

CLINICA GRATUITA DE ANDERSON Dirección: 414 N. Fant Street, Anderson, SC 29621 Telefono: 864-226-1294

NUEVOS PACIENTES: **Venir un Miércoles de 9am – 11am** se aceptan solicitudes de nuevos paciente.

Por favor de traer **toda** la documentación. **No se aceptaran solicitudes incompletas!!!!**

El proceso de nuevo paciente puede tomar entre 2-4 semanas.

PACIENTES EXISTENTES: Para la recertificación anual, por favor complete la solicitud y traiga todos los documentos necesarios para entregar en la ventanilla durante las horas hábiles de la clínica. **No aceptamos solicitudes incompletas** y son 48 horas para terminar de procesar la solicitud después de entregarla.

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

LISTA DE REQUISITOS (LO QUE USTED DEBE TRAER):

- La solicitud completado y firmado por el paciente (Secciones 1 a 8)**
- Documento de Identificación Oficial (con fechas vigentes)**
 - Licencia de Conducir de Carolina del Sur (otras licencias solo tienen 3 meses de vigencia)
 - Identificación del Estado o Federal (Puede ser tarjeta de residencia permanente o temporal)
 - Si no tiene identificación de los Estados Unidos, puede traer pasaporte o documento de identificación vigente (con fecha de nacimiento) de su país de origen
- Tarjeta de número de Seguro Social (si aplica)**
- Comprobante de residencia en el Condado Anderson**
 - Su Identificación (si tiene su dirección actual)
 - Factura de Luz, agua, teléfono, etc.
 - Contrato de Alquiler
 - Estado de cuenta de banco
 - Devolución de Impuestos federales o factura de pago de impuesto
- Comprobante de ingreso total familiar- debe traer TODO lo que aplica:**
 - Devolución de impuesto más reciente o si no presentó impuestos llenar el formato IRS 4506T
 - Carta de beneficios SNAP (vales de comida) (debe tener la cantidad actual que reciben)
 - Talones de cheque más recientes (debe enseñar un mes completo de ingreso)
 - SSA/SSI/SSDI Carta de Beneficios de Seguro Social del presente año
 - Cualquier pensión o beneficios
 - Si le pagan en efectivo, una carta de su empleador con la cantidad que le pagan mensual (debe ser firmado, con la fecha y tener dirección y número de teléfono del empleador)
 - Si reside en vivienda de asistencia del gobierno (HUD), el acuerdo de renta y cantidad de beneficios
 - FICHA DE CERO INGRESO** (Completar si no tiene ingreso)
- Comprobante de NO Seguro Médico:**
 - Una carta de la oficina Medicaid constando que no cuenta con cobertura de Medicaid (aun que no tenga número de seguro social.) 224 McGee Rd Anderson, SC 29625
 - Si trabaja, una carta del empleador constando que no recibe seguro médico por medio del trabajo
- \$15 pago de certificación:**
 - Se acepta efectivo (monto exacto), cheque, o giro postal. Se paga únicamente cuando TODA la documentación este completo
 - Se paga UNICAMENTE al tener aprobado todos los requisitos

NOTAS:

Solicitud de Paciente Nuevo

Recertificación

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE

Nombre:	Apellido:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono (celular):	Teléfono (casa):	Teléfono (Alt):
# Seguro Social: - -	Fecha de Nacimiento:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Número: _____		
Idioma materna:	Necesita interprete? (encierra): SÍ NO	

SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE INGRESO Y SEGURO MEDICO

Número de personas en su casa: _____ (Anote todos los que hayan vivido con usted más de un año)

1. _____ Relación _____ 2. _____ Relación _____

3. _____ Relación _____ 4. _____ Relación _____

Correo Electrónico: _____

Estado de Vivienda: (Marque la respuesta que aplica):

<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Alquilar sin asistencia	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Vivienda pública/Sección 8	<input type="checkbox"/> familiar
<input type="checkbox"/> Albergue	<input type="checkbox"/> Haven of Rest	<input type="checkbox"/> Sin vivienda	<input type="checkbox"/> Otro _____	

Tiene seguro médico de alguno de los siguientes fuentes?: (Marque todas que aplican)

<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Seguro privado	<input type="checkbox"/> Ciudadodesalud.gov	<input type="checkbox"/> VA/Militar
-----------------------------------	-----------------------------------	---	---	-------------------------------------

