

Volunteers in Medicine Chattanooga, Inc
5705 Marlin Road, Suite 1400, Edificio 5900
Chattanooga, TN. 37411
Teléfono: (423) 855-8220 Fax: (423) 855-8230

Para oficina sola
Nuevo paciente
Reevaluación anual
Está empleado Sí No

Volunteers in Medicine ofrece atención médica gratuita a residentes sin seguro

Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____

Número de personas en el hogar: _____

Documentos requeridos para inscripción de pacientes:

- Identificación con foto actual (*solo nuevos pacientes*)
- Prueba de domicilio con una antigüedad mínima de 30 días dirigido al solicitante
- El más reciente formulario 1040 (primera 2 páginas) o si no lo tienes - Formulario W-2
- Comprobante de pago más reciente en los últimos 30 días (de todos los adultos que trabajan en el hogar.)
- Ingresos de gobierno de este año: SSI, SSDI, pensión, o jubilación
- Si no tiene ingresos, requerimos que quien satisfaga sus necesidades escriba una carta de explicación con su nombre completo, firma y fecha. ***No se les cobrará por la atención reciba aquí.***

Las siguientes preguntas NO afectan su elegibilidad (Marque todo que aplican):

Raza

Indígena americano nativo/a o nativo/a de Alaska ¿Idioma primario? _____

Asiático/a ¿Necesita un intérprete? _____

Negro/a o afroamericano/a ¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

Etnicidad:

Blanco/a Hispano/a o latino/a

Otra: _____ No hispano/a o latino/a

Prefiero no responder

Devuelva la solicitud completada entre el lunes a miércoles de 9:00 en la mañana a 3:00 de la tarde o jueves de 9:00 en la mañana a 12:00 de la tarde. Por favor tenga en cuenta que no podemos programar su cita con el médico hasta nos da todos los documentos requeridos. Solicitudes incompletas retrasarán el proceso de la programación. Gracias por su cooperación.

INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre: _____

Género: M F

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Numero de seguro social : ____ - ____ - ____

Dirección del domicilio:

<i>Calle</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>
--------------	---------------	---------------	----------------------

Teléfono de casa: _____ Teléfono Celular: _____

Contacto de Emergencia: Nombre _____ Teléfono _____

Contacto de Emergencia: Nombre _____ Teléfono _____

Correo electrónico: _____

Estado civil: Soltero/ Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Información de Cónyuge:

Nombre: _____

Empleador: _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR

(Enumere a TODAS las personas que viven en el hogar):

	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____

Historial médico:

¿Tiene un historial médico de hepatitis? Sí No

¿Tiene un historial médico de VIH/SIDA? Sí No

¿Alguna vez ha sido referido/a al programa Project Access? Sí No

¿Tiene el plan de medicamentos Tennessee CoverRX? Sí No

¿Dónde ha recibido atención médica antes de contactar a Volunteers in Medicine?
Esta información será verificada...

Cherokee Health Systems

Erlanger Dodson Avenue Clinic

Erlanger Southside Clinic

Fortwood Mental Health Center

Helen Ross McNabb Center

Homeless Health Center

Volunteer Behavioral Health / Joe Johnson Mental Health Lookout Mountain Community Health

Memorial Community Health - Hixson

Otro: _____

Visitas a salas de emergencia: (Hospitales y fechas aproximadas)

Hospitalizaciones: (hospitales y fechas aproximadas)

Voluntarios en Medicina
Evaluación de Necesidades Sociales

Nombre completo: _____

Fecha: _____

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿En los últimos 12 meses, ha comido menos de lo que debería porque no tenía suficiente dinero para comprar comida? | Sí | No |
| 2. ¿En los últimos 12 meses, ha recibido un aviso de corte de servicios públicos (agua, luz, gas)? | Sí | No |
| 3. ¿Está en riesgo de quedarse sin hogar? | Sí | No |
| 4. ¿En los últimos 12 meses, ha dejado de recibir atención médica porque no tenía transporte para ir a sus citas? | Sí | No |
| ¿Cómo llegó hoy? (Circule uno) | | |
| Carro Autobús Amigo/Familia Otro: _____ | | |
| 5. ¿En los últimos 12 meses, dejó de tomar sus medicamentos porque no tenía dinero? | Sí | No |
| 6. Si no tiene trabajo, ¿está buscando trabajo activamente? | Sí | No |
| 7. ¿En este momento tiene preocupaciones sobre su salud mental o emocional? | Sí | No |
| **Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿le gustaría recibir información sobre recursos disponibles o ayuda hoy? | Sí | No |