

MERCY MEDICAL CLINIC

SOLICITUD PARA NUEVO PACIENTE

Revised 12/14/2011

(ES NECESARIO LEER LAS 2 PÁGINAS ANTES DE EMPEZAR)

Estimado Posible Paciente:

La clínica Mercy Medical es una clínica con bases Cristianas y con un personal médico voluntario. Nuestra misión es proveer, con compasión, servicios médicos a personas sin seguro médico y en situaciones limitadas. Sin embargo, tratamos de tomar pacientes nuevos conforme a espacios disponibles y conformes más médicos y profesionistas sean reclutados. El período de tiempo de espera para un paciente que califica es aproximadamente de 6 semanas. Por lo tanto, si usted necesita ser atendido antes, entonces necesita acudir a diferente lugar.

Para recibir servicios médicos en la clínica Mercy Medical, todos los siguientes requisitos son necesarios:

- 1) El paciente debe de ser residente de los condados de Shelbyville (nuestro enfoque principal), Jefferson, Henry o Spencer. Es necesario presentar comprobante de domicilio de estos condados exclusivamente y también una identificación con foto.
- 2) Los pacientes no deben de tener ningún tipo de seguro de salud o cobertura médica y deberán presentar necesidad económica. Comprobante de ingresos de todos los adultos que habitan en la misma casa debe de ser presentada. Si el paciente declara que no tiene ningún ingreso, entonces se requiere que presente documentación explicando como vive sin ningún recurso o ingreso de alguna naturaleza.

Favor de conocer las pólizas siguientes de la Clínica Mercy Medical:

- a) No tratamos dolor crónico y no es nuestra póliza recetar narcóticos o pastillas para el dolor. Favor de no pedir este tipo de medicina.
- b) Ser paciente de esta clínica es un privilegio y muchas personas tienen el deseo y necesidad de ser atendidos aquí. Con el deseo de ayudar a los pacientes con su salud, nuestros médicos voluntarios podrán requerir en algunos casos, hacer un cambio de estilo de vida. Sin embargo, si el paciente demuestra falta de voluntad o esfuerzo para mejorar, posiblemente los servicios médicos sean ofrecidos a otros pacientes que estén



615 Washington Street
Shelbyville KY 40065

PHONE (502) 647-4668
FAX (502) 647-4615
WEB SITE <http://www.operationcareky.org>

dispuestos a seguir las indicaciones del médico y quede muestren que han hecho en su estilo de vida los cambios indicados.

c) Si el paciente no se presenta a 3 citas hechas sin previamente notificarnos, se le dará de baja y perderá el privilegio de recibir más servicios médicos en esta clínica. Creemos que faltando a sus citas, el paciente demuestra falta de interés por su propia salud y falta de consideración por otros, tanto para el personal médico voluntario como también para otros pacientes que podrían beneficiarse de esa cita y del servicio profesional. Una vez que el paciente hace una cita, es su responsabilidad presentarse y recordar la cita, sin esperar nuestra llamada recordatoria que intentamos hacer por cortesía.

d) Un mínimo pago de \$ 10.00 Dls. es requerido en el momento de cada cita para ver al Médico. Los costos de laboratorio son por separado. Para laboratorio, el paciente necesita hacer su cita cuando tenga la posibilidad de pagar en el momento del servicio. Los costos son mínimos y estamos agradecidos por la generosidad de LabCorp en proveernos con sus servicios con significativo descuento para nuestros pacientes.

Si Ud. cree que cumple con lo anterior y le interesa llenar una solicitud, por favor llene todas las líneas en la solicitud incluyendo las copias de la documentación requerida y un money order o cheque de caja por la cantidad de \$10. Si entrega la solicitud personalmente, se puede traer \$10 efectivo. No envíe efectivo por el correo. Los cheques personales no son aceptados. Una vez teniendo todo lo necesario, puede enviar su solicitud por correo o entregarla en la clínica durante horas de oficina de lunes a jueves, de 9 AM a 5 PM.

Solicitudes incompletas no serán procesadas. Las completas serán procesadas de acuerdo a la disponibilidad en la clínica. El administrador le llamará cuando haya una cita disponible para darle la cita a Ud.

NOTA IMPORTANTE:

- 1) Si el teléfono es desconectado o inactivado, en el momento que el administrador trate de contactarlo, la solicitud será descartada. Si cambia su número telefónico, le suplicamos nos notifique con su nuevo número.
- 2) Si la cita es hecha por Ud. su money order o cheque de caja por \$ 10.00 Dls. serán aplicados para pagar su primera cita. En caso de no presentarse, perderá los \$ 10.00 Dls. y ya no será elegible en el futuro para ser paciente en esta clínica.
- 3) En el caso de que su solicitud no califique, su money order o cheque de caja por \$ 10.00 le será enviado por correo a la dirección indicada en su solicitud.

Si tiene algunas preguntas con gusto le contestaremos. Teléfono 502-647-4668.
Gracias.

El Administrador

SOLICITUD PARA EL NUEVO PACIENTE

Favor de llenar todas las líneas. Incluya toda la documentación requerida y el cheque de caja o money order por \$ 10.00 Dls. Las solicitudes incompletas no serán aceptadas. El cheque por \$ 10.00 Dls. será regresado si el paciente no califica. Si la cita es dada, los \$ 10.00 serán aplicados a su primera cita.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Número telefónico: _____ Número telefónico Alternativo: _____

¿Cuál es la razón porque quiere ver a un médico? _____

Para asegurarse que ha incluido todo lo necesario, marque los siguientes 3 puntos:

_____ Forma 1040 de impuesto federal del año pasado.

Si no reportó impuesto federal, entonces proporcione copia de la forma salarial W-2, si esto no es posible entonces incluya los 2 últimos recibos de pago de todos los adultos viviendo en su casa. Si tampoco esto no es posible entonces una carta del dueño de la casa donde vive explicando cómo paga Ud. Por renta, comida, y otros gastos indispensables.

_____ Identificación con foto (nombre y dirección debe ser la misma que la información proporcionada en esta solicitud. La identificación con foto es necesaria, si la identificación tiene dirección diferente a la de arriba o si no la tiene, puede incluir copia de un recibo de servicios como (KU, AT&T, etc.) que concuerde con la de arriba.

_____ \$ 10.00 money order, cheque de caja, hecho a Mercy Medical Clinic, o efectivo.
CHEQUES PERSONALES NO SON ACEPTADOS y la solicitud se considerará incompleta.

Solemnemente declaro que me es imposible obtener seguro de salud y que no estoy cubierto por ninguna póliza de salud privada o pública. En caso futuro de llegara obtener alguna cobertura médica inmediatamente debo de notificar a la clínica Mercy Medical. He leído toda la información de Mercy Medical y acepto cumplir con las pólizas de la clínica en caso de ser aceptado como paciente.

Firma

Fecha

La solicitud, documentación y money order o cheque de caja hecho a nombre de la clínica, puede ser enviada por correo o entregada personalmente durante horas de oficina lunes a jueves de 9 AM-5PM.

MERCY MEDICAL CLINIC
615 Washington St.
Shelbyville Ky. 40065