



Revised Oct 2018

INSTRUCCIONES Y REQUERIMIENTOS PARA SER UN PACIENTE

1. Nosotros solamente aceptamos pacientes sin seguro. No puede tener seguro medico, Medicaid ni Medicare
2. Tiene que llenar todas las secciones del paquete de aplicación y devolver la aplicación completa con una **PRUEBA DE INGRESOS**
3. Tiene que presentar una prueba de identificación con foto.
4. Nosotros reservamos el derecho de determinar quién es elegible para hacerse paciente. Nosotros también reservamos el derecho de terminar los servicios a los pacientes que no cumplen una cita y/o no cumplen con las reglas de la clínica. Algunas razones comunes para la despedida de pacientes:
 - a. **No venir a las consultas.** Nosotros requerimos que todos los pacientes nos llamen 24 horas antes de la cita para cancelar o hacer una nueva cita.
 - b. Pidiendo drogas narcóticas
 - c. Dar cualquier tipo de información falsa es suficiente para despedida inmediata

Esta clínica es una institución sin fines lucrativos. Los doctores y las enfermeras son voluntarios. HealthReach Community Clinic depende en donaciones de miembros de la comunidad, organizaciones locales y becas para poder servir a nuestros pacientes. Nosotros no estamos afiliados con ningún hospital ni ninguna agencia del gobierno. Nuestros servicios están limitados a provenir asistencia médica básica.

HealthReach Community Clinic hará todo lo que podamos para ayudar, PERO, pacientes no están garantizados ni tienen derechos a servicios específicos.

Al firmar este documento usted reconoce que entiende el contenido de este documento y acepta las reglas de la Clínica. Usted también reconoce que toda la información que nos da es correcta.

Su información es confidencial.

Yo entiendo que HealthReach Clinic opera en disponibilidad limitada. No es posible que los doctores voluntarios o empleados están disponibles 24 horas al día, siete días por semana. En el caso de una emergencia que necesite asistencia médica, yo llamare al 911 o iré a la sala de emergencia más cercana. Si yo estoy en la situación que necesite asistencia médica que no sea en un caso de emergencia y la Clínica está cerrada, yo buscare otras opciones de ayuda médica como un centro de cuidado urgente.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____
Paciente/ Representante autorizado*

* Si es un representante autorizado, por favor indique su relación al paciente:
_____ Esposo/ _____ Padre/Madre _____ Otro (Por favor explique) _____



Nombre: _____ Fecha: _____
(Letras de imprema)

Para los nuevos pacientes que están certificados y los pacientes existentes que necesitan certificación.

Por favor, este seguro de incluir la información siguiente con su aplicación. Traiga con usted los documentos originales. Llegar sin esos documentos retrasará el proceso de aplicar y el tratamiento.

- _____ Identificación con foto del aplicante
- _____ Copia de la primera y segunda página de su declaración de impuestos actual (1040 o 1040 EZ. Incluir el horario C, si usó eso. Si usted no presenta impuestos el año pasado, por favor completa la forma 4506T.
- _____ Prueba de domicilio (pedazo de correo actual con su nombre y su dirección)
- _____ La aplicación completa de NC MedAssist

- _____ Prueba de ingreso para cada miembro del hogar (aunque no sea un paciente). Pruebas de ingreso incluye:
 - Comprobantes de pago consecutivos para un mes o una carta de membrete de la compañía de su empleado sobre el rato de pago por hora y el número de horas trabajadas **cada semana** en el mes pasado (si pagado en efectivo).
 - Para el empleo de cuenta propia, por favor de hacer una lista de ingresos brutos para los tres meses consecutivos y traer una copia de su declaración de impuestos del año pasado.
 - Carta de aceptación de cupones de alimentos (Food Stamps).
 - Manutención de los hijos (copia del decreto)
 - Ingreso de seguro social; la jubilación, la discapacidad, beneficios del sobrevivir: (copia de la carta de premios de los beneficios del año actual y la carta original de los premios que muestra la fecha de vigencia del premio.)
 - Beneficios del desempleo (copia de la carta de premios o la impresión del pago semanal)
 - Beneficios de indemnización de los trabajadores (Workman's Comp)
 - Carta de ayuda de vivienda
 - Carta(s) de soporte (provisto por HealthReach, p. 4) si su ingreso es provisto por otra persona

Traiga los documentos completados a una Clínica de Evaluación de Elegibilidad, el martes, miércoles o jueves de 9:00 en la mañana hasta 3:00 por la tarde. Puede tardar hasta tres semanas para procesar sus papeles. Después de que determinemos que califica, será llamado y le haremos una cita.