<u>Estado Civil</u>	<u>Nivel de Educación</u>	<u>Raza/Identidad Étnica</u>	<u>Estado de Empleo</u>
<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Escuela primaria	<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo
<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Esc. secundaria Parcial	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> De media jornada o Temporal (encierra)
<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria	<input type="checkbox"/> Latino	<input type="checkbox"/> Jubilado
<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Americano nativo	<input type="checkbox"/> En Discapacidad de Seguridad Social
<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Universidad Parcial	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Desempleado desde _____
<input type="checkbox"/> Cohabitando	<input type="checkbox"/> Universidad Graduado	<input type="checkbox"/> Otro _____	mes/año

<p>Ingreso MENSUAL de la familia: (por favor coloque el ingreso de TODOS los que viven en la casa con usted)</p> <p>Salario/ingresos: _____ (usted) _____ (pareja) _____ (otro)</p> <p>Pensión/Beneficio de SSI/SSA: _____ (usted) _____ (pareja) _____ (otro)</p> <p>Pensión alimenticia: _____</p> <p>Prestación de vivienda: _____</p> <p>Beneficios de desempleo: _____</p> <p>Vales de comida/SNAP: _____</p>	<p>Uso de oficina:</p> <p>PF# _____</p> <p>CALL BACK INFO:</p> <p>Date: _____</p> <p>Response: _____</p> <p>Other Attempts</p> <p>_____</p> <p>No show Ent:</p> <p>_____</p> <p>Cert/Recert fee paid on:</p> <p>_____</p>
<p>Uso de personal de AFC:</p> <p>HH SIZE: _____ Total Income: _____ ELIGIBLE: _____ CERT Expires: _____</p> <p>Screened by: _____ Date: _____</p>	

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN MÉDICA

Por favor marque si tiene alguna de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> COPD (enfermedad de pulmones) | <input type="checkbox"/> Problemas dentales | <input type="checkbox"/> Sed excesiva |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca congestiva | <input type="checkbox"/> Aumentar de peso repentinamente | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> visión borrosa |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Paro cardiaco/infarto | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> orinar excesivamente | <input type="checkbox"/> dolor de músculos constante | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñones | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Bajar de peso repentinamente | |
| <input type="checkbox"/> Dolor, entumecimiento, u hormigueo en el brazo, la muñeca, la mano o los dedos | | | |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la orina: dificultad para orinar, retención de orina, flujo de orina lento (encierre en un circulo) | | | |

Anote TODOS los medicamentos que usted está tomando:

****Alergias****

Que sepa, NO tengo alergias medicas

Fumar/Usó de tabaco:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca he fumado ni usado tabaco | <input type="checkbox"/> Actualmente fumo/ uso tabaco |
| <input type="checkbox"/> Dejé de usar tabaco hace _____ años | # paquetes por día _____ cuántos años _____ |

Historia Médica (Encierre con círculo cualquier condición que haya tenido la persona de su familia):

<u>Madre</u>	<u>Padre</u>	<u>Hermano/a(s)</u>	<u>Abuelos maternos</u>	<u>Abuelos paternos</u>
Cáncer	Cáncer	Cáncer	Cáncer	Cáncer
Diabetes	Diabetes	Diabetes	Diabetes	Diabetes
Infarto	Infarto	Infarto	Infarto	Infarto
Presión alta	Presión alta	Presión alta	Presión alta	Presión Alta
Derrame cerebral	Derrame cer.	Derrame cer.	Derrame cerebral	Derrame cerebral
Dificultad respiratorio	Dif. respiratorio	Dif. respiratorio	Dificultad respiratorio	Dificultad respiratorio
Enfermedad de corazón	Enf. de corazón	Enf. de corazón	Enfermedad de corazón	Enfermedad de corazón
No sé	No sé	No sé	No sé	No sé

Fecha de última visita médica: _____ Razón: _____

Fecha de última visita dental: _____ Razón _____

Fue hospitalizado en los ultimos 6 meses? SÍ /NO Nombre del hospital: _____ Razón: _____

Otras preocupaciones de salud:

SECCIÓN 4: CERTIFICACIÓN

Yo _____, certifico que la información anterior es correcta. Entiendo que completar esta ficha no garantiza que califico para recibir servicios de la Clínica Gratuita de Anderson. **Yo entiendo que entregar información falsa o incompleta, o faltar en entregar cambios de ingreso o estado puede resultar en ser despedido de la clínica.**

