

Asociación Clínica Médica Rosa Clark  
**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA PACIENTE**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**SS#:** \_\_\_\_\_ **Masculino** \_\_\_\_\_ **Femenino** \_\_\_\_\_

**Teléfono #:** \_\_\_\_\_ **Alternativo #:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Calle** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Dirección postal si es diferente a la de arriba:** \_\_\_\_\_

**Raza:**

Blanco \_\_\_\_\_  
Hispano, Latino, o Español \_\_\_\_\_  
Mexicano, Mexicoamericano, Chicano \_\_\_\_\_  
Afroamericano Negro \_\_\_\_\_  
Indio americano/nativo de Alaska \_\_\_\_\_  
Mas de una raza \_\_\_\_\_  
Indio Asiático \_\_\_\_\_  
Chino \_\_\_\_\_  
Filipino \_\_\_\_\_  
Japonés \_\_\_\_\_  
Coreano \_\_\_\_\_  
Vietnamita \_\_\_\_\_  
Otro Asiático \_\_\_\_\_  
Nativo Hawaiano \_\_\_\_\_  
Otro Isleño del Pacífico \_\_\_\_\_  
Guameño o Chamorro \_\_\_\_\_  
Samoano \_\_\_\_\_

**Ethnicidad:**

No hispano, Latino o Español \_\_\_\_\_  
Puertorriqueño \_\_\_\_\_  
Cubano \_\_\_\_\_  
Otro Hispano, Latino, o Español \_\_\_\_\_  
Hispano, Latino, Español combinado \_\_\_\_\_

**Idioma Preferido**

Inglés \_\_\_\_\_  
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, anote cualquier consultorio médico, hospital o centro médico que tenga alguno de sus registros:**

**Por favor, anote 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 tiene seguro por favor anote** \_\_\_\_\_

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 anteriori \_\_\_\_\_

**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 2025**

	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	\$15,650	\$15,651	a	\$19,564	\$19,565	a	\$23,475	\$23,476	a	\$31,300
2	0	a	\$21,150	\$21,151	a	\$26,439	\$26,440	a	\$31,725	\$31,726	a	\$42,300
3	0	a	\$26,650	\$26,651	a	\$33,314	\$33,315	a	\$39,975	\$39,976	a	\$53,300
4	0	a	\$32,150	\$32,151	a	\$40,189	\$40,190	a	\$48,225	\$48,226	a	\$64,300
5	0	a	\$37,650	\$37,651	a	\$47,064	\$47,065	a	\$56,475	\$56,476	a	\$75,300
6	0	a	\$43,150	\$43,151	a	\$53,939	\$53,940	a	\$64,725	\$64,726	a	\$86,300
7	0	a	\$48,650	\$48,651	a	\$60,814	\$60,815	a	\$72,975	\$72,976	a	\$97,300
8	0	a	\$54,150	\$54,151	a	\$67,689	\$67,690	a	\$81,225	\$81,226	a	\$108,300
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 Asistencia 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 autorizo 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 móvil 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