

Aplicación de Paciente

Nuevo Actualizado

Fecha: _____ Ha recibido servicios en el Free Clinic en el pasado? Si No

Servicios que requiere: Médico Dental Farmacia Ayuda Financiera para Medicinas

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Número del Seguro Social: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección de Casa: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Condado de Residencia: _____ Correo Electrónico: _____@_____

Teléfono de casa: _____ Trabajo: _____ Cell: _____

Escriba sus iniciales si usted nos autoriza para dejar un mensaje detallado con información de salud en su correo de voz: _____

Contacto de Emergencia:

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Número de teléfono: _____ Trabajo: _____ Cell: _____

Escriba sus iniciales si usted nos autoriza para compartir su información médica con su contacto de emergencia:

Información de Seguro Médico:

Yo tengo seguro médico para: Salud Dental Prescripciones/medicinas Ninguna

Por favor indique que clase de seguro médico tiene:

Medicaid Medicare A Medicare A& B Ayuda para Veteranos Seguro médico privado

Nombre de los Médicos que te atiende o te ha atendido en los últimos 3 años:

Nombre: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

¿Has ido a la Sala de Emergencia últimamente?: Sí No ¿Cuándo fuiste? _____

Información Demográfico:

Sexo: Hombre Mujer Transgénero

Raza: Afroamericano Nativo Americano o de Alaska Asiático

Caucásico Nativo Hawaiano o isleños del Pacífico

Otro _____

¿Usted se considere ser hispano o latino (una persona de origen mexicano, puertorriqueño, cubano, centroamericano, sudamericano, o de otra cultura hispana, a pesar de su raza)?

Sí No

Estado Matrimonial:

Casado No Casado

Estado de Empleo:

Tengo Empleo No tengo empleo

¿Si tiene empleo, su empleador provea un seguro médico a los empleados?

Sí, y soy elegible Sí, pero no soy elegible No sé No me aplica

Estado Veterano:

Veterano No soy veterano

Aseguro que la información que he proveído es cierta de acuerdo con mi conocimiento. Estoy de acuerdo que debo avisarles sobre cualquier cambio a mi estado de seguro médico o cambios de ingreso mayores de 250% del Nivel de Pobreza Federal dentro de 7 días del cambio. Entiendo que si doy información falsa o incompleta que dejare de ser elegible para servicios del Free Clinic.

Entiendo que es mi responsabilidad proveer cualquier documento requerido y de actualizar mi elegibilidad cada año.

Como un paciente del Free Clinic o de MedsHelp, doy mi permiso a los empleados del Free Clinic de entregar verificación de mis Elegibilidad/Ingresos de Familia a cualquier Oficina de Doctor, Compañía Farmacéutica, Asociación de Recetas Médicas, Conexión Farmacéutica y/o a Centra Health quienes puedan proveerme con un cuidado médico, medicinas u otros servicios, para determinar elegibilidad para servicios/medicinas a precio reducido o gratuito, y para propósitos de auditoria.

Firma del Paciente

Nombre en Letra de Molde

Fecha

Firma del Empleado del Free Clinic

Nombre en Letra de Molde

Fecha

PARA USO SOLO EN LA OFICINA

Fecha de Elegibilidad: _____ Nivel de Ingreso: 0 – 100% 101% - 138% 139% - 200% 201%-250%