



Operation Care MERCY MEDICAL CLINIC

615 Washington St.
Shelbyville, KY 40065
PHONE (502) 647-4668

FAX (502) 647-4615
tjohnson@operationcareky.org
<http://www.operationcareky.org>



SOLICITUD PARA PACIENTE ELEGIBILIDAD

(ES NECESARIO LEER ESTAS 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 con recursos financieros limitados.

PARA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS EN LA CLÍNICA MERCY MÉDICA, TODOS LOS SIGUIENTES REQUISITOS SON NECESARIOS:

- 1) Los pacientes no deben de tener ningún seguro médico ni cobertura médica. (Cualquier excepción debe de ser aprobada por el administrador de la clínica.)
- 2) Los pacientes deben de demostrar necesidad financiera. Un comprobante de ingresos de todos los adultos que viven en la casa es requerido junto con esta solicitud. Si el paciente declara que no tiene ningún ingreso, entonces se requiere que presente documentación explicando como vive sin ingresos de ningún tipo.

Favor de tener en cuenta las siguientes pólizas de la Clínica Mercy Medical:

- a) No tratamos dolor crónico y no recetamos narcóticos ni ninguna medicina para el dolor. Favor de no pedir este tipo de medicina.
- b) Ser paciente de la Clínica Mercy Medical es un privilegio y hay muchos quienes desean ser atendidos aquí. Con el deseo de ayudar a los pacientes con su salud, nuestros médicos voluntarios podrán recomendar, en algunos casos, que el paciente haga un cambio de estilo de vida. Sin embargo, si el paciente demuestra falta de voluntad ó esfuerzo para mejorar, es posible que los servicios médicos sean ofrecidos a otros pacientes que estén dispuestos a seguir las indicaciones del médico y muestren que han hecho los cambios indicados en su estilo de vida.
- c) Si el paciente no se presenta a 3 citas hechas sin previamente notificarnos, se le dará de alta y perderá el privilegio de recibir más servicios médicos en esta clínica. Creemos que faltar a citas demuestra una falta de interés por la propia salud y falta de consideración para 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 es requerido en el momento de cada cita para ver al médico. Los costos de laboratorio son por separado. Se requiere pagar los costos de laboratorio en el momento del servicio. Los costos son mínimos y estamos agradecidos por la generosidad de Quest en proveernos con sus servicios con significativo descuento para nuestros pacientes.

Si usted cree que cumple con lo anterior y le interesa someter una solicitud, por favor llene todas las líneas en la solicitud y entréguenosla junto con la documentación requerida y los \$10. Puede mandarla por correo ó dejarla en persona a la clínica durante las horas de la oficina – LUNES a JUEVES 9AM-4PM. (Las horas de cerrar pueden variar, llame antes de venir.) No mande efectivo por correo.

¡NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS! Solicitudes completas serán procesadas de acuerdo con la disponibilidad en la clínica. Ninguna cita se hará para el paciente nuevo antes de que la solicitud sea procesada y aprobada.

NOTA IMPORTANTE:

- 1) Si cambia su número de teléfono después de someter la solicitud, usted debe de notificarnos. Si el número de teléfono es desconectado ó inactivado cuando intentamos contactarle para la primera cita, la solicitud será descartada.
- 2) Si una cita es hecha para usted, sus \$10 serán aplicados para pagar la primera cita. En caso de no presentarse a la primera cita, usted perderá los \$10.
- 3) En el caso de que usted no califica para ser paciente de la clínica, sus \$10 le serán reembolsados.
- 4) Póliza de Cancelación o No Presentarse a su Cita

Si usted necesita cancelar su cita médica, debe llamarnos un día antes de la cita antes de las 4pm para cancelar. Si nadie contesta el teléfono y es antes de las 4pm por favor deje un correo de voz. Los mensajes de voz recibidos antes de las 4pm serán aceptados como cancelación. Se le cobrarán \$10.00 de consulta si usted **PIERDE, NO SE PRESENTA, o si cancela el mismo día**. Si usted NO puede llegar a su cita de un sábado, debe llamarnos el jueves antes de la cita y ANTES de las 4:00pm. La clínica no abre los viernes, POR FAVOR NO LLAME LOS VIERNES para cancelar citas del Sábado. Gracias.

He recibido esta política y entiendo que me pueden cobrar \$10 por cancelar el mismo día o por perder mi cita.

Firma _____ Fecha _____

SOLICITUD PARA EL NUEVO PACIENTE

Favor de llenar este formulario completamente. Incluya toda la documentación requerida y los \$10. Solicitudes incompletas no serán procesadas.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número Telefónico _____ Número Telefónico Alternativo _____

¿Cuál es la razón porque quiere ver al médico? _____

Lista de control: Incluya copias de los siguientes:

- 1) **Comprobante de los ingresos:** Favor de proveer el formulario 1040 de impuestos federales del año pasado. En el caso de que este no está disponible, aceptaremos copias del formulario salarial W-2 ó los 2 talones de cheque más recientes para todos los adultos que forman parte del hogar. Si tampoco es posible esto, cartas de los empleadores de todos los adultos en el hogar serán aceptadas.
 - 2) **Identificación con foto:** Se requiere una copia de una identificación con foto, sin importar la dirección que trae.
 - 3) **\$10:** Aceptaremos efectivo, cheque, giro postal, ó cheque de caja hecho a Mercy Medical Clinic. En el caso de que usted no califica, los \$10 se le devolverán. Si una cita es hecha para usted, los \$10 serán aplicados a su primera cita.
 - 4) **4) Prueba de residencia en los US:** licencia de conducir, factura de servicios públicos, contrato de arrendamiento, registro escolar (se acepta cualquier cosa con la dirección actual en los US).
-

Doy fe de que toda la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad es completa y correcta a mi leal saber y entender. Declaro solemnemente que no puedo obtener salud y que no estoy cubierto por ninguna póliza de salud pública. Además, acepto notificar a Mercy Medical sobre cualquier cambio en mis ingresos o seguro, u otros factores utilizados para determinar mi estado de elegibilidad. Al firmar la solicitud, autorizo a los representantes de Mercy Medical a compartir esta información con los programas de asistencia al paciente de las compañías farmacéuticas o sus designados, según se requiera para fines de verificación de elegibilidad y auditoría. He leído la información adjunta sobre Mercy Medical y acepto cumplir con las políticas de la clínica si me aceptan como paciente.

Doy fe de que la información de la solicitud proporcionada para determinar la asistencia es verdadera y precisa y que mi

El seguro médico es el proveedor:

ACA Medicare Medicare Part D Medicaid VA NONE (no aplica)

Firma

Fecha

La solicitud, documentación y dinero puede ser enviada por correo ó entregada personalmente durante las horas de oficina—LUNES a JUEVES de 9AM a 4PM.

MERCY MEDICAL CLINIC
615 Washington St.
Shelbyville, KY 40065

Please answer the following questions as completely and honestly as possible.

1. What is the total monthly household income? (This includes all contributors.)

2. How many people live in the home?

3. How many children/dependents are in the home?

4. Do you receive help from the government or any other agency to pay your rent or utilities?

5. What is your highest level of education?

Favor de contestar las preguntas completamente y honestamente.

1. ¿Cuánto es el ingreso al mes para todas las personas en la casa?

2. ¿Cuántas personas viven en la casa?

3. ¿Cuántos niños/dependientes hay en la casa?

4. ¿Recibe usted ayuda del gobierno ó de cualquier otra agencia para pagar la renta ó los servicios públicos?

5. ¿A qué nivel llegó usted en la escuela?

Revised AUGUST 2021