

Aplicacion de los servicios médicos 2026

Nuevo paciente

Paciente que recualifica

☐ **POR FAVOR, LEA ESTA SOLICITUD CON MUCHO CUIDADO:**

Bienvenido a la Clínica de Salud del Buen Samaritano. Antes de que pueda ser visto como paciente en la Clínica de Salud del Buen Samaritano, se le pedirá que complete esta solicitud de servicios y proporcione la siguiente documentación:

1. Una copia de su licencia de conducir válida de Florida o identificación con foto emitida por el estado
2. Prueba de ciudadanía estadounidense o residencia legal permanente, como un certificado de nacimiento, tarjeta de seguro social, pasaporte, identificación de votante o tarjeta verde
3. Comprobante de ingresos de todos los contribuyentes de su hogar.
4. Otros documentos que puedan ser necesarios para situaciones específicas.
5. NO ENVÍE POR CORREO, CORREO ELECTRÓNICO O FAX ESTA SOLICITUD O CUALQUIER DOCUMENTACIÓN EL PACIENTE. DEBE PRESENTARSE EN PERSONA Y TENER UNA ENTREVISTA CON UN ESPECIALISTA EN ELEGIBILIDAD Y REFERENCIA.

POR FAVOR, IMPRIMA CLARAMENTE

Nombre del paciente :: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ ZIP: _____

Edad: ____ DOB: _____ SEXO: ____ SSN: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA : _____ Teléfono: _____

¿ TIENEN SEGURO? ____ Sí ____ No En caso afirmativo, ____ Medicare ____ Medicaid ____ Other

¿HA SOLICITADO O VA A SOLICITAR UNA DISCAPACIDAD? ____ No ____ Han aplicado ____ Se aplicará

REFERIDO POR: _____ ¿CUÁL ES SU PROBLEMA MÉDICO ? _____

ENUMERE TODOS LOS CONTRIBUYENTES A LOS INGRESOS DE LA VIVIENDA:

Nombre de la(s) persona(s) Recibir ingresos	Relación con el paciente	Fuente de ingresos (empleador, seguro social, pensión, TANF, cupones de alimentos)	Ingresos mensuales

NÚMERO TOTAL DE ADULTOS EN EL HOGAR: ____ NIÑOS: ____ INGRESOS TOTALES : _____

¿Hay alguna circunstancia especial que desee que conozcamos ? _____

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ANTERIORMENTE ES VERDADERA Y PRECISA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

Firma: _____ La Fecha: _____

Certificación/Autorización del Paciente

Con mi firma a continuación, certifico:

1. Que toda la información proporcionada por mí en esta solicitud y divulgación financiera es verdadera y precisa
2. Que el ingreso "familiar" es del 300% o por debajo del nivel federal de pobreza (ver el cuadro a continuación)
3. Que no tengo seguro médico
4. Que vivo en el condado de Pasco y soy ciudadano estadounidense o residente legal permanente

Por la presente autorizo a Good Samaritan Health Clinic of Pasco, Inc. a obtener o verificar cualquier información necesaria con respecto a mi estado físico y / o financiero para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia. Doy mi consentimiento para divulgar mi información a compañías farmacéuticas, en caso de que requiera medicamentos de los programas de asistencia al paciente.

Por la presente otorgo permiso y autorizo a Good Samaritan Health Clinic of Pasco, Inc. a divulgar cualquier y toda la información relacionada con la salud en mis registros médicos a otras partes para que se realice una remisión para recibir tratamiento médico adicional. Entiendo que mi información financiera no será parte de mi registro médico y estará contenida en un archivo confidencial separado.

AVISO: Certifico que me comunicaré con la clínica en caso de que tenga seguro y / o cambios de ingresos en mi hogar, es decir, obtenga o pierda un trabajo, reciba Medicaid / Medicare, SSD, SSI, Compensación de trabajadores, etc. Además, certifico que informaré a la clínica si me involucro en una acción legal que resulte en un aumento o disminución de ingresos, recibo herencia de finanzas o propiedades o ganancias de la venta de propiedades. Usted revelará esto a la clínica.

