



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES INDIVIDUALES DE IMPACT

(Solo para uso de oficina)
 ID de la aplicación:

A: Información individual del proveedor (escriba claramente)

Nombre:	Apellido:	
Últimos Cuatro del SSN:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Correo electrónico:	
Ciudad:	Estado:	
Código postal:	Teléfono de casa:	Teléfono celular:

B: Información del Proveedor

Tipo de proveedor: PA <input type="checkbox"/> CNA <input type="checkbox"/> LPN <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/>	Género al nacer: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Identidad de género: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Non-binario <input type="checkbox"/> No conforme con el género <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/>
--	---	---

Preferencia de comunicación: Teléfono celular <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> TTY <input type="checkbox"/> Video Llamada <input type="checkbox"/>	Pronombre preferido: El/Su <input type="checkbox"/> Ella/Su <input type="checkbox"/> Ellos/Sus <input type="checkbox"/>	Preferencias de idioma: Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
---	--	--

C: Información de LPN/RN

Numero De Licencia (solo LPN/RN only):	NPI (solo LPN/RN):	Notas Adicionales:(si hay alguna)
--	---------------------	-----------------------------------

D: Cuestionario para PA/CNA/LPN/RN (Si no está seguro de cómo responder, por favor ponga N/A)

	PREGUNTAS	SI	NO	COMENTARIOS
1.	Si usted es un proveedor de fuera del estado que brindó atención de emergencia a un participante de Medicaid de Illinois, puede solicitar una inscripción retroactiva a la fecha en que se brindaron los servicios. En caso afirmativo, ingrese la fecha solicitada para ser considerada en el campo de comentarios. Las solicitudes de inscripción deben enviarse dentro de los 45 días posteriores a la fecha del servicio para ser consideradas para una fecha de inscripción retroactiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	¿Desea finalizar la fecha de su inscripción? En caso afirmativo, ¿en qué fecha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	¿Está actualmente excluido de algún programa de Illinois u otro programa estatal? En caso afirmativo, indique el estado de exclusión y el programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	¿Está actualmente excluido de algún programa federal? En caso afirmativo, proporcione el programa y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	¿Alguna vez ha tenido una condena penal? En caso afirmativo, indique el tipo de condena y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	¿Alguna vez ha tenido un juicio bajo alguna ley de reclamos falsos? En caso afirmativo, indique el fallo y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma del Proveedor: _____

Fecha: _____



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES INDIVIDUALES DE IMPACT

D: Cuestionario para PA/CNA/LPN/RN (Si no está seguro de cómo responder, por favor ponga N/A) (continuación)

	PREGUNTAS	Yes	No	COMENTARIOS
7.	¿Ha sido certificado o recertificado por Medicare en el último año? En caso afirmativo, indique la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	¿Ha sido certificado por el programa de Medicaid de otro estado? En caso afirmativo, proporcione cada estado y la fecha de vigencia de la certificación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	¿Alguna vez ha tenido una exclusión/inhabilitación del programa? En caso afirmativo, proporcione el programa y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	¿Alguna vez ha tenido una sanción monetaria civil? En caso afirmativo, indique el tipo de sanción y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	¿Tiene una participación del 5% o más en otras entidades reembolsable por Medicaid y/o Medicare? En caso afirmativo, proporcione detalles en la parte "Agregar detalles de propiedad".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	¿Ha tenido algún acuerdo, sentencia o acuerdo por negligencia? En caso afirmativo, proporcione el monto en dólares y las fechas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	¿Es usted un APN (RN Anest. Certificado, Enfermera Partera, Enfermera Clínica Especial, NP) o un Analista de Comportamiento Certificado por la Junta o un Técnico de Comportamiento Registrado empleado fuera de un BHC y tiene un acuerdo de colaboración? En caso afirmativo, proporcione NPI(s) del proveedor colaborador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	¿Está inscrito en el Programa de Vacunas para Niños (VFC) y tiene una especialidad/subespecialidad que no sea OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA / GINECOLOGÍA? En caso afirmativo, proporcione la fecha de inscripción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	¿Tienen un seguro de responsabilidad civil profesional? En caso afirmativo, por favor proporcione el nombre de su compañía y el límite de cobertura de la póliza por incidente y en conjunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Si se inscribe como farmacéutico, ¿ha completado el programa de capacitación acreditado por ACPE relacionado con el inicio, la dispensación o la administración de medicamentos, pruebas de laboratorio, evaluaciones, derivaciones y consultas para el VIH? En caso afirmativo, ingrese la fecha en que completó la capacitación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Si se inscribe como farmacéutico, ¿ha completado un programa de capacitación acreditado por ACPE relacionado con la autoevaluación del paciente, la evaluación del riesgo, la evaluación del paciente, el asesoramiento y la educación sobre anticonceptivos y la dispensación de anticonceptivos hormonales? En caso afirmativo, ingrese la fecha en que completó la capacitación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

E: Instrucciones para completar esta forma

Los asistentes personales, CNA, LPN, RN están obligadas a:

- **Sección A:** Contestar todas las preguntas.
- **Sección B:** Contestar todas las preguntas.
- **Sección C:** Contestar todas las preguntas si usted es un **LPN o RN**.
 - Debe proporcionar un número de licencia válido para demostrar que está certificada.
 - Se requiere NPI (Identificador Nacional de Proveedores) para estar inscrito en el Sistema IMPACT.
 - Si no tiene un NPI, obtenga uno en <https://nppes.cms.hhs.gov>.
 - El uso de los siguientes códigos de taxonomía se basa en su especialidad.
 - **LPN** : 164W00000X
 - **RN** : 163W00000
- **Sección D:** Contestar todas las preguntas.
 - Si no está seguro de cómo responder a alguna de las preguntas, responda con N/A en Comentarios
- **Firmar al final de todas las páginas**

Firma del Proveedor: _____

Fecha: _____