NOTA: No prescribamos los narcóticos o otras sustancias controladas.



Formulario para detección de elegibilidad del paciente

Lista todas las personas (Incluyendo sí mismo) que viven tiempo completo en este hogar

| Nombre | Edad | Relación | Ing./Mes |
|---------------|-------------|-----------------|-----------------|
| 1. | | | \$ |
| 2. | | | \$ |
| 3. | | | \$ |
| 4. | | | \$ |
| 5. | | | \$ |
| 6. | | | \$ |
| 7. | | | \$ |

Declaración de cliente y renunciación de información

Certifico yo que la información arriba es correcta a lo mejor de mi conocimiento y capacidad. Entiendo yo que si fallo intencionalmente a revelar información correcta y exacta que servicios pueden estar terminados o suspendidos como parece apropiado por HealthReach Community Clinic. Entiendo que en el caso de terminación, no estaré capaz de aplicar para la asistencia en el futuro. Además entiendo que los servicios están terminados o suspendidos por la discreción de HealthReach Community Clinic.

También doy permiso a HealthReach Community Clinic a contactar y verificar información de otras agencias y compañías como se pertenece a esta aplicación y los servicios que HealthReach proporciona.

Firma: _____

Nombre imprimado: _____



DECLARACIÓN DE SIN INGRESO

Si Ud. no tiene ingreso mensual, por favor lea y firme la siguiente declaración:

Yo, _____, no tengo ingreso corrientemente, que incluye pero no está limitado a ingresos, beneficios de desempleo, beneficios de discapacidad, ingreso de empleo independiente, Seguro Social, y retiro. Yo entiendo que es mi responsabilidad de reportar a HealthReach Community Clinic dentro de los 10 días del comienzo de un ingreso.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

CARTA DE SOPORTE (**ser completado por la persona quien lo/la soporta)

Yo proveo soporte para _____ (nombre de paciente) en las siguientes maneras:

Marque solo una de las cajas:

El paciente vive conmigo en la dirección hace abajo y recibe habitación y comida gratis.

El paciente vive conmigo y comparte los gastos. La contribución mía está indicado abajo.

El paciente no vive conmigo, pero proveo soporte como está indicado abajo.

Yo proveo efectivo y/o otro tipo de fondos en las cantidades aproximadas como están indicadas abajo:

Comida: \$ _____ semanal mensual

Hospedaje: \$ _____ semanal mensual

Utilidades: \$ _____ semanal mensual

Dinero: \$ _____ semanal mensual

Otros: \$ _____ semanal mensual

(explique a bajo): _____

Firma

Relacion

Escriba su nombre _____ Direccion: _____

Ciudad, Estado y codigo postal

Fecha: _____



HEALTHREACH
Community Clinic

Historia de Salud del Paciente - Confidencial

Fecha de Hoy: _____ # de Seguro Social/ identificación fiscal #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sr. Sra. Srta. Primer Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Sexo: Hombre Mujer Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

¿Podemos compartir información de su registro médico con esta persona? Si No

| Primer Idioma | Raza | Etnia | Estado Matrimonial | Educación |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro ¿Necesita un interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No latino | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Compañero | <input type="checkbox"/> Menos de la secundaria <input type="checkbox"/> Alguna secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria <input type="checkbox"/> Alguno Universidad <input type="checkbox"/> Graduado de la Universidad <input type="checkbox"/> Escuela de posgrado |

Es usted veterano? Si No

Tiene seguro medico? Si No Aplico para Medicaid? Si No Fecha cuando aplico? _____

Fecha rechazado por Medicaid? _____

Cuantas veces durante el año pasado a necesitado irse a la Clínica de Emergencia? _____

A donde fuera si usted no pudiera venir aquí? _____

Empleador Corriente: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tiene alergia a algún tipo de Medicación, Comida, o Látex? Explique: _____

MEDICACIONES que esta tomando corrientemente: Incluye el nombre de la medicación, la dosis, y con qué frecuencia se toma

| | | |
|----|----|-----|
| 1. | 5. | 9. |
| 2. | 6. | 10. |
| 3. | 7. | 11. |
| 4. | 8. | 12. |

Tiene un doctor/a ? Si tiene, que es el nombre de este doctor/doctora? _____

Historia de Salud del Paciente - Confidencial
(Continuación)

