



*Delivering hope and health*

800 S. 6<sup>th</sup> Street, Suite 100  
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500  
hopeclinic-garland.org

## Qualifications to become a Hope Clinic Patient

## Calificaciones para convertirse en un Paciente de Hope Clinic

### Eligibility Requirements

To qualify you must:

1. Be a resident of Garland (must provide a copy of a rental/lease agreement or utility bill in your name.
2. Not be covered by any other health insurance or medical assistance program
3. Must provide copy of current tax return or 4 recent, consecutive pay stubs.

Para calificar para el programa debe:

1. Ser un residente de Garland (debe proporcionar una copia de su cuenta de la luz, agua, gas, o su contrato de renta a su nombre)
2. No estar cubierto por ningún seguro medico o programa de asistencia medica
3. Debe proveer una copia de su declaración de impuestos actual o los últimos 4 talones de cheques consecutivos.

## Proof of Residency

- Utility bill with patient's name
- Rental or lease agreement with patient's name

## Proof of Identification

- Photo ID with current address  
(Passports will not be accepted)

## Proof of Income

Proof of income for everyone in the household 18 and older

- Income tax return for most current year or four consecutive pay stubs
- If wages are paid in cash, must have a letter from employer stating wages and a contact number
- Proof of child support
- Commissions, fees, and tips
- Social security benefits
- Unemployment benefits
- Worker's compensation
- Welfare assistance
- Government funded housing
- Food stamps transcript for student 18 or older

## Prueba de Residencia

- Un recibo de luz con el nombre del paciente
- Contrato de la renta con el nombre paciente

## Prueba de Identificación

- Identificación con foto y la dirección correcta  
(No se aceptarán pasaportes)

## Prueba de ingresos

Prueba de ingresos para todos en el hogar de 18 años o mas

- Declaración del impuesto sobre la renta del año mas reciente o cuatro recibos de sueldo consecutivos
- Si los salarios se pagan en efectivo, debe tener una carta del empleador que indique los salarios y un numero de contacto
- Prueba de manutención de menores
- Comisiones, tarifas, y propinas
- Beneficios de seguro social
- Beneficios de desempleo
- Compensación laboral
- Vivienda financiada por el gobierno
- Cupones de alimentos
- Transcripción para estudiantes de 18 años o mayores



Delivering hope and health

800 S. 6<sup>th</sup> Street, Suite 100  
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500  
hopeclinic-garland.org

## Información y Historia sobre el Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

### Estado Civil

Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Soltero/a  Viudo/a

Dirección \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

### Origen:

Indio americano/ Aleusiano  Hispano  Africano Americano  Americano  Asiático/occidental  
 Desconocido  Otra \_\_\_\_\_

### Lenguaje preferido

Ingles  Español  Otro \_\_\_\_\_

### Asistencia

¿Usted está recibiendo asistencia del estado?

Si  No

¿Si contesto si, que tipo de asistencia está recibiendo?

Medicaid  Medicare  Discapacidad  SSI  Beneficios de Seguro Social

Otra \_\_\_\_\_

### ¿Que describe mejor su estatus de empleo?

Empleador (Nombre, Dirección, Número de teléfono) \_\_\_\_\_

Desempleado  Trabaja por su cuenta  Retirado  Otro

### ¿Alguna vez, ha aplicado para el programa Parkland Health Plus?

Si  No



Delivering hope and health

800 S. 6<sup>th</sup> Street, Suite 100  
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500  
hopeclinic-garland.org

### Forma para referencia comunitaria

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nos gustaría saber si hay otras dificultades, aparte de su necesidad médica, que usted o su familia están experimentando en estos momentos. Nuestro voluntario puede revisar esta forma con usted y explorar referencias apropiadas para varias agencias sociales en esta comunidad.

Quisiera hablar con nuestro/a voluntario/a acerca de cualquier de los siguientes temas?

- |   |          |          |
|---|----------|----------|
| 1. Ansiedad/Depresión/Estrés            | Sí _____ | No _____ |
| 2. Ropa/Comida/Estampillas de Comida    | Sí _____ | No _____ |
| 3. Dental                               | Sí _____ | No _____ |
| 4. Asistencia Financiera/Renta/Facturas | Sí _____ | No _____ |
| 5. Vivienda                             | Sí _____ | No _____ |
| 6. Emigración/Legal                     | Sí _____ | No _____ |
| 7. Trabajo/Educación/GED                | Sí _____ | No _____ |
| 8. Mamograma/Papanicolaou               | Sí _____ | No _____ |
| 9. Nutrición/Ejercicios                 | Sí _____ | No _____ |
| 10. Crianza de niños                    | Sí _____ | No _____ |
| 11. Perdida reciente de un ser querido  | Sí _____ | No _____ |
| 12. Fumar/Drogas/Alcohol                | Sí _____ | No _____ |
| 13. Violencia/Abuso                     | Sí _____ | No _____ |
| 14. Visión                              | Sí _____ | No _____ |

Por favor circule la respuesta que mejor describa su situación      Circule la respuesta correcta

En los últimos 12 meses, hemos estado preocupados de que nuestra comida se acabe antes de agarrar más dinero para comprar más.

