

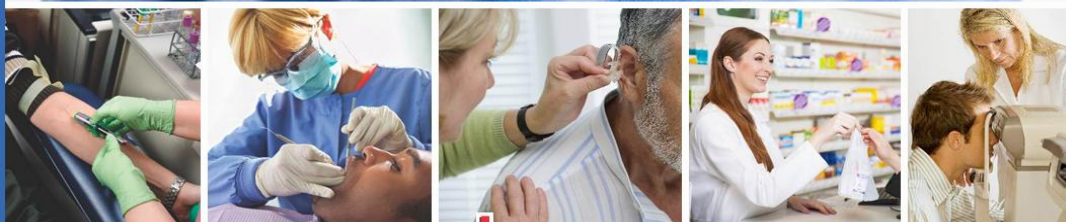


ESTÁS...

- 1. ¿Sin seguro?**
- 2. ¿En el condado de Cullman?**
- 3. ¿Entre las edades de 19 y 65?**

SI ES ASÍ...

**Podrías ser elegible para
Servicios de Salud a través de
Good Samaritan Clinic!**



**GOODSAMARITAN
HEALTHCLINIC**

401 Arnold Street NE, Suite A
Cullman, AL 35055

256-255-5963



Por favor, sigue
y comparte nuestras
Redes Sociales



www.goodsamaritancullman.com

Si necesita ayuda para llenar esta aplicación, llame al 256-255-5963.
Con gusto le haremos una cita para que alguien le ayude.

Good Samaritan Health Clinic

401 Arnold St. NE, Cullman, AL 35055

Teléfono: 256-775-1389

**Horario: Lunes – Jueves 8:00 a.m. - 4:00 p.m. (cerramos diario para almorzar de 12 p.m. – 1p.m.)
Y Viernes 8:00 a.m. - 12:00 p.m.**

Los documentos que aplican para usted de la lista son requeridos. No haremos excepciones.

Usted debe vivir en el condado de Cullman, tener por lo menos 19 años de edad y no tener seguro médico incluyendo: Medicare, Medicaid, beneficios médicos de Veteranos o seguro médico privado u otra cobertura médica.

Identificación

____ Licencia de conducir de Alabama (con nombre y dirección correctos)

____ Tarjeta de Seguro Social (con el nombre correcto)

Comprobante de TODOS los ingresos del hogar

____ **Declaración de impuestos federales** sobre los ingresos del año anterior o **4506-T** (si no presenta impuestos, la Clínica le proporcionará este formulario) (Proporcionar tarjetas de Seguro Social para TODOS en la declaración de impuestos) **NO** se aceptarán formularios W-2.

____ 5 talones de pago actuales y consecutivos (30 días antes de la fecha de inscripción para los solicitantes empleados)

____ SNAP (estampillas de comida) o WIC Carta de adjudicación de verificación de asignación mensual

____ Carta de adjudicación original del Seguro Social/SSI (solo para el solicitante, si recibe beneficios)

____ Comprobante de Seguro Social/Ingresos por Discapacidad (No se aceptarán estados de cuenta bancarios)

____ Pensión alimenticia, manutención de los hijos, pensión, beneficios para veteranos, etc.

____ "Formulario de Declaración de Otros Ingresos" (Si usted está siendo apoyado por alguien fuera del hogar) Este formulario debe incluir el monto aproximado en dólares de la manutención que se proporciona (Este formulario también debe ser notariado, la clínica proporcionará un notario público)

Comprobante de residencia

____ Verificación de dirección (copia del contrato de arrendamiento o factura de servicios públicos)

TODOS los documentos deben estar fechados dentro de los últimos 30 días.

HORARIO DE APLICACIÓN:

Lunes – Jueves 8am-11am y 1pm-3pm

Y Viernes 8am-11am

Cualquier persona que proporcione información falsa, no revele todos sus ingresos o tenga seguro será descalificada inmediatamente para los servicios actuales y futuros. Nos reservamos el derecho de negar el servicio a cualquier persona.