Firma: _____

Nombre de impresión: _____ Fecha _____

Firma del testigo: _____ Fecha _____

Encierre en un círculo la opción que corresponda:

Tamaño de la familia	Casa Ingresos mensuales (brutos)	Familia Tamaño	Casa Ingresos mensuales (brutos)
1	\$ 3,990	6	\$ 11,090
2	\$ 5,410	7	\$ 12,510
3	\$ 6,830	8	\$ 13,930
4	\$ 8,250	9	\$ 15,350
5	\$ 9,670	10	\$ 16,770
		CADA ADITONAL	\$ 1,420

LA SOLICITUD CONTINÚA: COMPLETE LAS SIGUIENTES 2 PÁGINAS

DEMOGRAFÍA

Debido a nuestros requisitos de informes de subvenciones, completar la sección de datos demográficos nos ayuda a brindarle un mejor servicio.

Por favor, elija una opción de cada columna

RANGO DE EDAD	CASA	EMPLEO	RANGO DE INGRESOS
18-21	Soltero	Tiempo completo	Menos de \$10,000
22-30	Parejas con dependientes	Tiempo parcial	\$10,000-\$20,000
31-40	Pareja sin dependientes	Desempleados/en busca de trabajo	\$20,000-\$30,000
41-55	Familia 2-Padres	Desempleados/incapaces de trabajar	\$30,000-\$40,000
56-64	Padres solteros	Autónomo	\$40,000-\$50,000
	Otros arreglos	Discapacitados y trabajadores	\$50,000+
		Discapacitado y no puede trabajar	

RAZA		ORIGEN ÉTNICO		LENGUA MATERNA
Afroamericano	Japonés	Centroamericano	No hispano ni latino	Inglés
Nativo de Alaska	Oriente Medio	Cubano	Puertorriqueño	Español
Amerindio	Nativo hawaiano o Isleño del Pacífico	Dominicano	Sudamericano	
Árabe		Hispano o latino/español	Español	
Asiático	Blanco	Latinoamericana/ Latina/Latina		
Egipcio	Otros (especificar):	Mexicano		
Europeo				
Jamaicano				

POR FAVOR, MARQUE UNO:

___ Puedo leer, escribir y entender inglés; por lo tanto, puedo participar en mi atención médica sin la ayuda de un intérprete.

___ Un intérprete ayudó a completar esta solicitud; por lo tanto, proporcionaré mi propio intérprete para los servicios.
en el Buen Samaritano. Entiendo que el Buen Samaritano no puede proporcionar servicios de interpretación.

Cuál es su situación de vivienda?	Propietario	Inquilino	Otro (especificar)
-----------------------------------	-------------	-----------	--------------------

¿Tienes un automóvil?	Sí	No	
¿Presentó impuestos federales sobre la renta?	Sí	No	
¿Tiene alguno de los siguientes activos?			
¿Certificados de depósito?	Sí	No	En caso afirmativo, importe:
¿Acciones/bonos?	Sí	No	En caso afirmativo, valor:
¿Otros activos?	Sí	No	En caso afirmativo, explique:
¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?	Sí	No	En caso afirmativo, ¿es elegible para el examen médico de VA? ¿Beneficios?
¿Es usted residente del Condado de Pasco durante todo el año?	Sí	No	
¿Tiene seguro médico de algún tipo?	Sí	No	En caso afirmativo, especifique:
¿Tiene participación en el costo de Medicaid?	Sí	No	En caso afirmativo, proporcione una carta para la documentación
¿Recibe SSI o SSD?	Sí	No	En caso afirmativo, proporcione la declaración de beneficios del Seguro Social más reciente.
¿Ha solicitado la Discapacidad del Seguro Social?	Sí	No	En caso afirmativo, fecha de presentación:
¿Tiene un caso de Compensación al Trabajador pendiente?	Sí	No	En caso afirmativo, proporcione detalles / condición médica a continuación
¿Tiene una demanda por accidente o lesiones personales pendiente?	Sí	No	En caso afirmativo, proporcione la razón y la condición médica a continuación.

SOLO PARA USO OFICIAL

Aprobado _____ Yes _____ No

_____ Fecha de recualificacion

NOTAS: