

Asociación Clínica Médica Rosa Clark
SOLICITUD DE INSCRIPCION 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 _____
Afrocanamericano 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 anterior? _____

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 2026

	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	\$15,960	\$15,961	a	\$19,950	\$19,951	a	\$23,940	\$23,941	a	\$31,920
2	0	a	\$21,640	\$21,641	a	\$27,050	\$27,051	a	\$32,460	\$32,461	a	\$43,280
3	0	a	\$27,320	\$27,321	a	\$34,150	\$34,151	a	\$40,980	\$40,981	a	\$54,640
4	0	a	\$33,000	\$33,001	a	\$41,250	\$41,251	a	\$49,500	\$49,501	a	\$66,000
5	0	a	\$38,680	\$38,681	a	\$48,350	\$48,351	a	\$58,020	\$58,021	a	\$77,360
6	0	a	\$44,360	\$44,361	a	\$55,450	\$55,451	a	\$66,540	\$66,541	a	\$88,720
7	0	a	\$50,040	\$50,041	a	\$62,550	\$62,551	a	\$75,060	\$75,061	a	\$100,080
8	0	a	\$55,720	\$55,721	a	\$69,651	\$69,552	a	\$83,580	\$83,581	a	\$111,440
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 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 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/Padre/Guardian

Fecha

Coordinador de inscripciones