Formulario de elegibilidad Good Samaritan Health Clinic

NOMBRE: _____ **Fecha de Nacimiento** ____/____/____ **SSN:** _____ - _____ - _____

Sexo: ____ Masculino ____ Femenino **Estatus Matrimonial:** ____ Casado ____ Soltero ____ Divorciado ____ Viudo

Etnia: ____ Afroamericano ____ Asiático ____ Blanco ____ Hispano ____ Nativo Americano ____ Otro

Dirección: _____ **Ciudad:** _____

Condado: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____ **Teléfono:** () _____

Celular: () _____ **Trabajo:** () _____ **E-mail:** _____

Contacto de Emergencia: _____

Relación con el paciente: _____ **Teléfono:**() _____

Número de personas en su hogar: _____ **Número de personas en el hogar que trabajan** _____

Empleador del Aplicante: _____

¿Si no tiene empleo, por cuánto tiempo? _____

¿Actualmente tiene algún seguro médico privado o grupal? ☐ Sí ☐ No

¿Es elegible para un seguro de salud a través de su trabajo o el de otra persona? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted un Veterano? ☐ Sí ☐ No ¿Ha solicitado la incapacidad (disability)? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha solicitado Medicaid? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuándo? ¿Se lo negaron? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha solicitado un seguro bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Obamacare)? ☐ Sí ☐ No

¿Está siendo mantenido por otra persona que no está en su hogar? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién? _____. *Deberá completar el **Formulario de***

la declaración de otros ingresos y debe estar notariado. La clínica puede proporcionar un notario de forma gratuita.

¿Cómo se enteró de la clínica? _____

¿Cuál es el motivo de su visita a la clínica? _____

¿El transporte hacia y desde la clínica es un problema para usted? ☐ Sí ☐ No

FECHA ____/____/____

FUENTE(S) DE INGRESO

Fuente:	Monto Mensual
Desempleo _____	\$ _____
Pensión alimenticia _____	\$ _____
Manutención de los hijos _____	\$ _____
Estampillas de Comida _____	\$ _____
Discapacidad _____	\$ _____
Seguro Social _____	\$ _____
SSI _____	\$ _____
AFDC _____	\$ _____
Jubilación _____	\$ _____
Otros _____	\$ _____
Ingreso Mensual Total del Hogar \$ _____	

Comprobante de ingresos: _____ Impuestos (Taxes) _____ Talón de Cheque _____ Seguro Social _____
desempleo _____ Otro _____

Anote la información de TODOS en su hogar

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Reservamos el derecho de verificar toda información sometida

Firma del paciente: _____

Good Samaritan Health Clinic / Historial del Paciente

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Paciente Nuevo: ☐ Sí ☐ No

Nombre(s) del(los) proveedor(es) de atención médica anteriores:

¿Tiene alergias a medicamentos? _____ No tengo alergias conocidas a medicamentos. Sí, soy alérgico a: (círculo)

Penicilina Sulfa Eritromicina Ciprofloxa Aspirina Otros: _____

Reacciones: _____

¿Farmacia preferida? _____

Medicamentos actuales (haga una lista de todos los medicamentos que está tomando. Incluya medicamentos sin receta, herbales o remedios naturales).

Medicamento	Dosis del medicamento (mg/pastilla)	¿Cuántas veces al día?
-------------	-------------------------------------	------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Preocupaciones médicas:

Si está deshabilitado, marque aquí: _____ Naturaleza de discapacidad _____

Firma _____ Fecha _____

Good Samaritan Health Clinic

Formulario de Consentimiento y Renuncia Legal

He solicitado servicios médicos y/o consejos de profesionales médicos en Good Samaritan Health Clinic. A cambio de dichos servicios y/o asesoramiento, acepto lo siguiente:

1. Estoy aquí por mi propia voluntad. Nadie me obligó ni me exigió estar aquí.
2. Entiendo que la Clínica está aquí para brindar atención médica gratuita a aquellos que califican según sus pautas.
3. Creo que califico bajo las pautas tal como me han sido explicadas.
4. Entiendo que, según la ley de Alabama, no puedo demandar a los profesionales médicos que brindan servicios médicos gratuitos en la clínica a menos que me perjudique su "mala conducta intencional y obstinada".
5. Además, acepto que no puedo demandar a la Clínica de Salud del Good Samaritan Health Clinic o Good Samaritan of Cullman, Inc., excepto en las circunstancias permitidas por la ley de Alabama.
6. Estoy de acuerdo en que algunas restricciones a mi capacidad para demandar bajo la ley de Alabama descrita anteriormente también se aplican a cualquier profesional médico que pueda brindarme servicios médicos gratuitos o asesoramiento tras la referencia de Good Samaritan Health Clinic.
7. Acepto que se me ha dado esta información antes de ver a un profesional médico y que se me ha dado la oportunidad de hacer las preguntas que pueda tener antes de firmar este formulario.
8. Acepto dar una muestra de sangre u orina, si me lo piden, para detectar el consumo de drogas.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Poder Notarial para Defensor de Servicios Sociales

