

GREATER BIRMINGHAM PROJECT ACCESS

SOLICITUD DE SERVICIOS

SU INFORMACIÓN			
Apellido:		Nombre Completo:	
Fecha de nacimiento:	SSN:	Número de Teléfono:	
Domicilio:		eMail:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Estado Civil:	Número de Celular:
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO			
Lugar de Empleo:			
Dirección del empleador:		Tiempo que lleva con este empleador:	
Numero de Teléfono	Correo Electrónico:	Fax:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Posición:	Por hora <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/>	Ingresos Anuales:	
EN CASO DE EMERGENCIA			
En Caso de Emergencia llame a:			
Dirección de Correo:		Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Relación con usted:			
INFORMACIÓN DE SU CÓNYUGE			
Apellido:		Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:	Numero de Teléfono:	
INFORMACIÓN DE EMPLEO DE SU CÓNYUGE			
Lugar de Empleo:			
Dirección de Correo del empleador:		Tiempo en este empleo:	
Numero de Teléfono:	Correo Electronico:	Fax:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Posición:	Por hora <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/>	Ingresos Anuales:	
INFORMACION DE SUS DEPENDIENTES			
Nombres, numero de seguro social, fecha de nacimiento, y relación			
Nombre	Numero de seguro social	Fecha de nacimiento	Relación con usted
FUENTE DE REFERENCIA			
Quien lo refirió :		Numero de teléfono:	

GREATER BIRMINGHAM PROJECT ACCESS

SOLICITUD DE SERVICIOS

INFORMACION FINANCIERA			
Ingresos / Bienes Personales		Gastos Mensuales	
Seguro Social	Efectivo	Hipoteca	Otros Gastos:
SSI (ingresos de seguro social) / ¿Quién recibe estos beneficios?)	Cuenta de Ahorros	Arriendo	Otros Gastos:
Pensión de Veteranos	Cuenta Corriente	Electricidad	Otros Gastos:
Desempleo	Inversiones	Gas	Otros Gastos:
Worker's Compensation (Compensación)	Life Insurance (Seguro de Vida)	Teléfono	Otros Gastos:
Interest Income (Ingresos por intereses)	Propiedad	Agua	Otros Gastos:
Ingresos Divididos	Financial Settlement (Adjustos Financieros)	Comida	Otros Gastos:
Child Support (Manutención de Menores/Niños)	Otras entradas	Gasolina	Otros Gastos:
Alimony (pensión alimenticia)		Pago de automóvil	Otros Gastos:
Alquiler		Seguro de automóvil	
WIC		Daycare (guardería infantil)	
Food Stamps (Cupones de Alimentos)		Child Support (Manutención de Menores)	
TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL

Project Access Patient Information and Medical History

Name (Nombre) _____ DOB (fecha de nacimiento) _____
 Pharmacy Name and Phone Number (Nombre de la farmacia y numero de telefono) _____

Use of alcohol (toma alcohol):	Never (Nunca)	Rarely (Raramente)	Moderate (moderadamente)	Daily (con frecuencia)
Use of street drugs (Uso de drogas ilícitas):	Never (Nunca)	Type (tipo):		Frequency (frecuencia):
Sexually active (sexualment activo):	Never (Nunca)	Since (Desde):		

Current Medications (Medicamentos que esté tomando)	Past Surgeries or Hospitalizations (Cirugías/Hospitalizaciones)		Allergies (Alergias)	

