

# SOLICITUD DE ELIGIBILIDAD DEL PACIENTE

Ann Silverman Community Health Clinic ♦ 595 West State Street ♦ Doylestown, Pennsylvania 18901

Teléfono: 215-345-2260 ♦ Fax: 215-489-7236

Nombre: \_\_\_\_\_  
(apellidos), (nombre 1º 2º)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes / día / año

Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de la Solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**La clínica de salud comunitaria Ann Silverman (la Clínica) proporciona cuidado médico gratuito, dental, y social a personas que no cuentan con seguro y de bajo ingreso viviendo en Bucks County. Para poder calificar usted NO deberá contar con ningún tipo de seguro (incluyendo Medicare, Medicaid y Suplementos, etc).**

- Proporcione los nombres completos y los ingresos de cada persona que vive en su domicilio, sean o no familiares, y si son también solicitantes para servicios de la clínica.
- Proporcione los siguiente para todas aquellas personas que están aplicando para los servicios de la clínica:
  - **Comprobante de identidad.** Prueba aceptable incluye:
    - ✓ Cualquier identificación con foto emitida por el gobierno como ID o pasaporte.
    - ✓ Licencia para conducir, el pasaporte o la tarjeta de residente permanente extranjero.
    - ✓ Las actas de nacimiento pueden ser usadas para los que no tengan identificación con identificación con foto.
  - **Comprobante de residencia.** Pruebas aceptables incluyen:
    - ✓ Factura de teléfono o servicios públicos (agua/alcantarillado/gas/aceite/electricidad).
    - ✓ Factura fiscal o contrato de arrendamiento con tu nombre y dirección actual.
    - ✓ El correo ordinario o los extractos bancarios no son aceptados.
- Proporcione lo siguiente para todas las personas que viven en su domicilio.
  - **Comprobante de ingresos incluye:**
    - Los 4 últimos comprobantes de cheques o una carta de su empleador.
    - Si es empleado por cuenta propia las cuentas de ganancias y pérdidas por un período de 3 meses.
    - Prueba de manutención infantil o alimenticia u órdenes judiciales de manutención infantil.
    - Cartas de desempleo, compensación laboral, SSD, SSI, etc.
    - Cartas de familiares o amigos que proporcionan ayuda económica a los residentes del domicilio.
  - **La más reciente declaración de impuestos Federales (no del estado) y W2.**

**La documentación o información que falte puede resultar en un retraso para su aprobación para los servicios de la Clínica. La elegibilidad es reevaluada cada 12 meses.**

**Si usted trabaja por cuenta propia, es posible que se le solicite documentación adicional.**

**OFFICE USE ONLY**

Date of review:	By:	Date of determination:	By:
<input type="checkbox"/> APPROVED FOR ONLY    Medical _____    Dental _____    S/W _____			
<input type="checkbox"/> APPROVED All Clinic Services			
# Adults _____ # Children _____    Children Insured Y N    How Many Children Insured _____ Monthly Income _____ Source: _____    Proof of Residency Y N    Proof of Identity Y N			
<input type="checkbox"/> INELIGIBLE Reason:			

Additional Documents Needed Y N _____ Initial _____ Items Required _____	Notified Patient Y N _____ Initial _____
---	--

**EVALUACION FINANCIERA DEL DOMICILIO**

**I. Enliste su nombre y el de cada persona que habite en su casa/apartamento. TODOS (familiares/no familiares).**

<input checked="" type="checkbox"/>	Nombre completo	Edad	Fecha de nacimiento	Seguro (SI o NO)
<input type="checkbox"/>				

**II Ingresos-** Nombres de cada persona en el domicilio que trabaja y su salario semanal ANTES DE IMPUESTOS. Debe proporcionar prueba de todos los ingresos en el hogar

Nombre completo (apellido, nombre 1º y 2º)	Lugar de empleo.	Horas trabajadas en una semana	Salario por hora	Trabaja por cuenta propia?

**III ¿Usted o alguien en su domicilio recibe manutención infantil? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_.**

Cantidad por semana	Para (nombre del niño)

De ser así, enliste la cantidad por cada niño

**• ¿Usted o alguien en su domicilio recibe alguna pensión, Seguro Social, beneficios de desempleo, indemnización al trabajador, pensión alimenticia o cualquier otra fuente de ingresos? Sí \_\_\_ No \_\_\_**

Proporcione quien lo recibe, cuanto recibe y cada cuando es recibido (por ejemplo \$/por semana, \$/ por mes).

Nombre	Pension	Seguro Social	Indemnizacion	Desempleo	Pension alimenticia	Otro

- Cantidad que paga por renta o hipoteca pagada al mes: \_\_\_\_\_.
- Nombre de la persona a quien usted le paga la renta/hipoteca. \_\_\_\_\_.
- Usted o alguien en su domicilio recibe asistencia médica SI o NO
- De ser así, POR FAVOR PROPORCIONE LOS NOMBRES (y copia de la tarjeta). \_\_\_\_\_.