Para permitir que el/la trabajador(a) social de la Clínica de Salud del Buen Samaritano (The Good Samaritan Health Clinic) lo ayude, es necesario obtener su firma en este formulario. Para facilitar el proceso, puede autorizar a un trabajador(a) social de la Clínica de Salud del Buen Samaritano para que hable con agencias externas en su nombre.

Yo, _____ (por favor escriba su nombre completo), doy mi permiso para que un trabajador(a) social de la Clínica de Salud del Buen Samaritano (The Good Samaritan Health Clinic) hable en mi nombre y obtenga información sobre el estado de mi Programa de Solicitud de Asistencia Financiera a través de cualquier agencia externa disponible.

Firma del paciente

Fecha

Good Samaritan Health Clinic Acuerdo de Agencias Externas de Atención Médica

Entiendo que soy responsable de cualquier factura, tarifa o costo en cualquier agencia de atención médica fuera de Good Samaritan Health Clinic, aunque estos procedimientos y/o pruebas me hayan sido recomendados por los profesionales de la salud de Good Samaritan Health Clinic.

Firma del paciente

Fecha

Representante de la clinica

Fecha

Formularios de Poder Notarial para Asistencia con Medicamentos

Para recibir medicamentos a través del Programa de Asistencia de Medicamentos de Good Samaritan Health Clinic, será necesario obtener su firma en los formularios de solicitud. Para facilitar el proceso, puede autorizar a un agente del Programa de Asistencia Médica para que firme las solicitudes por usted.

Yo, _____ (por favor escriba su nombre completo), doy mi permiso para que un agente del Programa de Asistencia Médica de The Good Samaritan Health Clinic Medical Assistance Program firme los formularios de solicitud para que yo obtenga mis medicamentos a través de cualquier programa de asistencia al paciente disponible.

Firma del paciente

Fecha



Jeremy V. Stidham MD ♦ Patricia Calvert, CRNP
401 Arnold Street, N.E., Suite A
Cullman, AL 35055-1968
(256) 775-1389 ♦ Fax: (256) 747-5588

AUTHORIZATION OF USE AND DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

To: _____

I hereby authorize the release/request of specified medical records pertaining to the medical and/or psychiatric treatment of the following patient to Good Samaritan Health Clinic.

PATIENTNAME:(PRINT) _____

DOB: ____/____/____ **SSN:** ____-____-____

SPECIFIED RECORDS:

Expiration Date of Authorization

This authorization is effective for one (1) year unless revoked or terminated by the patient or the patient's personal representative.

Right to Terminate or Revoke Authorization

You may revoke or terminate this authorization by submitting a written revocation to the Good Samaritan Health Clinic, Clinic Administrator.

Potential for Re-Disclosure

Information that is disclosed under this authorization may be disclosed again by the Good Samaritan Health Clinic. The privacy of this information may not be protected under the federal privacy regulations.

