



HEALTHREACH
Community Clinic

SOLICITUD DEL PACIENTE

Revisado Marzo 2026

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 ayudarlo, 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:

____ Espos(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)

-NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES SIN IDENTIFICACIÓN

☐ 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 página de firma en la última página)

☐ Comprobante de ingresos de cada miembro del hogar, miembros de su familia mayores de 18 años (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 O 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) O 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).

☐ 2025 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 formulario 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.

Los ingresos familiares del paciente son determinados por el paciente, los miembros de la familia del paciente, su cónyuge y cualquier otra persona en la casa mayor de 18 años. 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, 2026

Número de Personas	Ingreso mensual (antes impuestos)
1	\$3,990.00
2	\$5,410.00
3	\$6,830.00
4	\$8,250.00
5	\$9,670.00
6	\$11,090.00
7	\$12,510.00
8	\$13,930.00
Para cada persona adicional, añade:	+ \$1420.00



DECLARACIÓN 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 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:	\$ _____	☐ semanal	☐ mensual
Hospedaje:	\$ _____	☐ semanal	☐ mensual
Servicios:	\$ _____	☐ semanal	☐ mensual
(electricidad, gas, teléfono, etc.)			
Efectivo:	\$ _____	☐ semanal	☐ mensual
Otros:	\$ _____	☐ semanal	☐ 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

NC

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: _____

Primer Idioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro (por favor indiquelo): ¿Necesita un intérprete? ☐ Si ☐ No Si es así, ¿puede llevar uno a sus citas? ☐ Si ☐ No	Raza: ☐ Blanco ☐ Afro americano ☐ Asiático ☐ Otro:	Etnicidad: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano	Estado Matrimonial: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Tiene pareja	Nivel de educación: ☐ Menos de Preparatoria ☐ Algo de Preparatoria ☐ Graduado de Preparatoria/GED ☐ Algo de Universidad ☐ Graduado de la Universidad ☐ 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.	4.	7.
2.	5.	8.
3.	6.	9.

Patient Health History Form - Confidential
(Continued)

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

☐ Ansiedad
☐ Desorden Bipolar
☐ depresión
☐ Dependencia de drogas/alcohol

☐ Asma
☐ Problemas de coagulación
☐ Enfermedad Pulmonar Obstructiva/COPD
☐ Diabetes
☐ Tipo 1
☐ Tipo 2

☐ Reflujo de ácido/GERD
☐ Presión Arterial Alta
☐ Enfermedades de riñón
☐ Enfermedades de hígado
☐ Úlceras del estomago

☐ 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



Formulario de Consentimiento y Cuestionario de Contacto con el Paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Información de Contacto y Preferencia:

¿Podemos enviarle un correo electrónico? Si No

Si es así, cuál es la mejor dirección de correo electrónico para recibir mensajes?:

¿Podemos llamarle? Si No

Si es así, cuál es el mejor número para recibir llamadas telefónicas?:

¿Cuál es el mejor momento del día para que llamemos? _____

¿Nos permite dejar mensajes de voz? Si No

¿Podemos enviarle mensajes de texto? Si No

Si es así, cuál es el mejor número para recibir mensajes de texto?: _____

Por presente, doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos, llamadas telefónicas y mensajes de texto de mis proveedores de atención médica de HealthReach Community Clinic en acuerdo con las respuestas anteriores. Entiendo que estos mensajes pueden incluir información médica como resultados de laboratorio, notas de mi visita, información sobre medicamentos, etcétera.

Firma de Paciente

Fecha



Solicitud para el Programa de Farmacia Gratuita

4428 Taggart Creek Rd
Suite 101
Charlotte, NC 28208
Número gratuito:
866.331.1348
Local: 704.536.1790
Fax: 704.536.9865
www.medassist.org

Complete las páginas 1-3. Firme su nombre en la página 3 y envíe la solicitud con sus comprobantes.
Las instrucciones de la solicitud están en la página anterior.