X _____
Firma del paciente

Fecha

SECCIÓN 5: Responsabilidades del Paciente

Por favor ponga sus iniciales a lo siguiente, indicando que ha leído, entendido, y está de acuerdo con las siguientes consecuencias si no cumple con las siguientes responsabilidades:

_____ iniciales Participar en cualquiera de las siguientes **CONDUCTAS INACEPTABLES** resultará en mi despido inmediato de la Clínica Gratuita de Anderson:

- Cualquier acto de violencia, conducta grosera o disruptiva, amenazar o intimidar al personal, los voluntarios, u otros pacientes de la clínica
- Traer armas de cualquier tipo a la propiedad de la Clínica Gratuita
- Usar o poseer sustancias ilegales en la propiedad de la Clínica Gratuita
- Discriminar contra Personal/Voluntarios/Otros en base de etnicidad, género, origen nacional, religión, u orientación sexual
- Dañar, tirar basura, faltar el respeto o fumar en la propiedad de la Clínica Gratuita

Las siguientes acciones pueden resultar en suspensión temporal o despido permanente de AFC:

- Usar obscenidades, gritar, o de otra manera faltar respeto con su conducta
- Faltar en cumplir con el plan de tratamiento acordado o dar información falsa acerca de cuidado médico anterior
- Llegar intoxicado a la propiedad de la Clínica Gratuita
- Intentar comunicarse con los médicos voluntarios o doctores referidos en sus lugares de práctica privada o en un contexto fuera de la Clínica Gratuita
- **Pedir receta médica para sustancias controladas por el DEA**
- **Pedir a los médicos voluntarios llenar documentos de discapacidad u otras fichas certificando condiciones médicas**
- Participar en conductas disruptivas o faltar el respeto durante una cita referida o violar la política de Referencia de Médicos de la Clínica Gratuita.
- No cumplir con el proceso anual de recertificación

_____ iniciales El horario de la farmacia es martes a viernes de 9am a 1pm. No cumplir con lo siguiente podría resultar en la falta de acceso temporal o permanente a los medicamentos:

- Cumplir con fechas límites para firmar documentos o entregar documentos de ingreso/seguro que le pide la Coordinadora de programas de asistencia al paciente y que requieren las compañías farmacéuticas.
- Faltar de actualizar su número de teléfono e información de contacto con la clínica.
- Los medicamentos y rellenos requieren 2 días HABLES para prepararlos para entrega. Los pacientes son responsables por tomarlo en cuenta y pedir los medicamentos con tiempo.
- La farmacia no entrega medicamentos sin receta médica vigente. Si no existen rellenos, el paciente DEBE ser atendido por un médico de la clínica para obtener una receta vigente.
- Los rellenos de medicamentos se dan a la discreción del médico y pueden estar sujetos a los exámenes de laboratorio necesarios.

_____ iniciales Yo entiendo que soy responsable por cualquier facture asociado con Exámenes/Referencias de AnMED que sobrepasan el presupuesto de \$1500 que cubre la Clínica por paciente. Es mi responsabilidad informarme de los costos asociados con servicios afuera de la clínica. Adicionalmente, soy responsable de pagar los cobros de la Clínica y Farmacia que incluyen el pago de certificación de \$15 anuales y los \$2+ por medicamento que se cobran en la farmacia.

X

Firma del paciente

Fecha

SECCIÓN 6: Acuerdo de política de faltas, exámenes de laboratorio, y referencias

Política de FALTAS:

Se espera que todos los pacientes lleguen a tiempo para sus citas y que vengan preparados con sus medicamentos a la mano y habiendo hecho cualquier examen de laboratorio con 2 semanas de anticipación de la fecha de su cita.

MI CITA SERÁ CANCELADA Y ME SERÁ CONTADO COMO UNA FALTA SI:

1. Si yo falto a la cita sin haber cancelado con por lo menos 24 horas de anticipación. PARA CANCELAR: deje un mensaje de voz al (864)-512-7800 con su nombre, fecha de nacimiento y un breve mensaje.
2. Si yo llego más de 15 minutos tarde a cualquier cita
3. Si yo llego a la cita sin mis medicamentos en la botella ORIGINAL
4. Si yo falto en completar los exámenes de laboratorio con por lo menos dos semanas de anticipación a la cita programada.
5. Si yo llego a una cita INTOXICADO/Bajo la influencia de Alcohol o sustancias ilegales, me marcarán una FALTA a la cita y me darán una advertencia de despido.

