



Nombre: _____ **Fecha:** _____

Primer Nombre Apellido Inicial segundo nombre

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

Dirección: _____

Calle APT # Ciudad Estado Código Postal

Condado: Williamson County Travis County Other _____

Teléfono móvil: (____) _____ **Teléfono Casa/Trabajo:** (____) _____

Correo electrónico requerido. Cada paciente deberá tener su propio correo

Email: _____

Estado Migratorio: Residente Legal Residente No legal *Refugiado*

Idioma preferido: Inglés Español OTRO _____

Es Usted veterano: *Si (Si Usted marcó SI, no continúe con la aplicación)*

No (Por favor complete la aplicación)

Estado Civi: Soltero/Nunca casado Casado Divorciado /Separado/Viudo

Etnicidad: Hispana or Latina Non-Hispana/ No Latina

Raza : Asiática Afroamericana/Negra Caucásica Nativa Americana Otrar _____

Estado laboral : Desempleado Autoempleado Tiempo Completo Medio Tiempo

Yo recibo asistecia financiera

Si Usted recibe asistencia financiera, a cuanto asume dicha ayuda \$ _____/mes

Discapacitado (Si Usted recibe SSI/SSDI Usted deberá aplicar a Medicaid. No necesita completar este formulario. Se requiere de mas documentacion si recibe SSI o SSDI)



First Name	Last Name	Relationship	Phone number

Usted autoriza a otra persona para que recojan sus medicamentos o reciban información médica?

Si (Si Usted marcó Si, por favor continúe con el formulario)

No (No es necesario que continúe con la próxima sección del formulario)

Autorizo que se proporcione información a las siguientes personas:

Nombre	Apellido	Relación	Número Telefónico

Esta sección de **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA** proporciona la autorización como se indica anteriormente. En Samaritan Health Ministries nos enorgullecemos de proteger la privacidad de nuestros solicitantes/pacientes. No firme esta sección si no autoriza a nuestra clínica a divulgar su información. La información sobre usted no puede ser divulgada a otros sin su consentimiento, excepto según lo autorice la ley.

Yo entiendo,

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____



DECLARACION DE FRAUDE E INGRESOS

APPLICANT INFORMATION	
Nombre del Apicante:	Fecha:
SSN:	Fecha de Nacimiento:
FRAUD STATEMENT	
<p>Yo, _____, por la presente afirmo que los ingresos son correctos y verificados si es necesario. Si mis ingresos cambian, debido a la pérdida de un trabajo, un nuevo empleo o ingresos recibidos de cualquier fuente, acepto informar los cambios a Samaritan Health Ministries. Entiendo que la información proporcionada aquí será verificada. También entiendo que no informar el empleo o los ingresos de cualquier fuente podría resultar en sanciones civiles o penales. También podré ser responsable del PAGO COMPLETO por cualquier servicio médico recibido en Samaritan Health Ministries.</p>	

FIRMAS	
Nombre del Apicante LETRA DE MOLDE):	FECHA:
Firma del Apicante:	

USO DE LA OFICINA EXCLUSIVAMENTE		
Ingreso total de la familia	Mensual	Anual
Como se obtiene este ingreso:		
Cunatos miembros incuye su familia (18+):	Numero de dependientes en el hogar:	
Enliste las edades de quienes dependen de usted:		
Iniciales del Apicante	Iniciales del entrevistante:	Fecha:



SAMARITAN HEALTH MINISTRIES

AUTORIZACION Y POLITICAS

1. Yo entiendo que **Samaritan Health Ministries** está aquí para brindar atención médica, dental y de Salud Mental GRATUITA a los pacientes que califican

2. Entiendo que los servicios médicos, dentales y otros servicios relacionados con la salud en SHM son proporcionados por profesionales de la salud con licencia y certificados, incluidos médicos, médicos residentes y dentistas, así como proveedores de salud alternativos, incluidos enfermeros practicantes, enfermeras, asistentes médicos, trabajadores sociales y psicólogos. Entiendo que tengo derecho a solicitar ver a un médico en lugar de a un proveedor de atención médica alternativo

- Debo actualizar mi información de contacto con la clínica en caso de que haya algún cambio. (INICIALES)_____

- Debo solicitar resurtidos de medicamentos 2 semanas ANTES de que termine mi medicamento. (INICIALES)_____

- *Es mi responsabilidad firmar los formularios de medicamentos del Programa de Asistencia para Medicamentos Recetados (PAP, por sus siglas en inglés) e informar al PERSONAL DE SHM 4 SEMANAS antes de que se agote mi medicamento. (INICIALES)_____*

- Es mi responsabilidad hacerme los análisis de sangre y las imágenes necesarias dentro de los 7 DÍAS ANTES de mi cita. (INICIALES)_____

3. Entiendo que **SHM cumple con las reglas y regulaciones federales de confidencialidad de HIPAA**. Entiendo que mi información médica y dental será utilizada y compartida entre las áreas médica y dental dentro de SHM. También entiendo que puedo solicitar una copia de la divulgación de HIPAA de SHM en cualquier momento solicitando una copia al personal de recepción. (INICIALES)_____

4 Entiendo que SHM puede comunicarse conmigo a través de mensajes de texto a mi teléfono, dejar mensajes de voz y enviar correos electrónicos. (INICIALES)_____.

