



# PROJECT ACCESS

## Aplicación del Programa

Rev. 2024

<b><u>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</u></b>			
Apellido:		Nombre:	
Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:	
Domicilio:			Apartamento #:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Género:
¿En qué condado vive?	Numero de celular:	Correo electrónico:	
Estado Civil (un círculo):    Soltero    Vivido    Comprometida    Casado    Separado    Divorciado    Viuda    Otro: _____			
País de nacimiento:		País de ciudadanía:	
Idioma preferido:		Otras idiomas hablados:	
<b><u>INFORMACIÓN DE LA PAREJA</u></b>			<input type="checkbox"/> No tiene
Apellido:		Nombre:	
Domicilio:		Numero de Celular:	
<b><u>CONTACTO DE EMERGENCIA</u></b>			<input type="checkbox"/> La misma que arriba
Nombre:		Relación con el Paciente:	
Domicilio:			Numero de Celular:
<b><u>FUENTE DE REFERENCIA</u></b>			
¿Que clinica te esta refiriendo a Project Access?			Numero de Celular:
Tiene un Médico de Cabecera(PCP)?    SI    O    NO    Nombre del Médico de Cabecera?			
Nombre del trabajador social/trabajador social de la clínica (si corresponde):			
<b><u>INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL PACIENTE</u></b>			<input type="checkbox"/> No trabajo
Empleador/Fuente de Ingresos:			
Posición:		¿Cuánto tiempo tiene en su actual trabajo?	
¿Su empleador ofrece seguro médico?			
¿Cuántas horas trabaja por semana?		Ingresos:	Por Hora    O    Salario
¿Si no está trabajando actualmente quien le apoya?			Relación con el Paciente:

**INFORMACIÓN DE LA PAREJA**

□ Ninguno

Empleador/Fuente de Ingresos:

Posición:

¿Cuánto tiempo tiene en su actual trabajo?

¿Su empleador ofrece seguro médico?

¿Cuántas horas trabaja por semana?

Ingresos:

Por Hora O Salario

**DEPENDIENTES/INFORMACIÓN DEL HOGAR** (Incluye todas las personas que viven con usted)**Nombre****Fecha de nacimiento****Relacion****INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE**

¿Qué farmacia usa?

¿Alguna vez le han diagnosticado alguno de los siguientes? (marque la respuesta con un círculo):

<b>Diabetes</b>	NO	SI	<b>Problemas del corazón</b>	No	Yes
<b>Hipertensión</b>	NO	SI	<b>Problemas renales</b>	No	Yes
<b>Cáncer</b> (tipo: _____)	NO	SI	<b>Enfermedad del hígado</b>	No	Yes
<b>Derrame Cerebral</b>	NO	SI	<b>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</b>	No	Yes

¿Tiene alguna otra enfermedad o condición crónica que le gustaría que supiéramos?

¿Toma algún medicamento que le gustaría que supiéramos?

¿Consulta actualmente a un médico en el Hospital UAB? En caso afirmativo, proporcione el nombre del médico o la clínica:

¿Alguna vez ha solicitado Discapacidad/SSI?

En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de su aplicación?

¿Alguna vez ha recibido atención en Cooper Green Hospital?

Eres un veterano?

**INFORMACIÓN FINANCIERA** (Para usted y su pareja)

Ingresos / Bienes Personales		Gastos Mensuales	
Seguro Social:	Efectivo:	Hipoteca:	Cuidado de los niños:
Discapacidad/SSI:	Cupones Alimenticios/WIC:	Gas:	Asegurancia de Automóvil::
Pension:	Ingresos de Alquiler:	Electricidad:	Pago de Automóvil:
Desempleo/Compensación:	Inversiones/Dividendos:	Telefono:	Deudas:
Manutención de Hijos:	Propiedad:	Agua:	Otro:
Pensión alimenticia:	Arreglo financiero:	Comida:	Otro:

**ATESTACIÓN DE BANCO/IMPUESTOS/INGRESOS** (Para usted y su pareja)

Por favor solo marque lo que NO tiene en la caja en blanco y escriba sus iniciales en la línea. Si tiene pareja, su pareja también debe marcar lo que NO tiene y escribir sus iniciales en la línea. También deben firmar ambos la forma.

**Cuentas Bancarias:**

Por la presente certifico que no tengo ninguna cuenta bancaria (de ahorro o cheques). Por favor acepte esta carta como verificación de que no tengo una cuenta bancaria.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Iniciales de la pareja (si aplica): \_\_\_\_\_

**Impuestos:**

Por la presente certifico que no declare mis impuestos de ingresos federales o estatales para el año \_\_\_\_\_. Por favor acepte esta carta como verificación de que no declaro impuestos.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Iniciales de la pareja (si aplica): \_\_\_\_\_

**Ingresos:**

Por la presente certifico que estoy desempleado y no tengo ningún ingreso de trabajo, seguro social, discapacidad o cualquier otra forma de ingreso.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Iniciales de la pareja (si aplica): \_\_\_\_\_

*Doy fe de que toda la información financiera que he reportado aquí es verdadera, entiendo que proporcionar cualquier información falsa o fraudulenta puede resultar en el rechazo de la solicitud y/o en mi eliminación del programa.*

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma de la Pareja: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO ACTUALIZADO DEL PROGRAMA Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Por la presente certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud es cierto a mi leal saber y entender. Entiendo que debo completar esta solicitud de renovación por completo y presentar cualquier documentación complementaria requerida para completar mi solicitud de renovación antes de que se pueda emitir una decisión de renovación. Autorizo a Greater Birmingham Project Access (GBPA) a usar y divulgar mi información de salud protegida a cualquier persona involucrada en mi atención, incluidos, entre otros: médicos, clínicas y compañías farmacéuticas. Si se aprueba la renovación, acepto continuar cumpliendo con las políticas y procedimientos del programa GBPA. También acepto informar cualquier cambio en mi estado financiero y/o de seguro a GBPA de inmediato.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

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

**Por favor mandar sus documentos por correo o faxear:**

Correo: [alprojectaccess@ascension.org](mailto:alprojectaccess@ascension.org)

Fax: 205-838-6294

Si tiene alguna pregunta, llamanos a 205-202-1598. ¡Nosotros hablamos español!