



Revised June 2020

INSTRUCCIONES Y REQUISITOS PARA SER UN PACIENTE

1. Usted debe ser residente del Condado de Iredell y tener una edad mínima de 18 años.
2. Aceptamos solamente pacientes sin seguro médico, Medicaid o Medicare.
3. Debe llenar todas las secciones del paquete de solicitud y devolver la solicitud **completada** con **PRUEBA DE INGRESOS**.
4. Tiene que presentar una prueba de identificación con fotografía vigente.
5. Reservamos el derecho de determinar quién es elegible para ser paciente. También reservamos el derecho de terminar los servicios a aquellos pacientes que no asistan a sus citas y/o no cumplan con las reglas de la clínica. Las razones más comunes para el despido de pacientes son:
 - a. **No venir a las consultas.** Nosotros requerimos que todos los pacientes nos llamen 24 horas antes de su cita para cancelar o cambiar una cita.
 - b. El pedir medicamento narcótico.
 - c. El proporcionar información falsa de cualquier género es motivo suficiente para la terminación inmediata de los servicios.
6. El ser elegible **no** incluye a sus familiares y es **únicamente** para la persona que completó la solicitud.

Esta clínica es una institución sin fines de lucro, que funciona principalmente con la ayuda de voluntarios. La Clínica Comunitaria HealthReach depende de donaciones de miembros de la comunidad, organizaciones locales y subsidios para poder servir a nuestros pacientes. No estamos afiliados con ningún hospital ni ninguna agencia del gobierno. Nuestros servicios están limitados a dar **asistencia médica básica** y **no incluye cuidado dental**.

La Clínica comunitaria HealthReach hará todo lo posible por ayudar al paciente, PERO, al posible paciente no se le garantiza ni tiene derecho a servicios específicos.

Al firmar este documento reconozco que entiendo el contenido de este documento y estoy de acuerdo en cumplir con las reglas de la Clínica. También reconozco que toda la información que estoy proporcionando es verídica. Igualmente entiendo que la Clínica Comunitaria HealthReach opera en un horario limitado. No es posible que los voluntarios o empleados estén disponibles las 24 horas al día, los siete días por semana.

Si en algún momento necesito atención médica de emergencia, marcaré el 911 (línea de emergencia) o iré a la sala de emergencia más cercana. Si necesito cuidado médico no urgente durante las horas no vigentes de la clínica, buscaré otras opciones, como un centro de cuidado urgente.

Nombre del Solicitante _____ Fecha _____

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Paciente/ Representante autorizado*

*Si es un representante autorizado, por favor indique su relación con el paciente:

_____ Esposo/ Esposa _____ Padre/Madre _____ Otro (Por favor explique) _____



Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____
(Escribir claramente)

Para pacientes nuevos y pacientes existentes que necesitan recertificación:

Favor de asegurarse de incluir la siguiente información con su solicitud. Traiga los documentos originales. El entregar este formulario sin estos documentos demorará el proceso de solicitud y el tratamiento médico.

- _____ Identificación con fotografía del solicitante.
- _____ Copia de la primera y segunda página de su declaración de impuestos federales actual (1040 o 1040EZ). Incluir todos los apéndices, si los usó. Si usted no declaró impuestos el año pasado, por favor complete la forma 4506T. Si usted esta casado y declaró impuestos por separado, su esposo(a) también debe proporcionar la declaración de impuestos federales actual o firmar su forma 4506T si no declaró impuestos.
- _____ Prueba de domicilio (correo que haya recibido recientemente que tenga su nombre y su dirección).
- _____ La solicitud completada de NC Med Assist

Prueba de ingreso de **cada** miembro del hogar (aunque no sea un paciente). Pruebas de ingreso incluye:

