firmada que indique que no tiene ingresos; y si corresponde, que está viviendo con o siendo mantenido por su familia.

### **2. Información de seguro médico**

- Dé su información de seguro médico en el estado financiero del paciente.  
Asegúrese de responder todas las preguntas relacionadas con el seguro.



## FORMULARIO DE REMISIÓN DEL MÉDICO

**Lions Eye Foundation of  
California-Nevada, Inc.**

PO Box 7999, San Francisco, CA 94120  
Teléfono (415) 600-3950 Fax (415) 369-1225

### PARA ENVIAR LA SOLICITUD:

**Fax:** (415) 369-1225

Attn.: Adriana Reyes-Gouvea

**Correo:** Lions Eye Foundation

PO Box 7999

San Francisco, CA 94120

**Nota: Las solicitudes incompletas retrasarán el proceso de referencia  
¿Preguntas? Llame al (415) 600-3950**

### **PARA QUE LO COMPLETE LA CLÍNICA QUE REFIERE**

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

**Médico que hace la remisión:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

**Paciente:** \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

Calle

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Código postal

**Sexo** (encierre uno): masculino femenino **Idioma principal:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** (Incluya examen ocular completo, incluyendo agudeza visual, lámparas de hendidura externas, músculos, exámenes de fondo de ojo y notas clínicas más recientes)

**Firmado:**

\_\_\_\_\_ MD/DO/Representante autorizado de la clínica



**ESTADO FINANCIERO DEL PACIENTE**  
**Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.**  
**PO Box 7999, San Francisco, CA 94120**  
**Teléfono (415) 600-3950 Fax (415) 369-1225**

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_  
Nombre

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

1. Empleo actual del paciente (encierre uno): Tiempo completo Medio tiempo Desempleado

Jubilado Si está empleado, nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Si está desempleado, ¿cuánto tiempo desde que trabajó? \_\_\_\_\_

2. Empleo del cónyuge/pareja (encierre uno): Tiempo completo Medio tiempo Desempleado

Jubilado Si está empleado, nombre del empleador: \_\_\_\_\_

3. Ingreso mensual de la casa (**Se requiere comprobante de ingresos-incluya copia de los dos últimos recibos de pago o la declaración de impuestos del año anterior**)

Ingreso bruto ajustado \$ \_\_\_\_\_

Si es trabajador independiente, ingreso bruto (AGI) \$ \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene usted?:

a. ¿Medi-Cal o Medicaid? No Sí Número de tarjeta \_\_\_\_\_

b. ¿Medicare? No Sí

c. ¿Otro seguro? No Sí, Nombre del plan: \_\_\_\_\_

d. ¿Alguna vez ha solicitado Medi-Cal o Medicaid? No Sí

Si sí, describa: \_\_\_\_\_

5. Declaro que todas las declaraciones contenidas en esta solicitud y cualquier documento adjunto son verdaderas y correctas, con pleno conocimiento de que todas las declaraciones hechas en esta solicitud están sujetas a investigación y que cualquier respuesta falsa o deshonestas a cualquier pregunta puede ser motivo de denegación

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE**  
**Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc.**  
**PO Box 7999, San Francisco, CA 94120**  
**Teléfono (415) 600-3950**  
**Fax (415) 369-1225**

**I. Explicación:** La autorización para el uso o la revelación de mi información médica es requerida por la ley estatal y federal.

**II. Autorización:** Esta autorización se aplica a la información médica para:

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, (paciente o representante legal) \_\_\_\_\_

Autorizo \_\_\_\_\_

(Nombre y dirección de la entidad que libera los registros)

a revelar mi examen ocular completo, incluyendo agudeza visual, externa, lámparas de hendidura, músculos y exámenes de fondo de ojo a Lions Eye Foundation.

**Por la presente autorizo a Lions Eye Foundation of California-Nevada, Inc. a hacer cualquier investigación sobre mí y mis dependientes que sea necesaria para establecer la elegibilidad para asistencia.**

**III. Expiración:** La autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá en efecto hasta (ingrese fecha específica o evento): \_\_\_\_\_

**IV. Restricciones:** La ley de California prohíbe al receptor hacer una revelación adicional de su información médica a menos que el receptor obtenga otra autorización de usted, o a menos que la revelación esté permitida por la ley. Esta protección no se extiende a los receptores fuera del estado de California.

**V. Sus derechos:**

- Entiendo que autorizar la liberación de esta información médica es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y entregada a esta dirección: Lions Eye Foundation, PO Box 7999, San Francisco, CA 94120. Mi revocación será efectiva al recibirse, pero no tendrá impacto en los usos o revelaciones hechas mientras mi autorización estaba vigente.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización; el original de este documento se mantendrá en archivo en Lions Eye Foundation. Puedo inspeccionar y obtener una copia de la información médica que estoy autorizando para uso o revelación.

**VI. Firma**

Firma: \_\_\_\_\_

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

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_