A tenido anteriormente o tiene ahora alguna de las condiciones medicas siguientes?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido / Ulceras | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los Ojos | <input type="checkbox"/> Enfermedades Musculoesqueléticas |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulación | <input type="checkbox"/> GERD | <input type="checkbox"/> Neuropatía |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (colesterol alto) | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Tensión Alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad arterial periférica |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades intestinales | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Próstata |
| <input type="checkbox"/> Tendencia a la hemorragia | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Trastorno de la piel |
| <input type="checkbox"/> Plasma sanguíneo | <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Carrera |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Dentales | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Major enfermedad vascular | <input type="checkbox"/> Transfusiones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo I o Tipo II) | | |

Enfermedades infecciosas:

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS o HIV | <input type="checkbox"/> Filariasis / Elaphantitis | <input type="checkbox"/> Poliomieltis |
| <input type="checkbox"/> Cólera | <input type="checkbox"/> Gusano de Guinea | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Dengue | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Tétanos |
| <input type="checkbox"/> Ébola | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Tracoma |
| <input type="checkbox"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Infección Parásitos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| | | <input type="checkbox"/> Tos Ferina |

- Cancer (Tipo) _____
- Enfermedades del Corazón _____
- Hepatitis _____
- Enfermedades Venera _____

Por favor anote visitas al hospital/cirugías/enfermedades serias anteriores y el mes/año cuando las tuvo.

Historia Social: Uso de Productos con Tabaco: Nunca A veces Moderadamente Mucho Ya Deje

Fecha Cuando Dejo: _____ Tiempo de Uso: _____ Cantidad al Día: _____

Uso de Alcohol: Nunca A veces Moderadamente Diariamente (tipo) _____ Fecha Cuando Dejo: _____

Uso de Drogas: Nunca A veces Moderadamente Diariamente (tipo) _____ Fecha Cuando Dejo: _____

Usted a compartido agujas? Si No

Bebidas con Caféina Por Semana _____ Ejercicio: (tipo): _____ Tiempo por Semana: _____

Cómo se enteró de HealthReach Community Clinic?? _____



Consentimiento para el tratamiento y la Comunicación a los pacientes:

Por la presente solicitud y el consentimiento para la prestación de la asistencia sanitaria por la Clínica de la Comunidad HealthReach. Entiendo que esta clínica es atendida por un equipo de atención médica que puede incluir médicos, enfermeras practicantes, asistentes médicos, enfermeras, técnicos, y otros voluntarios. Yo acepto libremente la atención de este equipo de atención médica y reconozco el establecimiento de la relación proveedor-paciente. Entiendo, además, que este equipo de atención médica le proporcionará información y / o atención, sin embargo, mantengo el derecho de tomar todas las decisiones con respeto a mi cuidado. Yo entiendo que ninguna garantía o aseguranza ha sido hecha hace los resultados que puedan ser obtenidos. Este consentimiento debe permanecer en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento.

Al firmar este consentimiento, reconozco que la Clínica de la Comunidad HealthReach es una entidad sin fines de lucro que sólo proporciona servicios gratuitos de salud y está calificado como exentos de impuestos federales bajo la Sección 501 (c) (3) del Código de Rentas Internas de 1986, según enmendada . También reconozco que se me ha notificado que en la legislación federal en relación con el funcionamiento de clínicas gratuitas, la Federal Tort Claims Act (FTCA), (Véase 28 USC, secciones 1346 (b), 2401 (b), 2671-80) proporciona el único recurso contra el daño causado por lesiones personales, incluyendo la muerte, resultantes de la ejecución de las funciones de medicina, cirugía, odontología o relacionadas por cualquier clínica voluntario médico de atención gratuita de la salud que el Departamento de Salud y Servicios Humanos ha considerado como un empleado de la Salud Pública Servicio. Esta cobertura negligencia médica FTCA es limitada, y se aplica a la clínica de voluntarios profesionales de la salud consideran libres que han prestado un servicio requerido o autorizado bajo el Título XIX de la Ley de Seguridad Social (es decir, Medicaid Program) en un sitio de clínica gratuita o mediante programas fuera del sitio o eventos realizados por la clínica gratuita (ver 42 USC Sección 233 (a) (o)). Algunas clínicas profesionales de la salud que prestan servicios gratuitos de atención médica a los pacientes en esta clínica gratuita pueden ser cubiertos por la ley federal de arriba.

Yo autorizo a la Clínica de la Comunidad HealthReach para liberar la información de mi expediente médico a cualquier proveedor de atención de la salud que participan en mi cuidado. Entiendo que después de la publicación de los registros médicos y la información, la Clínica de la Comunidad HealthReach ya no será responsable de la confidencialidad de los documentos o la información facilitados en virtud de la presente autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada en dependencia de él.