- Si usted trabaja:
 - 4 comprobantes de pago si su salario es semanal.
 - **O**, una carta con el membrete de la compañía en que trabaja, indicando su salario y la fecha.
 - • Un modelo de esta carta esta disponible en la recepción – Por favor pídalo si lo necesita.
- Si trabaja por cuenta propia, por favor proporcione estados de banco de los últimos tres meses y una copia de su declaración de impuestos del año pasado incluyendo todos los apéndices.
- Carta de aceptación o su tarjeta de cupones para alimentos (Food Stamps).
- Decreto de manutención de hijos (Child Support).
- La carta del Seguro Social que indica su ingreso actual; la forma 1099 **NO** es aceptada.
- ° Por favor marque el tipo de Seguro Social que esta recibiendo:
- **Jubilación Incapacidad Beneficios para Dependientes Beneficios de Sobrevivientes**
- Recibo mas reciente de su ingreso por jubilación/pensión.
- La carta que indica sus prestaciones de desempleo o una lista de sus pagos semanales.
- La carta en que le otorgaron las prestaciones de indemnización de trabajo (Workman's Comp).
- Carta de ayuda de Vivienda (Housing Assistance).

_____ **Si usted no tiene ingreso**, debe completar el formulario titulado **Declaración de no Ingresos**. También la(s) persona(s) que le da(n) ayuda económica debe(n) completar y firmar **La Carta de Ayuda** (ver la pagina 4).

Por favor traiga todos los formularios completados a la Clínica Comunitaria HealthReach, de martes a jueves o envíelos por correo a HealthReach 400 E. Statesville Ave., Suite 300, Mooresville, NC 28115. El procesar sus documentos puede tomar hasta tres semanas. Una vez que cualifique, le llamaremos y le haremos una cita.

NOTA: No proporcionamos narcóticos o sustancias controladas.



Formulario para Determinar la Elegibilidad del Paciente

Liste a todas las personas que viven con usted de tiempo completo en el mismo domicilio, incluyendo a usted

Nombre	Edad	Relación	Ingreso mensual
1.			\$
2.			\$
3.			\$
4.			\$
5.			\$
6.			\$
7.			\$

Si necesita mas espacio use la parte de abajo de esta página.

Declaración del Cliente y Permiso para Obtener Información

Certifico que la información que he proporcionado es verídica y correcta, hasta donde sepa y dada mi capacidad. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa o incorrecta, la Clínica Comunitaria HealthReach puede suspender los servicios o terminarlos como lo considere apropiado. Entiendo que en el caso de terminación de servicios no podré solicitar ayuda en el futuro. Además entiendo que la suspensión o terminación de servicios es por criterio exclusivo de la Clínica Comunitaria HealthReach.

También doy permiso a que la Clínica Comunitaria HealthReach contacte y verifique la información de otras agencias y compañías con relación a esta solicitud y los servicios proporcionados por la Clínica Comunitaria HealthReach.

Firma: _____

Imprima su Nombre: _____ Fecha: _____



DECLARACION DE NO TENER INGRESO

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

Yo, _____, actualmente no tengo ningún ingreso, el cual incluye pero no esta limitado a salario, prestaciones de desempleo, prestaciones de incapacidad, ingreso de empleo por cuenta propia, prestaciones del Seguro Social y jubilación. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la Clínica Comunitaria HealthReach dentro de los primeros 10 días del momento de obtener un ingreso.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

CARTA DE AYUDA (**debe ser completada por la(s) persona(s) que la da(n) ayuda económica)

Yo le proporciono ayuda económica a _____ (nombre del paciente) de la siguiente manera:

Marque únicamente una de las opciones:

- El paciente vive conmigo en las dirección indicada abajo y recibe Vivienda y comida gratis.
- El paciente vive conmigo y comparte los gastos. Mi contribución a los gastos esta indicado abajo.
- El paciente no vive conmigo, pero proporciono ayuda económica como esta indicado abajo.

Yo proporciono dinero en efectivo y/u otro tipo de fondos en las cantidades aproximadas como están indicadas abajo:

Comida: \$_____ semanal mensual

Hospedaje: \$_____ semanal mensual

Servicios: \$_____ semanal mensual
(electricidad, gas, teléfono, etc.)