Información del paciente

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	SSN/ITIN(W-7):	Fecha de nacimiento:
Dirección postal:		Ciudad:	Estado: NC	Código postal:
Condado en Carolina del Norte:	N.º de teléfono primario:	Nombre y número de tel. del contacto de emergencia:		
Enumere las alergias a medicamentos que tenga:		Dirección de correo electrónico:		

Demografía

Marca todo lo que aplique: ☐ Discapacitado ☐ LGBTQIA+ ☐ Familia veterano o militar ☐ Involucrado/a en el sistema de justicia	
Idioma principal (aparte del inglés): ☐ Español ☐ Chino ☐ Francés ☐ Árabe ☐ Vietnamita ☐ Alemán ☐ Hindi ☐ Telugu ☐ Ruso ☐ Coreano ☐ Portugués ☐ Tamil ☐ Hmong ☐ Tagalo ☐ Otro:	
Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No-binario	Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado
Origen étnico: ☐ Caucásico ☐ Afroamericano ☐ Asiático ☐ Nativo americano ☐ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ☐ Bi-racial o multirracial ☐ Otro:	Número de personas en el grupo familiar (usted incluido): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ Otro:
Origen étnico: ☐ Hispano/latino ☐ No Hispano/latino	¿Cómo se enteró del programa? ☐ Doctor/a / Clínica / Hospital ☐ Folleto ☐ Amigo/Familia ☐ Facebook ☐ Evento ☐ Otro:
Compruebe si tiene alguno de los siguientes: ☐ Seguro médico ☐ Medicare ☐ Medicare Parte D ☐ Medicaid ☐ Medicaid solo de Planificación Familiar	Si corresponde, escriba el nombre del centro de inscripción o punto de entrada patrocinador (escriba el código del centro):
¿Tienes problemas con el consumo de drogas? ☐ Sí ☐ No ¿Si contesto si, le interesa recibir ayuda? ☐ Sí ☐ No	¿Usa tabaco (fuma, cigarrillos electrónicos, masticado)? ☐ Sí ☐ No ¿Si contesto si, le interesa dejar el uso? ☐ Sí ☐ No

Ingresos del paciente

Enumere y adjunte todos los ingresos del hogar:	Adjunte un comprobante de ingresos o de no ingresos:
Salario/sueldo \$ _____	Lea las instrucciones de la solicitud para encontrar una lista de los documentos de ingresos aprobados que puede enviar con su solicitud. Incluya los ingresos del cónyuge si está casado.
Discapacidad \$ _____	Los comprobantes de ingresos deben tener fecha de los últimos 60 días. Las declaraciones anuales deben tener fecha de este año.
Pensión alimenticia/manutención infantil \$ _____	¿Presentó impuestos este año?
Seguro social \$ _____	☐ Sí ☐ No
Pensión/jubilación \$ _____	
Desempleo/indemnización laboral \$ _____	
Ingresos brutos mensuales \$ _____	
Ingresos brutos anuales totales \$ _____	

A continuación, encontrará una encuesta de salud que debe presentar con su solicitud. La información que recopilamos de estas encuestas nos ayuda a conseguir fondos para NC MedAssist y a seguir dándole los medicamentos que necesita sin ningún costo. Las respuestas nos permiten evaluar cómo este servicio mejora su salud y calidad de vida. Responda las preguntas lo mejor que pueda marcando las casillas, sombreándolas o encerrando las respuestas en un círculo.

Office Use Only - Patient ID: _____

Página 1 de 3 de la solicitud

1. Medicamentos recetados
 - a. ¿Está tomando todos los medicamentos como se lo indicó el médico?
☐ Sí ☐ No
 - b. ¿No toma algunos medicamentos porque no puede costearlos?
☐ Sí ☐ No ☐ A veces
2. En el último año, ¿cuántas veces fue a la sala de emergencias? _____ veces
3. En el último año, ¿cuántas veces ha pasado la noche en el hospital? _____ noches
4. ¿Cómo calificaría su estado de salud actual?
1 – Mala 2 – Regular 3 – Buena 4 – Muy buena 5 – Excelente
5. En el último año, ¿se limitaron sus actividades de salud física debido a problemas de salud? Si la respuesta es sí, ¿qué tanto?
1 – Nada 2 – Un poco 3 – Algo 4 – Bastante 5 – Extremadamente

