

NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento: _____

_____ **Tarifa de certificación de \$20.00:** efectivo, cheque o giro postal

_____ Carta de denegación de Medicaid de la oficina del DSS ubicada en **224 McGee Rd. Anderson, SC 29625**

_____ Carta SNAP (carta de cupones para alimentos) de la oficina del DSS ubicada en **224 McGee Rd. Anderson, SC 29625**

_____ Licencia de conducir válida de Carolina del Sur o identificación con fotografía, pasaporte, tarjeta de empleo o tarjeta de residente permanente – **NO PUEDE ESTAR VENCIDO**

_____ Tarjeta de seguro social o documento con el número de seguro social impreso o carta del DHHS que demuestre que se ha solicitado una tarjeta de reemplazo

_____ **Comprobante de ingresos de 1 mes:** talones de pago actuales, declaración de ingresos de jubilación, formularios W2, declaración de impuestos del año pasado u otra documentación de ingresos **para usted y todas las personas que viven en su hogar (los solicitantes que trabajan por cuenta propia presentarán un FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE EMPLEO AUTÓNOMO)**

_____ Formulario de apoyo firmado: carta firmada por la(s) persona(s) que le brindan asistencia financiera o de vida indicando lo que hacen por usted: vivienda, servicios públicos, comestibles, etc. **INCLUYA SU NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO**

_____ Prueba de residencia: prueba escrita de que vive en la dirección que figura en su solicitud: factura de servicios públicos, contrato de arrendamiento, extracto bancario, correo no deseado, etc.

_____ Prueba de NO tener seguro: carta del empleador, con membrete de la empresa, que indique que no se proporciona seguro o que indique la cantidad que le costaría obtener un seguro a través de su empleador.

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 Femenino

Contacto de emergencia: _____

Relación: _____

Número: _____

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 círculo) | | | |

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):

Madre	Padre	Hermano/a(s)	Abuelos maternos	Abuelos paternos
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 cosecuencias 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

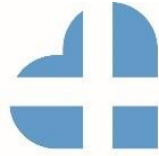
Al firmar lo siguiente yo: *(Escoge la opción marcando con un cheque)*

- 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 _____
Firma del Paciente Fecha



Anderson Free Clinic

— Providing Better Health Through Caring —

PACIENTE NUEVO Y SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

PACIENTES NUEVOS: Complete la solicitud y devuélvala durante el horario comercial habitual o llame para programar una evaluación inicial. La última página contiene la lista de documentos requeridos. El proceso completo para nuevos pacientes puede tardar entre 1 y 2 semanas.

Clínica gratuita Anderson 864-226-1294 o 864-512-7804, 414 N. Fant St. Anderson SC 29621

Clínica gratuita Honea Path 34 N. Main St. 864-369-9493

YA ES UN PACIENTE: Cada año, complete la solicitud, traiga los documentos requeridos y regístrese en la ventana principal durante el horario comercial habitual para reunirse con el coordinador de admisión. Tenga en cuenta que el procesamiento puede tardar hasta una semana.

CLINICA GRATUITA DE ANDERSON Dirección: 414 N. Fant Street, Anderson, SC 29621



Anderson Free Clinic

Providing Better Health Through Caring

AUTORIZACIÓ'N PARA DIVULGAR INFORMACIÓ'N DEL PACIENTE

Nombre de Paciente/Fecha de Nacimiento : _____

Date: _____

Para: Anderson Free Clinic

414 N. Fant St

Anderson SC 29621

Autorizo a la clinica a divulgar mi informacion a: **Direct Relief, Merck, and Pfizer**

Para el fin de: _____.

Firma _____

(Paciente)

Firma _____

(Testigo)