



**HEALTHREACH**  
Community Clinic

**SOLICITUD DEL PACIENTE**

Revisado Enero 2024

**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_

HealthReach es una clínica médica 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 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 (página 3).

**Una aplicación es solamente para una persona.** Cada persona que quiera aplicar debe llenar una aplicación.

HealthReach se reserva el derecho de determinar quién se acepta como paciente y también el derecho de rechazar a pacientes que no siguen las reglas de la clínica. Se pide revisar y leer el manual de Health Reach (HealthReach Patient Handbook) para más información sobre las reglas.

**HealthReach Community Clinic hará todo lo posible por ayudarle, SIN EMBARGO, no se garantiza que usted sea un posible paciente o que tiene derecho a servicios específicos.**

Al firmar abajo, certifico que:

1. Entiendo el contenido de esta aplicación y acepto seguir las reglas de la clínica 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 y dar información falsa me pone en riesgo de despido permanente de la clínica 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): \_\_\_\_\_

**Solo para uso del administrador:**

Patient name:

Submit date:

Cert date:

---



**HEALTHREACH**  
Community Clinic

**Instrucciones de la Solicitud**

**Las solicitudes completadas pueden ser enviadas por correo, correo electrónico o entregarse personalmente durante el horario de atención de la clínica.** Procesar sus documentos puede tomar hasta 2 semanas. Entregar la solicitud incompleta o sin todos los documentos requeridos puede demorar el proceso de aprobación. Se le llamará por teléfono cuando su solicitud haya sido procesada y podrá sacar una cita en la clínica, dependiendo de su estatus de aprobación como paciente.

**Utilice la siguiente lista de comprobación para saber que documentos necesita:**

- Presento sus impuestos este año? No Si
- Si lo hizo, por favor incluye: Declaración de los impuestos federales (Form 1040) y W-2s  
Espos(a) o hijos W-2s y la declaración de impuestos federales
- Carta de Medicaid explicando los beneficios y la tarjeta (si es aplicable – confirme en la recepción cuál de los planes limitados es aceptable, e.g. “Family Planning”/Plan Familiar)
- Identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte)
- Prueba de residencia (factura o correo donde se muestra su dirección de Condado de Iredell o Davidson)
- La solicitud completa y firmada de NC MedAssist (incluida pagine de firma en la página 8)
- Prueba de ingreso de cada miembro del hogar miembros de su familia fiscal (más información página 3)
- Si usted no tiene ingreso:
- Debe firmar la “Declaración de No Ingresos” (página 4)
  - “Carta de Ayuda” (página 4) completada y firmada por la persona o personas proveyendo ayuda económica **Q** estados completos de cuenta bancaria del último (1) mes (si está usando ahorros/está entre empleos)
- Si usted esta trabajando:
- Los últimos 4 recibos de pago (consecutivos) **Q** carta con el membrete de la compañía en que trabaja, indicando su salario y las horas que trabaja (tenemos un formulario de “Verificación de Empleo” disponible en la recepción).
  - 2023 W-2s (si lo recibió)
- Si usted trabaja por cuenta propia:
- Estados **completos** de cuenta bancaria de los últimos 3 meses
  - Copia de la Declaración de Impuestos del año, incluyendo todos los apéndices.
  - Formulario firmado de “Trabajo por Cuenta Propia” (está disponible en la recepción).
- Pagos de la pensión alimentaria de menores, conocido como el “child support” (se requiere la copia del documento legal donde se estipula el desembolso de la pensión).
- La carta del Seguro Social que indica su ingreso actual; el formula no 1099 NO es aceptado.
- Por favor marque el tipo de Seguro Social que este recibiendo:

**Jubilación    Incapacidad    Beneficios para dependientes    Beneficios de los Sobrevivientes**

- Recibo de su ingreso por jubilación/pensión (copia de la carta de beneficios)
- Copia de la carta de los “Beneficios de Desempleo” (carta de otorgación)
- Carta de la compensación para trabajadores por accidentes de trabajo (“Workman’s Comp”)
- Carta de asistencia de vivienda (“Housing Assistance”)