**Por favor lea y firme**

1. He proporcionado información verdadera de cada persona que vive en mi domicilio.
2. Entiendo que el hecho de no proporcionar información verdadera puede dar lugar a que se me dé de baja de la Clínica, lo que incluirá atención médica, dental y medicamentos.
3. **Acepto informar a la clínica sobre cualquier cambio en el seguro y los ingresos para mí y mi familia.**

\_\_\_\_\_  
SU FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA EN QUE SE FIRMO

**Ann Silverman Community Health Clinic**  
**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE**

Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Apartado de correo (de ser diferente) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
Pronombre \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Lenguaje de preferencia \_\_\_\_\_

**Si la persona aplicando es menor de edad, por favor proporcione**

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_  
Dirección del padre/tutor \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del padre/tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Relación con usted \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

SI NO PODEMOS CONTACTARLE, ¿PODEMOS CONTACTAR A SU CONTACTO DE EMERGENCIA?

**Por favor responda lo siguiente:**

1. ¿Tenemos su permiso para dejar mensajes de voz en su correo de voz o máquina contestadora con respecto a su información personal de salud o para confirmar citas? SI o NO
2. ¿Tenemos permiso para enviarle mensajes de texto con recordatorios de citas? SI o NO
3. ¿Cuenta con algún seguro médico o dental que no haya revelado? SI o NO
4. ¿Esta visita está relacionada con algún accidente de cualquier tipo en el trabajo o lesión en un vehículo? SI o NO

DE SER ASI, EXPLIQUENOS \_\_\_\_\_

5. Farmacia de su preferencia:
  - a) Nombre
  - b) Dirección
  - c) Teléfono
  - d) Fax

**Promesas a la Clínica Ann Silverman**

Como paciente de la Clínica Ann Silverman, usted promete hacer todo lo posible para asistir a cualquiera o todas sus citas (ya sean en el lugar o programadas fuera del lugar). Además, si no puede asistir a alguna/todas las citas, se comunicará con la oficina (215-345-2260) de inmediato para informarnos que no asistirá; de lo contrario, existe la posibilidad de que se le facture por no presentarse.

Hará todo lo posible para completar las solicitudes anuales y proporcionar los documentos solicitados para que podamos brindarle a usted y a su familia una atención continua. Además, debe notificarnos de inmediato cualquier cambio en sus ingresos/arreglos de vivienda o cambios en el seguro.

**FIRMA DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_



**Autorización para Servicios de Tratamiento (Medico/Dental/Trabajo Social)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

1. Por la presente autorizo el tratamiento médico por parte de la Clínica de Salud Comunitaria Ann Silverman.
2. Entiendo que los servicios que recibo pueden ser proporcionados por médicos voluntarios, enfermeras, enfermeras médicas, dentistas e higienistas dentales y que todos los proveedores de atención medica tienen licencia para practicar según sea necesario, en Pennsylvania.
3. Me conservo el derecho de buscar tratamiento en otro lugar, en cualquier momento, a mi cargo.
4. Notificar al personal de cualquier cambio en mi condición médica o mi estado financiero
5. Entiendo que, para brindar servicios de calidad, puede ser necesario que el personal se comunique y se refiera a otros recursos. Entiendo que se me puede pedir que proporcione mi consentimiento por escrito para la divulgación de cierta información médica/dental. Me abstengo el derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento notificando a la Clínica de Salud Comunitaria Ann Silverman ya sea verbalmente o por escrito.
6. Entiendo que, si tengo alguna pregunta o inquietud sobre este o cualquier otro formulario o cualquier servicio, puedo pedir reunirme con el Gerente de la Clinica en la Clínica de Salud Comunitaria Ann Silverman.
7. Cuando se registre como paciente en Ann Silverman Community Health Clinic, usted y su información médica y confidencial se agregarán a **eCW** (eClinicalWorks). **eCW** es un software y servicios de registro medico electrónico, gestión de consultas y registro de salud personal para cientos de miles de proveedores de atención médica. La Clínica incluirá su historial medica dentro de la plataforma **eCW** para que esté disponible para cualquier medico miembro de **eCW** que lo esté tratando.
8. Entiendo que, si no estoy satisfecho con alguna decisión del personal, puedo apelar la decisión ante el Comité Asesor Médico de la Clínica de Salud Comunitaria Ann Silverman.

**POR FAVOR FIRMA**

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Si el paciente es menor de edad, menor de 18 años, los padres o tutores legales deben firmar a continuación:**

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente (mama/papa/tutor, etc.)** \_\_\_\_\_