5. POLITICA DE NO PRESENTARSE (NO SHOW):

- Debo notificar a la clínica con **48 horas hábiles** de anticipación para cancelar cualquiera de mis citas para que mi espacio de cita pueda ser ocupado por otro paciente. **Si la cita no se cancela con 48 horas hábiles de anticipación, se considerará un NO-SHOW.** (INICIALES)_____
- Si no asisto a mi cita, se considerará un NO-SHOW, 3 NO SHOWS en un año, no seré elegible para continuar con los servicios por el resto de mis servicios actuales. (INICIALES)_____ •

- Si llego más de 10 minutos tarde a mi cita, mi visita será cancelada y se considerará un NO-SHOW. (INICIALES)_____

6. **CONSENTIMIENTO DE CITA DE TELEMEDICINA:** En caso de que el proveedor no esté disponible en persona, tengo la opción de ser atendido a través de telemedicina.

_____ **Yo acepto** participar en las visitas de telemedicina con mi proveedora a través de VIDEO y AUDIO

_____ **Yo no acepto** participar en las visitas de telemedicina con mi proveedora a través de VIDEO y AUDIO

7. Como paciente de SHM, entiendo que necesito ir a la sala de emergencias del hospital si tengo una emergencia médica (INICIALES)_____

8. Si es necesario, en el curso de mi atención, doy mi consentimiento para que mi proveedor de SHM acceda a mi historial de medicamentos. (INICIALES)_____

9. Entiendo que los servicios de SHM se brindan sin importar raza, residencia, religión, sexo, edad, nacionalidad, color, preferencia sexual o preferencia anticonceptiva. (INICIALES)_____

10. Autorizo que mi foto/video sea tomado por el personal, voluntarios u otras personas mientras participo en las actividades de la clínica. Sí _____ No _____

11.- Entiendo que mis registros son confidenciales. He leído y acepto las Prácticas de Privacidad del Paciente de Samaritan Health Ministries que explican cómo se manejarán mis registros. (INICIALES)_____

Entiendo la información anterior y voluntariamente solicito y doy mi consentimiento para los servicios de esta clínica (pruebas, tratamientos, procedimientos y otros servicios según las indicaciones) para mí o para el menor que estoy acompañando. Entiendo que este consentimiento es válido hasta que se revoque por escrito. (INICIALES)_____

FIRMAS	
Nombre del Aplicante (Letra de molde):	FECHA:
Firma del Aplicante:	

*****Si el solicitante es menor de 18 años, la persona que acompaña al menor debe firmar y fechar a continuación autorizando que la información completada es veraz y entendida por ambas partes. *****

FIRMAS	
Nombre del Adulto que acompaña	FECHA:
Firma del Acompañante Adulto:	



POLÍTICAS DE ELEGIBILIDAD Y CONSENTIMIENTO

Debido al alto volumen de solicitantes, no podemos garantizar servicios rápidos. Nos esforzamos por revisar a cada solicitante de acuerdo con la forma en que se recibe. En Samaritan Health Ministries podemos ofrecer otros recursos que pueden estar disponibles para usted. Tenga en cuenta que todos los solicitantes deben completar nuestro proceso de selección. Dentro de nuestro proceso de selección, solicitamos ciertos criterios y documentación para determinar la elegibilidad. Nos enorgullecemos de proteger la privacidad de todos nuestros solicitantes bajo el cumplimiento de HIPPA. Tenga en cuenta que la documentación que solicitamos antes de ser evaluado es para asegurarnos de que le estamos proporcionando los recursos adecuados que pueden servirle mejor. Tenga en cuenta que todas las evaluaciones de elegibilidad son SOLO con cita previa. Si se le programa una cita de detección, requerimos que traiga toda la DOCUMENTACIÓN DE ELEGIBILIDAD al momento de su cita. Si no puede traer toda la documentación requerida, cancelaremos su cita de evaluación, lo que puede causar una demora más prolongada en su determinación de elegibilidad y posibles servicios de nuestra clínica. Si se le programa una cita de detección a la que no puede asistir, se considerará automáticamente como (NO-SHOW). Nuestras citas de evaluación de elegibilidad tienen una política de **NO TOLERANCIA A NO ACUDIR A SU CITA**. No asistir a ninguna cita de evaluación de elegibilidad causará una demora más prolongada en la evaluación de elegibilidad en nuestra clínica y en recibir posibles servicios de nuestra clínica.

Le agradecemos amablemente por elegir Samaritan Health Ministries y confiar en nuestro personal para brindarle un mejor servicio. Gracias por su continuo apoyo y comprensión de nuestras políticas. Esperamos continuar sirviéndole mejor a usted y a los residentes del condado de Williamson.

FIRMAS	
Nombre del Apicante (LETRA DE MOLDE):	FECHA:
Firma del Apicante:	

****Si el solicitante es menor de 18 años, la persona que acompaña al menor debe firmar y fechar a continuación autorizando que la información completada es veraz y entendida por ambas partes. ****

FIRMAS	
Nombre Impreso del Adulto Acompañante	FECHA:
Firma del Adulto Acompañante:	

