Asociación Clinica Médica Rosa Clark

SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SS#: _____ Masculino _____ Femenino _____

Teléfono #: _____ Alternativo #: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ _____ _____ _____

Calle Ciudad Estado Códico Postal

Dirección postal si es diferente a la de arriba: _____

Raza:

Negro/Africano Americano _____ Blanco: _____ Asiático: _____

Hawaiano/Isleño del Pacifico _____ Indígena o Nativo de Alaska _____ Mas de una raza _____

Etnicidad: Idioma preferido:

Hispano o Latino _____ Inglés _____

No Hispano o Latino _____ Otro _____

Por favor, marque si alguno de estos se aplica a usted:

Sin hogar _____ Residente de vivienda pública _____ Inseguridad alimentaria _____

Tensión Financiera _____ Inseguridad habitacional _____ Veterano _____

Falta de transporte/acceso al transporte _____

Por favor, enumere cualquier consultorio médico, hospital o centro médico que tenga alguno de sus registros:

_____

Por favor, enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre que está tomando:

_____

_____

Alergias:

Medicamento _____

Otro _____

¿Le dieron de alta recientemente del hospital o de la sala de emergencias?

_____ Sí _____ No Si contesto que si, ¿cuándo fue dado de alta? _____

Es urgente su necesidad de cita: _____ Sí _____ No

Si condesto que si, por favor describa: _____

Si tiente seguro por favor anote aquí: _____

Por favor proporcione la tarjeta de seguro a la coordinadora de inscripción para que la copie

¿Cómo se enteró de la Clínica Médica Rosa Clark? _____

Para recibir el descuento de la escala móvil de tarifas, por favor complete lo siguiente: de lo contrario, vaya ala pagina 3

¿Cuántas personas viven en la dirección anterior_____

Por favor, marque las fuentes de ingresos de todas las personas que viven en esta dirección:

Indique la cantidad de ingreso bruto mensual de cada persona en el hogar:

Usted $_____ Fuente de ingreso:_____

Otros ingresos del hogar $_____ Fuente de ingreso:_____

Otros ingresos del hogar $_____ Fuente de ingreso:_____

Ingreso bruto mensual total $_____

Escala de Tarifas Rosa Clark 2024

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Personas en el Hogar	**A o debajo del 100% FPL o debajo**	**A 101% - 125% FPL**	**A 126% - 150% FPL**	**A 151% - 200% of FPL**
1	0 a $15,060	$15,061 a $18,826	$18,827 a $22,590	$22,591 a $30,120
2	0 a $20,440	$20,441 a $25,551	$25,552 a $30,660	$30,661 a $40,880
3	0 a $25,820	$25,821 a $32,276	$32,277 a $38,730	$38,731 a $51,640
4	0 a $31,200	$31,201 a $39,001	$39,002 a $46,800	$46,801 a $62,400
5	0 a $36,580	$36,581 a $45,726	$45,727 a $54,870	$54,871 a $73,160
6	0 a $41,960	$41,961 a $52,451	$52,452 a $62,940	$62,941 a $83,920
7	0 a $47,340	$47,341 a $59,176	$59,177 a $71,010	$71,011 a $94,680
8	0 a $52,720	$52,721 a $65,901	$65,902 a $79,080	$79,081 a $105,440
For families/households with more than 8 persons, add $5,380 for each additional person.				
There is no discount for household income over 200% of the Federal Poverty Guidelines				
Visita de Oficina	$0.00	$2.00	$5.00	$10.00
Copago de farmacia por RX	$0.00 por RX	$1.00 por RX	$2.00 por RX	$3.00 per RX

Escala Móvil de Tarifas de la Clínica Dental Proporcionado A petición

Estamos obligados a verificar sus ingresos para proporcionar la escala móvil de tarifas. Podemos usar cualquiera de los siguientes para verificar sus ingresos:

Declaraciones de impuestos del año anterior Carta de elegibilidad de SNAP Últimos 4 talones de pago

Carta de Assistencia de Vivienda Temporal Carta de elegibilidad del Seguro Social

Con su firma, usted certifica que:

1) Toda la información anterior es verdadera y precisa y por la presente aurtorizo tratamiento.
2) Estoy de acuerdo en notificar a la clínica si cambia mi dirección o si cambia el estado de mi seguro.
3) Que si recibo la escala móvil de tarifas, notificaré a la clínica si mi estado de ingresos cambia.
4) Entiendo que la Clínica Rosa Clark debe ser mi hogar médico de atención primaria para poder recibir medicamentos de la farmacia Rosa Clark.
5) Doy permiso a la Clínica Rosa Clark para recopilar información sobre mí, sobre los servicios de atención médica recibidos en centros que no sean Rosa Clark, incluidas las hospitalizaciones y las visitas a la sala de emergencias.
6) Doy permiso al personal de la Clínica Rosa Clark para que me inscriba en el Programa de Conexiones Saludables de SC Medicaid si no tengo seguro.
7) Acepto volver a inscribirme anualmente para continuar recibiendo la escala movil de tarifas en la Clínica.
8) Para asistencia fuera del horario de atención, llame a la línea principal al 882-4664, ext. 6

_____	_____
Fecha	Firma del Paciente/Guardian
_____	_____
Fecha	Coordinador de inscripciones