Un servicio de localización de expedientes de salud/intercambio de información de salud (HIE) permite los proveedores de salud a acceder electronicamente mi información de salud retenido por otros proveedores que participan a proveer mejor cuidado a mi. Autorizo a HealthReach Community Clinic que accesen cualquier información de mi salud que es disponible en un HIE, y HealthReach Community Clinic también va a hacer disponible mi información de salud por HIEs en que yo participo a no ser que yo envío una forma completa solicitando específicamente que no quiero participar.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha / Hora

Testigo

Fecha / Hora

Solicitud de Inscripción

| | | | |
|-----------------------|------------|--------------------------|-----|
| <i>Uso de oficina</i> | | | |
| Fecha de inicio: | Fecha temp | Fecha de recertificación | POE |

| | | | | |
|---|-----|---------------------------|----------------------|----------------------|
| Primer Nombre: | In: | Apellido: | Seguro Social/TIN #: | Fecha de nacimiento: |
| Dirección Postal: | | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Correo Electronica: | | Teléfono de contacto #: | Secundario #: | |
| Contacto de emergencia (<i>otro nombre aparte del solicitante</i>): | | Teléfono de emergencia #: | | |
| Condado de residencia: | | Estado Civil: | Casado | Divorciado |
| | | Soltero | Viudo | Separado |
| Nombre del Médico o Doctor: | | Teléfono del Doctor #: | | |

Usted fuma? Si No Si es Si, estas interesado dejar de fumar? Si No

Eres alérgico a algún medicamento? Si No Si es Si, note: _____

Como supo de nuestro programa NC MedAssist? _____

| | | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|----------------|-------------------------------------|---|--------------|
| Etnicidad: | Idioma principal hablado: | Genero: | Número de gente en el hogar: | | |
| Blanco | Afro americano | | <i>(incluyendo usted)</i> | | |
| Hispano | Indio americano | Hombre | 1 | 2 | 3 |
| Asiatico | Otro | Mujer | 4 | 5 | 6 Otro _____ |
| <i>(excepto español)</i> | | | | | |

| | | | |
|--|-----------------|--|----------|
| Escriba y adjunta todo el ingresos del hogar: | | Usted tiene unos de los seguros siguientes? | |
| Salario | \$ _____ | Seguro médico | Si No |
| Discapacidad | \$ _____ | Medicare | Si No |
| Pensión Alimenticia/Manutención | \$ _____ | Medicare Parte D | Si No |
| Seguro Social | \$ _____ | Medicaid | Si No |
| Pensión/Retiro | \$ _____ | Plan familiar | Si No |
| Desempleo/Compensación de trabajo | \$ _____ | Seguro de Veteranos | Si No |
| Total de los ingresos bruto mensual | \$ _____ | | |
| Total de los ingresos anual | \$ _____ | | |

Acuerdo del solicitante/revelaciones/liberación.
Doy fe que la información que he dado en esta solicitud de inscripción es exacta y verídica, también comprendo que si mi solicitud es aprobada, los servicios no están garantizados. Al firmar esta solicitud doy a Medassist, sus empresas farmacéuticas afiliados y las agencias públicas, privadas o patrocinadores financieros y sus agentes de cualquier reclamo de responsabilidad contractual o extracontractual derivados de las acciones de Medassist, sus agentes, empleados, o P.D.E. en la realización de servicios o relacionadas con los servicios que recibo de MedAssist. Yo doy mi consentimiento para que DDS y el DHSS para asesorar a Medassist del estatus de una solicitud pendiente de Medicaid. Yo notificare a MedAssist inmediatamente si llego a ser elegible para Medicare, Medicaid, seguro privado o los beneficios del AV, o si mi ingreso cambia. También doy consentimiento para que Medassist pueda difundir información sobre mi salud a sus afiliados (es decir, la auditorias de las compañías farmacéuticas) en cuanto se refiere a todas las leyes federales, estatales y locales y regulaciones y fines directamente relacionados con la administración de programas de Medasist y subvenciones. Yo he recibido la forma de las prácticas de privacidad de NC MedAssist. Doy permiso a NC MedAssist firmar documentos para el programa de asistencia para pacientes cuando sea necesario.

Yo doy permiso a NC MedAssist a que mande mis medicamentos a mi patrocinador de entrada. _____
Nombre del patrocinador como punto de contacto.

Nombre del lugar de inscripción (Si aplica) _____
Esta línea es solo para el lugar de inscripción.

Firma de solicitante _____ Fecha _____

NC MedAssist firma de empleado _____ Fecha _____