**Por favor hable con el personal de la recepción si no tiene los documentos requeridos.**



**HEALTHREACH**  
Community Clinic

## Información de Hogar del Paciente

*Enumere a todas las personas (incluyéndose usted) quienes viven con usted a tiempo completo en el mismo domicilio.*

Nombre	Edad	Relación	Ingreso mensual
1.			\$
2.			\$
3.			\$
4.			\$
5.			\$
6.			\$
7.			\$
8.			\$

*Si necesita más espacio use la parte de abajo de esta página.*

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 compañeros de cuarto/hogar y los alrededores NO se consideran parte de ingreso familiar del paciente. Para ser un paciente elegible de la HealthReach Community Clinic el ingreso familiar del paciente no debe ser más del 300% del Nivel Federal de Pobreza. Ver debajo la tabla de los ingresos máximos permitidos de acuerdo con el número de los miembros de la familia (incluyéndose usted):

### 300% de Nivel Federal de Pobreza, 2024

Número de Personas	Ingreso mensual (antes impuestos)
1	\$3,765.00
2	\$5,110.00
3	\$6,455.00
4	\$7,800.00
5	\$9,145.00
6	\$10,490.00
7	\$11,835.00
8	\$13,180.00
Para cada persona adicional, añade:	+ \$1,345.00



## DECLARACIÓN DE 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 ayuda económicamente)

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

Marque únicamente una de las opciones:

- El paciente vive conmigo en la dirección indicada abajo y recibe vivienda y comida gratis.
- El paciente vive conmigo y comparte los gastos. Mi contribución a los gastos está indicada abajo.
- El paciente no vive conmigo, pero le proporciono ayuda económica como se indica abajo.

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

Comida:	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> mensual
Hospedaje:	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> mensual
Servicios: (electricidad, gas, teléfono, 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

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprima su nombre

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Imprima su dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código 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: \_\_\_\_\_

<b>Primer Idioma:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro ( <b>por favor indíquelo</b> ):  <b>¿Necesita un intérprete?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano	<b>Estado Matrimonial:</b> <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	<b>Nivel de educación:</b> <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 hace: \_\_\_\_\_

No contactaremos a su empleador. Esta información nos ayuda a entender 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"/> Asma                                 | <input type="checkbox"/> Reflujo de ácido/GERD  |
| <input type="checkbox"/> Desorden Bipolar              | <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación             | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta  |
| <input type="checkbox"/> depresión                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva/COPD | <input type="checkbox"/> Enfermedades de riñón  |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> Diabetes                             | <input type="checkbox"/> Enfermedades de hígado |
|  | <input type="checkbox"/> Tipo 1                               | <input type="checkbox"/> Úlceras del estomago   |
|  | <input type="checkbox"/> Tipo 2                               |   |

Mamografía anormal \_\_\_\_\_

Cáncer (tipo) \_\_\_\_\_

Enfermedades del corazón \_\_\_\_\_

Hepatitis     A     B     C

VIH

Derrame cerebral (marque mes/año) \_\_\_\_\_

Tuberculosis

Otro: \_\_\_\_\_

Hospitalización (marque mes/año): \_\_\_\_\_

Cirugías (marque mes/año): \_\_\_\_\_

Historia familiar:     Cáncer \_\_\_\_\_     Ataque al corazón/infarto \_\_\_\_\_     Otro \_\_\_\_\_

Tabaco:     De caja     Mascar

Fumar:     Vigente     Ya no fuma  
Años de uso: \_\_\_\_\_    Cantidad que usa por día: \_\_\_\_\_

Vapeo:     Vigente     Ya no lo usa  
 CBD     Nicotina

Alcohol: # de bebidas por:     Día \_\_\_\_\_     Semana \_\_\_\_\_

Uso de drogas:     Vigente     Ya no las consumo     Tipo \_\_\_\_\_

¿Se ha vacunado contra el COVID?     No     Si (cuentas 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 _____