Dinero: \$_____ semanal mensual

Otros: \$_____ semanal mensual

Por favor explique a que se refiere con otros: _____

Firma

Relación con el paciente

Imprima su nombre

Número de teléfono

Imprima su dirección

Ciudad

Estado

Código Postal



HEALTHREACH
Community Clinic

Historia de Salud del Paciente - Confidencial

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

Sr. Sra. Srita. Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido(s) _____

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

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

¿Podemos mandarle mensajes por teléfono? Si No

Sexo: Hombre Mujer Dirección de correo electrónico: _____

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

¿Podemos compartir su historial médico con esta persona? Si No

Primer Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro – Por favor indíquelo: Necesita un interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afro americana <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro:	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispano	Estado Matrimonial: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Tiene pareja	Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> Menos de Preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de Preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Graduado de la Universidad <input type="checkbox"/> Escuela de Posgrado
---	--	--	--	---

¿Es usted veterano de las Fuerzas Armadas? Si No Si su respuesta es Si, ¿En que división militar? _____
Fecha de servicio _____

¿Tiene Seguro médico? Si No ¿Ha solicitado Medicaid en los últimos 12 meses? Si No

¿Ha sido aprobado para Planeación Familiar? Si No

Fecha en que fue aprobado/rechazado por Medicaid: _____ Si fue rechazado, por favor incluya copia de la carta de Medicaid en que lo rechazaron.

¿Ha solicitado cupones para alimentos? Si No Si su respuesta es Si, ¿recibe cupones para alimentos? Si No

Nombre de su patrón actual, si lo tiene: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

¿Qué tipo de trabajo tiene usted? _____

Nosotros no nos comunicaremos con su patrón. Esta información nos ayuda a entender sus actividades y en que condiciones trabaja usted.

¿Es alérgico a algún medicamento, comida, o al látex? Explique: _____

MEDICAMENTOS que esta tomando actualmente: Incluya el nombre de la medicina, la dosis y la frecuencia en que la toma.

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

¿Tiene un doctor? Si tiene, ¿Cual es el nombre de su doctor? _____

Historia de Salud del Paciente - Confidencial

(Continuación)

¿Ha tenido o tiene actualmente alguna de las condiciones medicas siguientes?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gastritis / Ulceras | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedades Músculo-esqueléticas |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los ojos | <input type="checkbox"/> Neuropatía |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Coagulación | <input type="checkbox"/> Reflujo de ácido / GERD | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemias (colesterol alto) | <input type="checkbox"/> Enfermedad Arterial Periférica (Varices) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Próstata |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Intestinales | <input type="checkbox"/> Enfermedades de riñón | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Piel |
| <input type="checkbox"/> Tendencia a la hemorragia | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Apnea de sueño |
| <input type="checkbox"/> Plasma Sanguíneo | <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral / Embolia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva / COPD | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la venas | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedades dentales | <input type="checkbox"/> Transfusiones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migrañas | |

Enfermedades Infecciosas:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sida/ AIDS/ HIV | <input type="checkbox"/> Gusano de guinea | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Cólera | <input type="checkbox"/> Malaria/ Paludismo | <input type="checkbox"/> Tétanos |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Tracoma |
| <input type="checkbox"/> Dengue | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Ébola | <input type="checkbox"/> Infección de parásitos | <input type="checkbox"/> Tos Ferina |
| <input type="checkbox"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Poliomielitis | |
| <input type="checkbox"/> Filariasis / Elefantiasis | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | |

- Cáncer (tipo) _____
- Enfermedades del Corazón _____
- Hepatitis _____
- Enfermedades Venéreas _____

Por favor liste visitas al hospital / cirugías / enfermedades graves que ha tenido y el mes y año en el que ocurrieron.