CONSECUENCIAS DE FALTAS:

1. La **PRIMERA FALTA**: será anotada en el expediente médico del paciente
2. La **SEGUNDA FALTA**: dentro de un año resultará en la SUSPENSIÓN del privilegio de citas médicas durante un año completo desde la primera falta. Los pacientes pueden intentar ser atendidos como "WALK-IN" (sin cita- y solo si hay disponibilidad—**no hay garantía de disponibilidad de "walk-in"**)
3. **CUALQUER FALTA ADICIONAL** después que el periodo de suspensión se termine puede resultar en DESPIDO TEMPORAL O PERMANENTE de la Clínica Gratuita.

FALTAS A CITAS DENTALES: Todos los pacientes que FALTAN a **UNA** cita dental NO podrán tener otra cita dental hasta 12 meses después de la fecha de la cita perdida.

X _____
Firma del paciente

Fecha

Política de Referencias con Especialista/Dentista de la Clínica Gratuita:

1. Citas serán programadas por el personal de la Clínica Gratuita y usted será notificada de la fecha/hora.
2. NO podemos garantizar una cita. Algunos médicos ofrecen su tiempo voluntariamente en sus prácticas para ayudar a pacientes de la clínica gratuita que necesitan cuidado de especialista por nuestras referencias. Es SU responsabilidad llamar a la oficina de especialista si necesita cancelar o reprogramar una cita. **Pacientes que faltan a la cita de referencia sin llamar a cancelar pierden el derecho de reprogramar la cita, y cuenta como una FALTA**
3. Los medicamentos recetados por un médico de referencia se puede llenar en la farmacia de la clínica gratuita si los tenemos disponibles. **Si no**, es responsabilidad del paciente obtenerlos.
4. DEBE ser paciente vigente (certificado) de la clínica para ser elegible a una visita de referencia.
5. Debe ser atendido de primero por un médico primario que le refiere al especialista y presentar la hoja de referencia que le daremos a la hora de su cita para ser atendido.
6. Toda política de conducta y acciones de la clínica gratuita aplican en cualquier cita de referencia o instalaciones en donde se hace exámenes de laboratorio
7. Responsabilidades adicionales pueden existir **dependiendo de la oficina de referencia**. Hemos acordado seguir sus políticas individuales particulares a cada oficina.
8. Es su responsabilidad verificar si hay algún costo asociado con su visita de referencia y usted será responsable por pagar o buscar asistencia financiera para pagar facturas asociadas con la cita.

X _____
Firma del paciente

Fecha

SECCIÓN 7: Derechos que renuncio y consentimiento de cuidados médicos

Entiendo que para recibir cuidados gratuito, Renuncio el derecho de tomar acción legal contra uno o todos los proveedores médicos ni contra el personal auxiliar, ni buscar remuneración de la Clínica Gratuita de Anderson o sus empleados y voluntarios de salud por alegaciones de negligencia profesional, con la excepción de actos u omisiones que se determinan ser groseramente negligentes o que se consideran deliberados o maliciosos, independientemente de donde tales servicios se desempeñaron.

X _____
Firma del paciente Fecha

Yo solicito atención médica de estas instalaciones. Yo entiendo que al convertirme en ser paciente de la Clínica Gratuita de Anderson, recibiré servicios de uno o más proveedores médicos que trabajan sin compensación financiera y de buena fe. Acepto recibir servicios médicos voluntariamente y sin remuneración, expectativa o promesa. Estos servicios médicos serán prestados por proveedores médicos voluntarios en la Clínica Gratuita de Anderson. Acepto permitir al proveedores médicos y otros cuidadores asociados con la Clínica Gratuita tratarme en maneras que juzgan sea de beneficio para mi salud. Entiendo que este cuidado puede incluir exámenes de laboratorio, o tratamiento médico o quirúrgico. Nadie me ha dado garantía de cómo estos exámenes afectarán mi estado de salud o a mí. Este conocimiento y acuerdo se ha hecho antes de prestar servicios médicos de un proveedor de la Clínica Gratuita de Anderson.