Patient (or Representative) Signature

Clinic Representative Signature

Política dental de Good Samaritan Health Clinic

Procedimientos y Evaluaciones Dentales

- Si necesita una cita dental, debe llamar a nuestra oficina al (256) 775-1389.
- La Clínica de Salud del Buen Samaritano organizará una cita dental en uno de nuestros consultorios dentales locales participantes.
- El CRNP tendrá que examinar el diente o los dientes antes de que se pueda considerar una cita o referencia para una extracción dental.
- Por favor, sea cortés y paciente. Todos nuestros dentistas ofrecen su tiempo y servicios como voluntarios.
- No llame al consultorio dental para solicitar una cita ni entre a su consultorio exigiendo ser atendido; debe pasar por The Good Samaritan Health Clinic.
- Si no puede asistir a su cita, es su responsabilidad llamar a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación para cancelar esta cita. Si no lo hace, su cita con el dentista se retrasará durante al menos seis meses. Un segundo NO SHOW resultará en que su cita dental se retrase durante 12 meses.
- El dentista que realiza exámenes dentales o procedimientos dentales solo extraerá dientes sin cargo en su consultorio. Ningún otro servicio se realizará sin cargo.
- Por favor, no solicite servicios sin cargo, aparte de la(s) extracción(es) que El dentista determina lo que se debe hacer.
- Si lo atiende uno de nuestros proveedores dentales, no llame a su consultorio para pedir analgésicos.
- Solo se le extraerá de 1 a 3 dientes en el mismo cuadrante cada 6 meses. Esta recomendación debe provenir de nuestro CRNP y no incluirá extracciones con fines cosméticos.

Se le programará su cita dental y el personal de la Clínica de Salud del Buen Samaritano (Good Samaritan Health Clinic) le notificará.

Al firmar este aviso, usted comprende completamente y acepta seguir la política y los procedimientos para las citas dentales que Good Samaritan Health Clinic está proporcionando.

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____

Personal GSHC _____ **Fecha** _____



**Permiso Para discutir información médica
con familiares y/o amistades**

Good Samaritan Health Clinic se dedica a proteger la privacidad de cada paciente. Es su derecho recibir cuidado de calidad sin la preocupación de que su información médica personal sea compartida o revelada con otras personas sin su permiso, autorización o cómo es permitido por la ley. Su información médica está protegida por la ley y sólo se utilizará o divulgará de acuerdo con las disposiciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y sus reglamentos de implementación (HIPAA).

HIPAA nos permite discutir o compartir su información médica con familiares, amigos u otras personas que usted designe y que estén involucradas en su atención médica o en el pago de ella. Enumere a los miembros de su familia, pareja o amigos cercanos con quienes podemos discutir su información médica, incluyendo su información financiera.

Nombre de la Persona	Parentesco	Número de teléfono
Nombre de la Persona	Parentesco	Número de teléfono
Nombre de la Persona	Parentesco	Número de teléfono
Nombre de la Persona	Parentesco	Número de teléfono
Nombre de la Persona	Parentesco	Número de teléfono

Firma del paciente	Fecha
--------------------	-------

Firma del representante de la clínica	Fecha
---------------------------------------	-------

Declaración de otros Ingresos

Fecha: ____/____/____

Número de expediente: _____

Nombre del solicitante:

Nombre

Inicial de medio nombre

Apellido

Dirección:

Calle/ Num. de Apt.

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono: (____) ____ - ____

Proveedor de otros ingresos/servicios al solicitante

Nombre de proveedor:

Nombre

Inicial

Apellido

Dirección:

Calle/ Num. de Apt.

Ciudad Estado

Código Postal

teléfono: (____) ____ - ____

Brindo el siguiente apoyo al (la) solicitante antes mencionado (a):

Vivienda: ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione la cantidad mensual: \$ _____

Utilidades: ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione la cantidad mensual: \$ _____

Comida: ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione la cantidad mensual: \$ _____

Transporte: ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione la cantidad mensual: \$ _____

Otros Servicios: ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione la cantidad mensual: \$ _____

Favor de describir/anotar otros servicios:

Monto total mensual: \$ _____

Firma del proveedor:

Fecha:

Firma del Paciente:

Fecha:

*****Este formulario debe ser notariado. Si necesita un notario público, la Clínica le proporcionará uno de forma gratuita. *****

Notary Public Information:

Información de Public Notary:

Autorización para la recogida de recetas

Nombre: _____ ID# del Paciente: _____
Número de teléfono: _____

Yo, _____ doy mi consentimiento para que la(s) siguiente(s) persona(s) recoja mi medicamento recetado de Good Samaritan Health Clinic en mi nombre.

_____ Nombre	_____ Parentesco con el paciente
-----------------	-------------------------------------

_____ Nombre	_____ Parentesco con el paciente
-----------------	-------------------------------------

_____ Nombre	_____ Parentesco con el paciente
-----------------	-------------------------------------

_____ Nombre	_____ Parentesco con el paciente
-----------------	-------------------------------------

_____ Firma del Paciente:	_____ Fecha:
------------------------------	-----------------