

# APLICACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD

## WELLNESS TREE COMMUNITY CLINIC



**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Codigo Postal :** \_\_\_\_\_ Si es menor de edad, Nombre de Padres: \_\_\_\_\_

**NOTA: Por favor responda a todas las secciones destacadas.**

1. **Tiene Medicaid, Medicare, u otro tipo de seguro de salud? Si o No**

Si usted tiene una póliza de seguro de salud que tiene un deducible de \$1,000, o mas, y no puede permitirse el lujo de ver a un medico a causa de su deducible y de bajos ingresos, podriamos servirle. Si son aprobados, podemos ver pacientes en esta situación hasta que cumplan su deducible. Ya que cumplan su deducible, ya no será elegible para nuestros servicios gratuitos para el resto del año.

2. **Cuantas personas viven en su hogar, incluyendo usted?** \_\_\_\_\_

3. **Cual es su ingreso promedio mensual o anual en su hogar?** \_\_\_\_\_

**Por favor marque la respuesta correcta para el tamaño:**

Para una casa de 1 persona, es su ingreso menos de \$2,010 por mes? **Si/No**

Para una casa de 2 personas, es su ingreso combinado menos de \$2,706 por mes? **Si/No**

Para una casa de 3 personas, es su ingreso combinado menos de \$3,403 por mes? **Si/No**

Para una casa de 4 personas, es su ingreso combinado menos de \$4,100 por mes? **Si/No**

**(Para cada miembro adicional: Agregue \$696 a la cifra mensual.)**

**NOTA: Por favor lea cuidadosamente la siguiente sección:**

4. Yo entiendo que debo ser responsable de todas las recetas escritas.

5. Yo entiendo que debo ser responsable de los procedimientos hospitalarios realizados, a menos que los cargos no se aplican por ellos de antemano.

6. Yo entiendo que debo ser responsable de los servicios prestados por medicos especialistas a los que he hecho referencia a cualquier Wellness Tree Community Clinic proveedor, a menos que los cargos no se aplican por el proveedor de antemano.

7. Yo entiendo que la Wellness Tree Community Clinic no hace exámenes o papeleo para las Determinaciones de Discapacidad, de Seguridad Social, o de Workman's Comp.

\_\_\_\_\_  
**APPLICANTE (firma)**

\_\_\_\_\_  
Testigo de la Clinica

**\*\*\* IMPORTANTE \*\*\***

**SI NO SE PRESENTA:** Si usted no puede mantener su cita, le ha quitado la oportunidad a otra persona de tener una visita con un medico. Se requiere al menos una notificación de 24 horas si no puede asistir a la cita. Si no puede recordar cuando la cita es, por favor llámenos! Dos veces de no presentarse sin aviso va ser eliminado de programar futuras citas durante el día para el próximo año. (Puede venir todavía a las clinicas de noche.)

# Inmunidad de Voluntarios del Cuidado de la Salud (Volunteer Health Care Provider Immunity)



(Por favor lea cuidadosamente)

**Título 39 – 7703** de los Estatutos de Idaho concede inmunidad con respecto a los proveedores de atención de salud que proporcionan atención médica de caridad.

(1) Cualquier profesional de la salud que voluntariamente da servicios médicos o da salud a cualquier persona en una clínica médica gratuita y sin compensación es inmune/protegido a cualquier acción civil que se levante de la provisión de tales servicios médicos o de salud, debida la incapacidad de esa persona a pagar por los servicios médicos.

(2) La inmunidad de conformidad con la subsección (1) esta sección sólo se aplicará si el profesional de la salud y el paciente hacen una renuncia por escrito antes de la prestación de dichos servicios médicos que se especifica que dichos servicios se dan sin la expectativa de compensación y que el proveedor de cuidados de salud debe ser inmune como se especifica en el presente.

He leído y entendido el Título 39 de los Estatutos de Idaho y que cualquier pregunta que tenía en relación con las previsiones anteriores fueron respondidas satisfactoriamente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo

Fecha: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Una copia del Título 39-7703 de los Estatutos de Idaho se le dara a usted si desea. Marque aquí si desea recibir una copia. ➡ **(Si / No)**

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

X \_\_\_\_\_  
Nombre del Guardian (si es aplicable)