Sección II. Finanzas y empleo

6. ¿Actualmente está empleado/a?
☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí,
 - a. ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____
7. ¿Qué tanto le cuesta cubrir sus gastos básicos (por ejemplo: comida, vivienda, transporte, cuentas)?
1 – Nada 2 – Un poco 3 – Algo 4 – Bastante 5 – Extremadamente

Sección III. Salud social y emocional

8. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en este momento (es decir, su bienestar emocional, satisfacción con la vida o felicidad)?
1 - Mala 2 - Regular 3 - Buena 4 - Muy buena 5 – Excelente
9. En el último año, ¿qué tanto le han afectado emocionalmente problemas como ansiedad, depresión, aislamiento o irritabilidad porque no puede pagar sus medicamentos?
1 – Nada 2 – Un poco 3 – Algo 4 – Bastante 5 – Mucho
10. En el último año, ¿qué tanto se ha visto afectada su rutina diaria (por ejemplo: no poder realizar sus tareas o actividades habituales en el hogar y/o en el trabajo)?
1 – Nada 2 – Un poco 3 – Algo 4 – Bastante 5 – Mucho

Sección IV. Preguntas Generales (Opcional)

11. Debido a que necesito pagar mis medicamentos, no he podido pagar: (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Comestibles (alimentos)
- ☐ Gastos básicos (alquiler, utilidades, servicios)
- ☐ Dinero en una cuenta de ahorros
- ☐ El pago de un carro o transporte
- ☐ Otras cuentas
- ☐ Otros (por favor especifique): _____

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. Por este medio autorizo a NC MedAssist y a sus representantes a usar un sistema electrónico de verificación de ingresos manejado por otra compañía. Este sistema se usará para revisar los ingresos de mi hogar y mi dirección con el fin de saber si califico para recibir ayuda. 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 _____ Recertification Date _____ POE _____

NC MedAssist Employee Signature _____ Date _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

En NC MedAssist, su privacidad es muy importante para nosotros. Este aviso explica qué información recogemos, cómo la usamos y cómo la protegemos.

Qué Recogemos

Para brindarle medicamentos recetados gratuitos, podemos necesitar:

- Comprobante de ingresos (ejemplos: declaración de impuestos, talones de pago, carta del Seguro Social o carta de apoyo)
- Recetas escritas por su proveedor de salud
- Datos personales básicos como su nombre, fecha de nacimiento, género, dirección y número de teléfono
- Una fotografía o una breve biografía, si es necesaria para identificación o fines del programa

También podemos pedirle que complete una encuesta de salud. Estas encuestas **no** piden su nombre ni detalles personales. Solo se usan para medir cómo nuestros servicios ayudan a la comunidad.

Cómo Usamos Su Información

- NC MedAssist trabaja con muchas compañías farmacéuticas, cada una con sus propias reglas del programa.
- Su archivo puede ser revisado (auditado) por estas compañías para asegurarse de que seguimos sus requisitos.
- Estas revisiones son necesarias para poder darle medicamentos gratuitos.

Su Información Nunca Se Vende ni Se Comparte para Marketing

Nosotros nunca venderemos ni compartiremos su información personal. Tampoco compartiremos su información personal identificable ni su información médica protegida (PHI) con organizaciones externas, incluidas, pero no limitadas a:

- Agencias del gobierno
- Donantes o fundaciones
- Empresas de mercadeo o medios de comunicación

Su información solo se usa para ayudarlo a recibir sus medicamentos y para cumplir con los requisitos del programa.

Contacto Ocasional

En ocasiones, podemos preguntarle si desea compartir su historia o testimonio sobre su experiencia. Decir "sí" o "no" es completamente su decisión, y su atención médica no se verá afectada.

¿Preguntas?

Si tiene preguntas sobre cómo se usa su información, llámenos al 704-536-1790.