



Revisado febrero 2022

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 estar al 300% o por debajo del nivel federal de pobreza.
4. Debe llenar todas las secciones del paquete de solicitud y devolver la solicitud **completada con PRUEBA DE INGRESOS**.
5. Tiene que presentar una prueba de identificación con fotografía vigente.
6. 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.

7. 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 está 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 MedAssist (página de firma adjunta)

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 está 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 está recibiendo:

Jubilación Incapacidad Beneficios para Dependientes Beneficios de Sobrevivientes

- Recibo más 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** (pagina 4). También la(s) persona(s) que le da(n) ayuda económica debe(n) completar y firmar **La Carta de Ayuda** (página 4) O proporcione una carta de la organización (por ejemplo, un ministerio) que lo esté ayudando.

Por favor traiga todos los formularios completados a la Clínica Comunitaria HealthReach, de lunes a jueves o envíelos por correo a HealthReach 400 E. Statesville Ave., Suite 300, Mooresville, NC 28115. El procesar sus documentos puede tomar hasta dos 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

Enumere 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 más 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 está 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 del 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 está indicado abajo.
- El paciente no vive conmigo, pero proporciono ayuda económica como está 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

<p>Primer Idioma:</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro – Por favor indíquelo:</p> <p>¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Raza:</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro:</p>	<p>Etnicidad:</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano</p>	<p>Estado Matrimonial:</p> <p><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</p>	<p>Nivel de Educación:</p> <p><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</p>
---	---	--	---	--

¿Es usted veterano de las Fuerzas Armadas? Si No Si su respuesta es Sí, ¿En qué 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 Sí, ¿recibe cupones para alimentos? Si No

¿Qué tipo de trabajo tiene usted? _____

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

¿Es alérgico a algún medicamento, comida, o al látex? Si No

Explique: _____

MEDICAMENTOS que está 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, ¿Cuál es el nombre de su doctor? _____

Historia de Salud del Paciente - Confidencial

(Continuación)

¿Ha tenido o tiene actualmente alguna de las condiciones médicas 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 (Tipo 1 o Tipo 2) | <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 _____

¿Hay algo más que le gustaría contarnos sobre usted o su situación?

Ejemplo: "La casa en la que me quedo no tiene electricidad." O "Trabajaba en una mina de carbón."

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 Diario Tipo: _____
Fecha en que dejo de usarlas: _____
- Uso de Drogas: Nunca Raro Moderado Diario Tipo: _____
Fecha en que dejo de usarlas: _____
- ¿Ha usted compartido agujas? Sí No
- Uso de Bebidas con Cafeína por semana: _____ Ejercicio (tipo): _____ Por Semana: _____

- ¿Te has vacunado contra el COVID? Sí No En caso afirmativo cuantas dosis? _____
- Que fabricante (marque) Pfizer Moderna Janssen (J&J)

¿Cómo se enteró 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 dé 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 que los servicios de atención médica pueden realizarse de forma remota a través de telesalud o teléfono y entiendo que la participación en la atención remota es completamente voluntaria. 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 (HIE) 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 está disponible en un HIE y la Clínica Comunitaria HealthReach. También hará disponible mi información médica a través del HIE 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

Testigo

Fecha y Hora

Sección III. Salud social y emocional

10. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en este momento (es decir, su bienestar emocional, satisfacción con la vida o felicidad)?
1 – Deficiente 2 – Regular 3 – Buena 4 – Muy buena 5 – Excelente
11. En el último año, ¿en qué medida lo han afligido problemas emocionales (como sentirse ansioso, deprimido o irritable) porque no puede pagar sus medicamentos?
1 – Nada 2 – Un poco 3 – Un tanto 4 – Bastante 5 – Mucho
12. En el último año, debido a su salud emocional, ¿en qué medida se ha aislado (por ejemplo, disminuyendo las actividades sociales con la familia y los amigos, no saliendo ni haciendo actividades)?
1 – Nada 2 – Un poco 3 – Un tanto 4 – Bastante 5 – Mucho
13. En el último año, debido a su salud emocional, ¿en qué medida se ha visto afectada su rutina diaria (por ejemplo, no puede realizar sus tareas y actividades habituales en casa o en el trabajo)?
1 – Nada 2 – Un poco 3 – Un tanto 4 – Bastante 5 – Mucho

Sección IV. Preguntas abiertas

14. ¿Está actualmente inscrito en algún otro programa o servicio de ayuda para la salud física, la salud emocional o los problemas financieros?
 Sí No
Si la respuesta es sí, enumérelas: _____

15. Entendemos las dificultades que debe estar enfrentando y nos encantaría saber qué lo trajo hasta NC MedAssist (opcional).

Acuerdo, divulgación y liberación del solicitante

Declaro que la información que he dado en esta solicitud de inscripción es exacta y verdadera. También entiendo que, aunque se apruebe mi solicitud, los servicios no están garantizados. Al firmar esta solicitud, libero a NC MedAssist, sus empresas farmacéuticas afiliadas y cualquier agencia pública o privada o patrocinadores financieros y sus agentes, de cualquier y de todas las demandas de responsabilidad en contrato o agravio que surjan de las acciones de NC MedAssist, sus agentes, empleados o puntos de entrada (POE) en la prestación de servicios o relacionadas con los servicios que recibo de NC MedAssist. Doy mi consentimiento al Departamento de Servicios Sociales (DSS) y al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) para que informen a NC MedAssist del estado de una solicitud pendiente de Medicaid. **Notificaré de inmediato a NC MedAssist si adquiero elegibilidad para recibir beneficios de Medicare, Medicaid, VA o un seguro privado, o si mis ingresos cambian.** También doy mi consentimiento a NC MedAssist para divulgar mi información de salud a sus afiliados (es decir, las auditorías de las empresas farmacéuticas) en lo que respecta a todas las leyes y los reglamentos federales, estatales y locales, y los fines directamente relacionados con la administración de los programas y los subsidios de NC MedAssist. He recibido el aviso de prácticas de privacidad de NC MedAssist. Doy mi permiso a NC MedAssist para que firme mi nombre en los documentos de los programas de asistencia para el paciente cuando sea necesario.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Solo para uso de la oficina			
Date Entered _____	Temp Date _____	Recert Date _____	POE _____
NC MedAssist Employee Signature _____			Date _____