



Número de ID del Paciente :

SOLICITUD PARA INSCRIBIRSE EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Si requiere cuidado con un médico especialista de Pacific Medical Centers (PMC) y usted:

- Tiene bajos ingresos **Y**
- No tiene un seguro médico **Y**
- No califica para seguro médico del gobierno **Y**
- Vive en el Condado de King

POSIBLEMENTE CALIFICA para el Programa de Asistencia al Paciente de PMC. Para calificar para este cuidado médico de bajo costo o gratis, debe completar esta solicitud de inscripción y debe adjuntar todos los documentos que se le piden.

Por favor complete este formulario y entréguelo, con TODOS los documentos requeridos, a su clínica comunitaria o de salud pública. Si necesita ayuda para llenar este formulario o tiene preguntas, por favor llame a Pacific Medical Centers al (206) 505-1243, ó al (206) 505-1088.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre		Apellido	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento	Si trabaja, nombre de compañía/patrón
¿Es casado(a) ?	Teléfono para llamarle durante el día	Teléfono alternativo	
Dirección		Ciudad, Estado, Código Postal	
¿Necesita un intérprete? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Raza/Grupo Étnico	
¿Qué idioma habla?			
Adjunte UNA copia de lo siguiente para comprobar su residencia <ul style="list-style-type: none"> • Licencia de Manejo del Estado de Washington, O • Tarjeta de Identificación del Estado de Washington, O 		<ul style="list-style-type: none"> • Identificación Militar, O • Identificación Migratoria (Mica), O • Algún otro documento que muestre su residencia en los E.U.A. 	

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Cuál es el nombre de la Clínica Comunitaria o de Salud Pública donde recibe el cuidado de su salud (su doctor de cabecera)?
¿Cuál es el nombre de su doctor en la clínica arriba mencionada?
¿A cuál especialidad lo está enviando su médico aquí a PMC?

INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO MÉDICO

¿Usted tiene Medicaid o Medicare?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez ha tenido Medicaid o Medicare ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
(Si hay posibilidad de que califique para recibir Medicaid o Medicare, PMC requiere que lo solicite.)		
¿Cuenta Usted con un seguro médico ahora?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si su contestación es afirmativa, por favor vea al Coordinador de Referencias en su clínica antes de completar esta solicitud		
¿El cuidado médico que necesita se debe a una lesión en el trabajo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si su contestación es afirmativa, por favor explique:		
¿El cuidado médico que necesita es debido a un accidente automovilístico o una lesión causada por otra persona?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si su contestación es afirmativa, por favor explique:		

2

Número de ID del Paciente :

INFORMACIÓN FINANCIERA

¿Cuáles son los ingresos mensuales de su familia? \$ _____ al mes.

¿Cuántos individuos se sostienen de estos ingresos contando al conyuge/pareja, hijos biológicos o adoptados? _____ Personas

Se requiere comprobante de ingresos de todas las personas en la familia que viven en la misma casa.. Por favor lea las siguientes preguntas para ver qué información y documentos necesita proporcionarnos. Por favor envíe copias de los documentos originales. Si su Clínica Comunitaria o de Salud Pública ya le pidió estos documentos en los últimos 6 meses, copia de estos documentos pueden enviarse adjunto a esta solicitud.

Por favor conteste las siguientes preguntas. Si no tiene donde vivir, o no tiene ningunos ingresos, empiece con la pregunta E.

A. ¿Está recibiendo estampillas para comida?

_____ No, esto no aplica en mi caso – Continúe con la siguiente pregunta (B).

_____ Sí - Por favor proporcione una copia de su carta de otorgamiento. Continúe con la pregunta F.

B. ¿Su familia recibe ingresos por medio del trabajo de alguno de los miembros?

_____ No, esto no aplica en mi caso – Continúe con la siguiente pregunta (C)

_____ Sí – Por favor proporcione UNA copia de lo siguiente.

_____ Talones de cheque de 2 meses que no tengan fecha de más allá de los últimos 6 meses, **O**

_____ Forma W-2 que indique cuánto le han retenido en impuestos, **O**

_____ Su declaración de impuestos del año pasado, **O**

_____ Si trabaja por su cuenta, su declaración de impuestos más reciente, **O**

_____ No tengo talones de cheque, W-2 , ni comprobante de reembolso de impuestos. Declaro que la cantidad de ingresos arriba indicada es correcta.

C. ¿Tiene usted otras fuentes de ingresos ? Si es así, por favor proporcione copia de los documentos apropiados que se mencionan abajo

_____ No, esto no aplica en mi caso – Pase a la pregunta (D).

_____ Sí – Estoy adjuntando lo siguiente :

_____ Talón de cheque para pensión alimenticia/manutención

_____ Comprobante de pensión por jubilación/retiro

_____ Desempleo, Compensación de Trabajador o estado de beneficios debido a incapacidad

_____ Comprobanter de cualquier otro tipo de ingresos

D. Si tiene menos de \$5,000 en su cuenta de cheques o ahorros (combinadas o por separado), no esperamos que pueda gastar estos fondos para su cuidado médico en PMC. Si cuenta con más de \$5,000, posiblemente se le pida pagar parte o toda la cuenta de su cuidado. ¿Hay más de \$5,000 en su cuenta de ahorros o cheques (combinadas o por separado) ?

_____ No _____ Sí. Si su respuesta es positiva, por favor adjunte una copia de su estado de cuenta más reciente de cheques y/o de ahorros si los puede obtener.

E. ¿Se encuentra sin un lugar donde vivir, o no está recibiendo ningún ingreso ahora en el presente?

_____ No, esto no aplica en mi caso.

Sí – Explique en el espacio abajo cómo paga por sus necesidades básicas tales como comida, ropa, vivienda y servicios públicos. (Por favor tenga en cuenta que posiblemente se le pida nos proporcione un comprobante de desempleo por parte de la Oficina de Seguridad de Empleo o una carta por parte del albergue o tercera persona que le está ayudando con sus gastos de necesidades básicas).

F. ¿Hay cualquier otra información acerca de su situación financiera que considera PMC debe saber?

Tengo entendido que mientras esté recibiendo cuidado por parte de los doctores de Pacific Medical Centers, yo debo :

- Seguir el plan médico que PMC tiene para mí, así como el consejo de los proveedores médicos de PMC que llevan mi cuidado.
- Surtir las recetas y tomar las medicinas de acuerdo con las indicaciones del doctor.
- No fallar a ninguna de las citas con mi doctor. Si no me presento a dos de mis citas, sin previa cancelación, ya no podré hacer ninguna cita más.
- Proporcionar rápidamente la información requerida por el personal del programa de PMC cuando me lo pidan.
- Entender que a veces el cuidado que necesito no lo tienen en PMC.

Tengo entendido que :

- Si soy aceptada para recibir un seguro médico con Medicaid, yo debo informar a PMC
- Si hubiese cambios en mis ingresos o el tamaño de mi familia, hay probabilidad que califique para recibir el seguro del Gobierno o cualquier otro seguro para el cual hoy no califico. Buscaré seguro médico y cuando lo consiga informaré a PMC.
- Yo le pagaré a PMC por los servicios recibidos en PMC que no sean cubiertos por este programa.

Yo certifico que :

- Vivo en King County (Condado de King)
- La información proveída está correcta y es verdadera a mi mejor saber.

Firma

Fecha de Hoy

IMPORTANTE : NO SE OLVIDE

Usted debe incluir/adjuntar a esta solicitud:

- Comprobantes de ingresos
- Comprobante de residencia
- Su estado de cuenta bancaria (si se requiere)

Su solicitud no será tramitada sin estos documentos