



HEALTHREACH
Community Clinic

SOLICITUD DEL PACIENTE

Revisado junio 2023

Nombre del Solicitante: _____

HealthReach es un clínico médico sin fines de lucro coordinado por voluntarios. Contamos con donaciones para servir a nuestros pacientes. No estamos asociados con ningún hospital o agencia del gobierno. Nuestros servicios se limitan a **atención médica básica y no urgente** y **no se ofrece** atención dental.

Reglas de elegibilidad

1. Usted debe ser residente del Condado de Iredell o Davidson, 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 (pagina 3).

Una aplicación is solamente para una persona. Cada persona que quiere aplicar debe llenar una aplicación.

HealthReach reserva el derecho de determinar quién se acepta como paciente y también el derecho de despedir a pacientes que no siguen las reglas del clínico. Revisa el manual de Health Reach (HealthReach Patient Handbook) para más información sobre las reglas.

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

Al firmar abajo, certifico que:

1. Entiendo el contenido de esta aplicación y acepto seguir las reglas de clínico que se describen en el manual de HealthReach (HealthReach Patient Handbook).
2. Reconozco que toda la información que estoy proporcionando es verídica.
3. Entiendo que enviar a sabiendas información falsa me pone en riesgo de despido permanente del clínico y todos sus servicios.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Paciente/Representante autorizado*

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

____Esposo(a) ____Padre/Madre ____Otro (Por favor explique): _____



HEALTHREACH Community Clinic

Informacion de Hogar del Paciente

Enumere a todas las personas (incluyendose usted) quiere viven con usted a tiempo completo en el mismo domicilio.

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

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

El ingreso familiar del paciente es determinado por los impuestos de los miembros de la familia; del paciente, su esposo(a) y cualquier otra persona declarada en los impuestos como dependiente. Los companeros de cuarto/hogar y los arrendadores NO se consideran parte de ingreso familiar del paciente. Para ser eligible paciente de la HealthReach Community Clinic el ingreso familiar del paciente no debe ser mas del 300% de Nivel Federal de Pobreze. Ver debajo la tabla de los ingresos maximos permitidos de acuerdo del numero de los miembros de la familia (incluyendose usted):

300% de Nivel Federal de Pobreze, 2023

Numero de la familia	Ingreso anual (antes impuestos)
1	\$54,630
2	\$73,920
3	\$93,210
4	\$112,500
5	\$131,790
6	\$151,080
7	\$170,370
8	\$189,660
Para cada persona adicional, añade:	+ \$19,290



DECLARACION DE 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 o jubilación. Entiendo que es mi responsabilidad informar la HealthReach Community Clinic si algo cambia con mi ingreso dentro de un (1) mes.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

CARTA DE AYUDA (debe ser completada por la persona quien le do ayuda economia)

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

Marque uicamente 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 propociono dinero en efectivo y/u otro tipo de fondos en las cantidades aproximadas como estan indicadas abajo:

Comida:	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> mensual
Hospedaje:	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> mensual
Servicios: (electricidad, gas, telefono, etc.)	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> mensual
Efectivo:	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> mensual
Otros:	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> mensual

Por favor explique a que se refiere con otros: _____

Firma

Relacion con el paciente

Fecha

Imprima su nombre

Numero de telefono

Imprima su direccion

Ciudad

Estado

Coloigo Postal



Historia de Salud del Paciente - Confidencial

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

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido(s) _____

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

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

Hombre Mujer _____ Dirección de correo electrónico: _____

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

Primer Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor indiquelo): ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro:	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No 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
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿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.

Tipo de trabajo que haces: _____

No contrataremos a su empleador. Esta información nos ayuda a comprender sus actividades y las condiciones en las que trabaja.

¿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.

Patient Health History Form - Confidential
(Continued)

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

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Bipolar dis
<input type="checkbox"/> Depresion
<input type="checkbox"/> Drug/alcohol dependency | <input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Problemas de Coagulacion
<input type="checkbox"/> Endermedad Pulmonar Obstructiva/COPD
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Tipo 1
<input type="checkbox"/> Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Reflujo de acido/GERD
<input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta
<input type="checkbox"/> Enfermedades de rinon
<input type="checkbox"/> Enfermedades de higado
<input type="checkbox"/> Ulceras del estomago |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- Mamografia anormal _____
- Cancer (tipo) _____
- Enfermedades del corazon _____
- Hepatitis A B C
- VIH
- Derrame cerebral (marque mes/año) _____
- Tuberculosis
- Otro: _____

Hospitalizacion (marque mes/año): _____

Arugias (marque mes/año): _____

Historia familiar: Cancer _____ Ataque al corazon/infasto _____ Otro _____

Tobaco: Hondada Mascada

Fumar: Vigente Ya deje
 Años de uso: _____ Cantidad del use por día: _____

Vapeo: Vigente Ya deje
 CBD Nicotina

Alcohol: # de bebidas Día _____ Semana _____

Uso de drogas: Vigente Ya deje Tipo _____

¿Te has vacunado contra el COVID? No Si (cuentes dosis) _____

¿Ha tenido COVID alguna vez? No Si (marque mes/año) _____

¿Cómo se enteró de la HealthReach Community Clinic? _____



Consentimiento para Tratamiento, Autorización y Avisos a los Pacientes

Autorización para Tratamiento: Con la presente solicito y doy permiso a la HealthReach Community 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 HealthReach Community Clinic 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.

Autorización para Divulgar Información Médica: Autorizo a la HealthReach Community Clinic 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 HealthReach Community Clinic 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 HealthReach Community Clinic a tener acceso a mi información médica que está disponible en un HIE y la HealthReach Community Clinic. 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

11. ¿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

12. 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

13. 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

14. 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

15. ¿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: _____

16. 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 _____	