Diabetes (Diabetes)	No (no)	Yes (si)	Back problems (problemas de espalda)	No (no)	Yes (si)
Insulin use (uso de insulina)	No (no)	Yes (si)	Arthritis (Artritis)	No (no)	Yes (si)
High blood pressure (Presión sanguínea alta)	No (no)	Yes (si)	Gout (Gota)	No (no)	Yes (si)
Cancer of (Cáncer de):	No (no)	Yes (si)	Chicken Pox (Varicelas)	No (no)	Yes (si)
Stroke (Derrame cerebral)	No (no)	Yes (si)	Measles (Sarampion)	No (no)	Yes (si)
Heart trouble (Problemas de corazón)	No (no)	Yes (si)	Mumps (Paperas)	No (no)	Yes (si)
Kidney disease (Enfermedad de Riñones)	No (no)	Yes (si)	Diphtheria (Difteria)	No (no)	Yes (si)
Liver disease (Enfermedad del Hígado)	No (no)	Yes (si)	Smallpox (viruela)	No (no)	Yes (si)
Sleep apnea (Apnea del sueño)	No (no)	Yes (si)	Pneumonia (Neumonía)	No (no)	Yes (si)
Bleeding tendency (Tendencias de hemorragia)	No (no)	Yes (si)	TB (Tuberculosis)	No (no)	Yes (si)
Anemia (Anemia)	No (no)	Yes (si)	Hepatitis (Hepatitis)	No (no)	Yes (si)
COPD (Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica)	No (no)	Yes (si)	Venereal disease (Enfermedades venéreas)	No (no)	Yes (si)
Bronchitis (Bronquitis)	No (no)	Yes (si)	HIV + or AIDS (VIH-SIDA)	No (no)	Yes (si)

Any other illnesses?(¿Cualquier otra enfermedad?): _____

Family Medical History (Historia de la familia):

What is the health status of your family (Cuál es el estatus de salud de su familia)?

Mother (Madre): _____ Father (Padre): _____

Brothers/Sisters(Hermanos/Hermanas): _____

Any family history of the following (Cualquier historial familiar de lo siguiente):

Diabetes (Diabetes)	No (no)	Yes (si)	Cancer-if yes, list type (Cáncer si es así , liste qué tipo)	No (no)	Type (Tipo):
Heart disease (enfermedad del corazón)	No (no)	Yes (si)		Yes (si)	
High blood pressure (presión alta)	No (no)	Yes (si)	Other family disease (otras enfermedad familiar):		
Stroke (derrame cerebral)	No (no)	Yes (si)			

GREATER BIRMINGHAM PROJECT ACCESS

SOLICITUD DE SERVICIOS

Si usted no trabaja, quien lo apoya financieramente? Nombre:	Relación con usted:
---	---------------------

INFORMACION DE SEGURO MEDICO/DISCAPACIDAD (DISABILITY)

¿Usted tiene seguro medico? Nombre:	¿El empleador suyo o de su cónyuge ofrece seguro medico?	Si su empleador ofrece seguro medico ¿cuanto le cuesta a usted o su cónyuge al mes?	<i>Note: Pedimos una carta de parte de su empleador indicando los beneficios de seguro medico e importes de la prima.</i>
--	--	---	---

Insurance available through Seguro médico a través de (nombre de empleador):	¿Ha solicitado Discapacidad (Disability)/SSI? ¿Fecha que lleno solicitud?	Si fue aprobado, fecha de efectividad: <i>(pedimos carta original con fecha de aprobación)</i>
--	--	---

INFORMACION DEMOGRAFICA

¿Es usted un veterano de los servicios militares de los EEUU?	Lugar de Nacimiento: Lugar de ciudadanía:
¿En cual idioma prefiere comunicarse?:	¿Usted habla otro idioma?

DECLARACION DE ENTENDIMIENTO

Prometo que toda la información que he declarado en esta solicitud es verdadera. Greater Birmingham Project Access (GBPA) está autorizado para revisar mi historial de crédito y empleo. Si me admiten al programa de GBPA, le doy permiso a GBPA para divulgar la información anterior, tanto médica como financiera, a las compañías farmacéuticas y los médicos que participan en mi cuidado médico. Si me admiten, me comprometo a cumplir con las políticas y procedimientos del programa GBPA. Entiendo que el GBPA es un programa destinado a ayudar a las personas durante un tiempo limitado.

Firma: _____ Fecha: _____

Mail: Greater Birmingham Project Access or **FAX:** 205-838-6294
1 Medical Park Drive East
Birmingham, AL 35235
Phone: 205-838-3421

