



GREATER BIRMINGHAM PROJECT ACCESS

Program Application

CHECK ONE:

- Paciente Nuevo
- Paciente Renovar

Por favor de escribir LEGIBLEMENTE

<u>Información del Solicitante</u>				
Apellido:		Nombre:		MI:
Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:		
Domicilio:			Apartamento #:	
Ciudad:		Código Postal:	Estado:	Condado:
Circula uno: Hombre o Mujer	Estado Civil:	Numero de celular:	Numero de casa:	Correo electrónico:
<u>Información del Cónyuge</u>				<input type="checkbox"/> Ninguno
Apellido:		Nombre:		MI:
Domicilio:			Numero de celular:	
<u>Contacto de Emergencia</u>				
Nombre:			Relación con el Paciente:	
Domicilio:			Numero de celular:	
Ciudad:			Estado:	Codigo Postal:
<u>Fuente de Referencia</u>				
Que clinica te esta refiriendo a Project Access?				
Tiene un Médico de Cabecera(PCP)? SI/NO Nombre del Médico de Cabecera?				Numero de telefono:
Clínica del Médico de Cabecera:				
<u>Información de Ingresos del Paciente</u>				<input type="checkbox"/> Ninguno
Empleador:			Número del Empleador:	
Direccion del Empleador:			Cuánto tiempo tiene en su actual trabajo?	
Ciudad::			Estado:	Codigo Postal:
Posicion:		Por hora O Salario		Ingresos Anuales:
Otra fuente de ingresos:			Cantidad Total anual:	
Si no estás trabajando actualmente quien te apoya?:			Relación con usted :	Numero de Telefono:

<u>Empleo del Cónyuge /Información de Ingresos</u>			<input type="checkbox"/> Ninguno
Empleador:		Número del empleador:	
Direccion del Empleador :		Cuánto tiempo tiene en su actual trabajo?	
Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:
Posicion:	POR HORA O SALARIO <small>CIRCULA UNO</small>		Ingresos Anuales:
<u>DEPENDIENTES/INFORMACIÓN DEL HOGAR</u> (Todas las personas que viven con usted)			
Nombre		Fecha de nacimiento	Relacion
<u>APLICACIÓN FINANCIERA</u>			
Ingresos / Bienes Personales		Gastos Mensuales	
Seguro Social:	Efectivo:	Hipoteca:	Otros Gastos:
SSI/Quien Recibe estos beneficios?:	Cuenta de Chequera:	Arriendo:	Otros Gastos:
Pension de Veteranos	Cuentas de Ahorros:	Electricidad:	Otros Gastos:
Desempleo:	Inversiones:	Gas:	Otros Gastos:
Compensacion:	Seguro de vida:	Telefono:	Otros Gastos:
Ingresos por intereses:	Propiedad:	Agua:	Otros Gastos:
Ingresos Divididos:	Otras Entradas:	Comida:	Otros Gastos:
Manutención de Menores/ Niños :		Gasolina:	Otros Gastos:
Pension Alimenticia :		Pago de Automóvil:	Otros Gastos:
Alquiler:		Aseguranza de Automóvil:	
WIC:		Guarderia infantil:	
Food stamps (Cupones alimenticios) :		Manutencion de enores/ Niños:	
TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:

PROJECT ACCESS PATIENT INFORMATION AND MEDICAL HISTORY

Patient Name (Nombre):				Date of birth (fecha de nacimiento):	
Pharmacy Name (Nombre de la farmacia):				Pharmacy Phone (numero de telefono):	
Use of alcohol (consume alcohol):	Never (Nunca)	Rarely (Raramente)	Moderate (moderadamente)	Daily (con frecuencia)	
Use of illegal street drugs (Uso de drogas ilícitas):	Never (Nunca)	Rarely (Raramente)	Moderate (moderadamente)	Daily (con frecuencia)	
Use of tobacco products (uso de productos de tabaco):	Never (Nunca)	Rarely (Raramente)	Moderate (moderadamente)	Daily (con frecuencia)	
Diabetes (Diabetes)	No (no)	Yes (si)	Heart trouble (Problemas de corazón)	No (no)	Yes (si)
High Blood Pressure (Presion sanguinea alta)	No (no)	Yes (si)	Kidney trouble (Enfermedad de riñones)	No (no)	Yes (si)
Cancer of (Cáncer de): _____	No (no)	Yes (si)	Liver disease (Enfermedad del hígado)	No (no)	Yes (si)
Stroke (Derrame cerebral)	No (no)	Yes (si)	COPD (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	No (no)	Yes (si)
Any other illnesses? (¿Cualquier otra enfermedad?):					
Have you been vaccinated for COVID-19?	No (no)		Yes (si)		
What COVID-19 vaccine did you receive? (¿Qué vacuna contra el covid-19 recibiste?)			How many doses of the vaccine have you received? (¿Cuántas dosis de la vacuna ha recibido?)		
Do you have health insurance? (¿Tienes seguro médico?)	Does your employer (or spouse's employer) offer health insurance? (¿Su empleador (o el empleador de su esposo/a) ofrece seguro médico?)		Have you applied for Disability/SSI? (¿Ha solicitado beneficios por discapacidad o SSI?) Date of application (fecha de aplicación): If approved, effective date (si se aprueba, fecha de vigencia): (need original letter with date of approval)		

Information Demografica

Are you a veteran? (Eres un veterano/a):

Eres elegible para ir al VA para recibir atención médica?

(Ha recibido o está recibiendo atención médica en el Cooper-Green Hospital?):

Country of birth (país de nacimiento):

Country of citizenship (País de ciudadanía):

Preferred language (idioma preferido):

Other languages spoken (otras idiomas hablados):

Declaración de Entendimiento

Prometo que todo lo que he dicho en esta solicitud es cierto. Greater Birmingham Project Access (GBPA) está autorizado para verificar mi historial crediticio y laboral. Si se aprueba y es admitido en el programa GBPA, doy permiso a GBPA para divulgar la información anterior, tanto médica como financiera, a las compañías farmacéuticas y a los médicos involucrados en mi atención. Si es aprobado y admitido, acepto cumplir con las políticas y procedimientos del programa Project Access. Cualquier información falsa o fraudulenta presentada resultará en la suspensión permanente del programa.

Firma del Aplicante: _____

Fecha: _____

Mandar aplicación completa a:
alprojectaccess@ascension.org

O

FAXEAR aplicación a:
205-838-6294

Numeros de Telefono para el Programa:
Google Voice Number: 205-202-1598