X _____
Firma del paciente Fecha

SECTION 8: HIPPA Autorización de la liberación de Información

DISEMINACIÓN Y RECUPERACIÓN DE INFORMACIÓN A LOS FARMACEUTICOS, AGENCIAS, PROGRAMAS DE CUIDADO INDIGENTE, Y VARIOS MÉDICOS DE REFERENCIA

Para acelerar el proceso de entregarle medicamentos de una manera eficiente, autorizo a la Clínica Gratuita de Anderson proporcionar mi información financiero (tamaño de hogar, ingreso, número de seguro social, etc.) a los farmacéuticos y doy poder legal a la clínica Gratuita designar a un miembro del personal firmar por mí estos documentos y enviarlos a las farmacéuticas. Yo autorizo a la Clínica Gratuita de Anderson compartir hechos biográficas, incluyendo hechos de mi salud e información financiera con otras agencias, farmacéuticas, y varios médicos de referencia para mejor proporcionar y asegurar el cuidado/tratamiento adecuado.

TAMBIÉN ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE REHUSAR ENTREGAR LA INFORMACIÓN PEDIDO, PERO QUE AL HACERLO ENTIENDO QUE LA FALTA DE ENTREGARLO PODRÍA LIMITAR LOS RECURSOS/SERVICIOS QUE ME SEAN DISPONIBLES.

X _____
Firma del paciente Fecha

DISEMINACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICO A INDIVIDUOS

Al firmar lo siguiente yo: *(Escoge la opción marcando con un cheque)*

- AUTORIZO A AFC** dejar mensaje o hablar con las siguientes personas en cuanto a las citas, diagnosticas, registros médicos, y/o exámenes proporcionado a mi persona mientras estoy establecido como paciente de la clínica gratuita:

Nombre: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Relación: _____

- NO AUTORIZO A AFC** hablar con alguien más en cuanto a citas, diagnosticas, registros médicos, y/o exámenes proporcionados a mi persona mientras estoy establecido como paciente de la clínica Gratuita.

X _____
Firma del paciente Fecha



Anderson Free Clinic

Providing Better Health Through Caring

Formulario de NO cobertura médica -Prueba de NO cobertura médica-

Sección del Paciente

Yo, _____ declaro que ni yo / ni nadie más tiene cobertura de seguro medico.

I _____ declaro que No soy elegible para Medicare / Medicaid en este momento

X _____
Firma del paciente

Fecha

X _____
Firma del miembro del personal de AFC

Fecha

FICHA DE CERO INGRESO

-Esta ficha solo debe ser usado si NO HAY ingreso familiar-

Sección para el paciente

Yo, _____ declare que ni yo ni nadie viviendo en mi hogar tiene ingreso
(nombre del paciente)

Incluyendo pero no limitado a salario/sueldo, pago por trabajos eventuales o en efectivo, pensiones, u otro ingreso. Si yo o alguien en mi casa recibimos asistencia SNAP (vales de comida) o de La Autoridad de Viviendas (HUD), he adjuntado el comprobante de los montos que recibo de estos programas de asistencia.

X _____
Firma del paciente Fecha

Sección para la persona que da apoyo

Nombre: _____ Teléfono: _____

Cuál es su relación con el paciente? : _____

Comparte una residencia con el paciente que firmó arriba? (encierre con circulo) SÍ NO

Si Afirmativo, cuanto tiempo tiene de compartir residencia con el paciente? _____

Si la persona que llena esta ficha ha compartido residencia con el paciente por más de UN AÑO, se consideran parte del hogar de la familia y deben también entregar comprobante de su ingreso mensual.

yo, _____ apoyo a la persona mencionado arriba con los siguientes aportes
(nombre de la persona ayudando al paciente)

mensuales (si la cantidad es \$0 para cualquiera de los siguientes, por favor explique cómo el paciente logra cubrir ese gasto):

\$ _____ Comido (si \$0 diga cómo/por qué): _____

\$ _____ Casa/renta (si \$0 diga cómo/por qué): _____

\$ _____ Utilidades (si \$0 diga cómo/por qué): _____

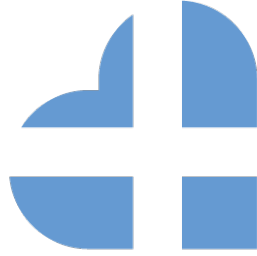
\$ _____ Medicamentos (Si \$0 diga cómo/por qué): _____

\$ _____ Transporte (Si \$0 diga cómo/por qué): _____

Total: \$ _____

Firmando abajo, yo verifico la situación actual de vivienda de este paciente y que TODA la información en la ficha es veraz.

X _____



Anderson Free Clinic

Providing Better Health Through Caring

CLINICA GRATUITA DE ANDERSON Dirección: 414 N. Fant Street, Anderson, SC 29621 Teléfono: 864-226-1294 ,