Uso de productos con tabaco: ___ Nunca ___ Raro ___ Moderado ___ Frecuente ___ Ya deje

Fecha en que lo dejo de usar _____ Años que lo uso _____ Cantidad de uso por día _____

Uso de bebidas Alcohólicas: ___ Nunca ___ Raro ___ Moderado ___ Frecuente ___ Diario Tipo: _____

Fecha en que dejo de usarlas: _____

Uso de Drogas: ___ Nunca ___ Raro ___ Moderado ___ Frecuente ___ Diario Tipo: _____

Fecha en que dejo de usarlas: _____

¿Ha usted compartido agujas? Si No

Uso de Bebidas con Cafeína: ___ Por semana ___ Ejercicio (tipo) ___ Por Semana

¿Como se entero de la Clínica Comunitaria HealthReach? _____

Consentimiento para Tratamiento, Autorización y Avisos a los Pacientes

Autorización para Tratamiento: Con la presente solicito y doy permiso a la Clínica Comunitaria HealthReach a que me de asistencia médica. Entiendo que esta clínica es atendida por un equipo de atención médica que puede incluir médicos, enfermeras facultativas, asociados médicos, enfermeras, técnicos y otros voluntarios. Acepto libremente el cuidado de este equipo de atención médica y reconozco el establecimiento de la relación proveedor-paciente. Además entiendo que este equipo de atención médica me proporcionará información y/o atención médica, sin embargo mantengo el derecho de tomar todas las decisiones con respecto a mi cuidado. Entiendo que no se me ha dado ninguna garantía, ni se me ha asegurado de los resultados que se pueden obtener. Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que yo lo revoque por escrito. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento. Al firmar este consentimiento, reconozco que la Clínica Comunitaria HealthReach es una entidad sin fines de lucro, que solo proporciona servicios médicos gratuitos y es exenta de impuestos federales bajo la Sección 501(c)3 Del Código de la Renta Interna del 1986, según enmendada. Además reconozco que se me ha notificado que bajo la legislación federal en relación con el funcionamiento de clínicas gratuitas, el Acto Federal de Reclamos (FTCA por sus siglas en inglés), (ver 28 U.S.C., secciones 1346(b), 2401(b), 2671 – 80) proporciona el único recurso contra los daños personales causados, incluyendo la muerte, resultantes por la ejecución de las funciones de medicina, cirugía, odontología o funciones relacionadas con cualquier voluntario médico de la clínica gratuita quien el Departamento de Salud y Servicios Humanos ha considerado como un empleado de los servicios de salud pública. La cobertura de negligencia médica proporcionada por FTCA es limitada y se aplica a los voluntarios médicos de la clínica quienes han dado un servicio requerido o autorizado bajo el Título XIX de la Ley del Seguro Social (en otras palabras un programa de Medicaid) en la clínica gratuita o a través de programas o eventos realizados fuera de la clínica gratuita (Ver 42 U.S.C. Sección 233(a)(o)). Ciertos médicos voluntarios que dan servicios a los pacientes en esta clínica gratuita pueden ser cubiertos por la Ley Federal mencionada.

Autorización para Divulgar Información Médica: Autorizo a la Clínica Comunitaria HealthReach a divulgar información de mi expediente médico a proveedor(es) de atención médica que esta(n) participando en mi cuidado. Entiendo que después de la divulgación de mi expediente médico o de mi información médica, la Clínica Comunitaria HealthReach ya no será responsable de la confidencialidad de los documentos de la información divulgada con esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, con la excepción y a la medida que los documentos o información hayan sido divulgados con mi autorización previa.

Un servicio de localización de expedientes médicos/ intercambio de información médica (HIA) permite que mi proveedor(es) de servicios médicos pueda(n) tener acceso a mi información poseída por otros proveedores que participan en este servicio para darme mejor cuidado. Autorizo a la Clínica Comunitaria HealthReach a tener acceso a mi información médica que esta disponible en un HIA y la Clínica Comunitaria HealthReach. También hará disponible mi información médica a través de HIA en el cual participo a menos que presente un formulario completo solicitando específicamente que no quiero participar.

Firma del Paciente o Tutor legal

Fecha y Hora