\_\_\_\_\_ A menudo cierto      \_\_\_\_\_ A veces cierto      \_\_\_\_\_ Nunca cierto

15. En los últimos 12 meses, la comida que hemos comprado no ha durado y se ha acabado pronto

\_\_\_\_\_ A menudo cierto      \_\_\_\_\_ A veces cierto      \_\_\_\_\_ Nunca cierto

Notas: Cualquier información proveída es estrictamente confidencial y será compartida solamente con las organizaciones indicadas.



Delivering hope and health

800 S. 6<sup>th</sup> Street, Suite 100  
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500  
hopeclinic-garland.org

**ACTO FEDERAL DE DEMANDAS POR AGRAVIO DE PARTE DE LA CLINICA GRATUITA (FTCA)**

**NOTIFICATION DE SEGURO LIMITADO PARA EL PACIENTE**

*Debe proveérsele al paciente antes de practicarle cualquier servicio de salud con la excepción de casos de emergencia cuando esta puede ser entregada después de haberse atendido dicha emergencia o dársela también a los padres o guardian legal en caso de que el paciente carezca de responsabilidad legal para su cuidado bajo la ley del estado.*

Notificación al paciente:

Esto es para notificarle a usted que bajo la ley federal y en relación al funcionamiento de las clínicas gratuitas la FTCA, (Ver 28 U.S.C 1346 (b), 2401 (b), 2671-80) le provee una cobertura exclusiva por los daños personales incluyendo muerte como resultado de negligencia medica, cirugía, tratamiento dental o acciones ejecutadas por cualquier practicante voluntario de cuidados de salud de la clínica, a quien el Departamento de Salud y Servicios Humanos has considerado como empleado del Servicio de Salud Publica. Esta cobertura de FTCA por negligencia incluye a los practicantes voluntaries de cuidados de salud de la clínica que han comprobado la autorización para sus servicios bajo el Titulo XIX de la ley de Seguro Social (Medicaid Program) directamente a la clínica, por otros medios, programas o eventos de la misma (Ver 42 U.S.C 233 (a), (o)).

La ley federal mencionada arriba incluye a algunos profesionales de la clínica que proveen servicios de cuidado de salud a los pacientes.

**CONSENT FOR CHARITY CARE**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que los medicos de Hope Clinic de Garland, Inc. son voluntaries proveedores de cuidados medicos que practican estos cuidados sin el propósito de ser remunerados financieramente. También entiendo que estos medicos como voluntaries no son responsables por cualquier acto o omisión que tenga como resultado de daños, lastimaduras o muertes; siempre y cuando estén actuando de buena fe dentro del limite de su responsabilidad para con la organización al momento de administrar cualquier cuidado medico.

También entiendo que la responsabilidad civil tanto la organización caritativa como la de los empleados de la misma esta limitada. Estos limites que aplican a empleados y organización por separado, no son limites combinados.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/Madre/Guardian Legal Del Menor de Edad



Delivering hope and health

800 S. 6<sup>th</sup> Street, Suite 100  
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500  
hopeclinic-garland.org

## PERMISO PARA DAR INFORMACION

Para: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo le autorizo y solicito que de la información de mis registros medicos pasados, registros financieros, registros psicológicos y/o otra información concerniente a mi enfermedad y/o tratamiento a:

Para: \_\_\_\_\_  
(Doctor, hospital, individuo, o agencia recibiendo la información)  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Documentos Pedidos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo autorizo a Hope Clinic de Garland o a su personal de mandar toda y cualquier información que ellos creen apropiada a otras personas o agencias que estén participando o planeando darme cuidados medicos.

Este consentimiento sera considerado valido mientras yo sea paciente de Hope Clinic de Garland, Inc. a menos que notifique a la clínica por escrito que no lo autorizo.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente con letra molde

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo



Delivering hope and health

800 S. 6<sup>th</sup> Street, Suite 100  
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500  
hopeclinic-garland.org

**AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD**

Yo \_\_\_\_\_, he leído una copia del Aviso de Practica de Privacidad de Hope Clinic de Garland, Inc.

\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente en letra molde

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián Legal del Menor

Para uso de la oficina solamente

Hemos tratado de obtener reconocimiento escrita de que una copia del Aviso de Practica de Privacidad fue leída pero no pudimos obtener el reconocimiento por la siguiente razón:

- El individuo se negó a firmar
- Barrera en comunicación prohibieron que se obtenga el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió en obtener el reconocimiento
- Otra razón (por favor especifique)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Delivering hope and health

800 S. 6th Street, Suite 100
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500
hopeclinic-garland.org

Autorización para Divulgar Información

Por la presente, yo autorizo a Hope Clinic of Garland, a revelar mi información de salud individualmente identificable descrita a continuación, la cual puede incluir información sobre enfermedades contagiosas tales como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedades mentales (excluyendo los apuntes de sicoterapia), la dependencia en el alcohol o drogas, los resultados de las pruebas del laboratorio, mi historial medico, tratamiento o cualquier otra información relacionada. Yo comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negar de firmar esta autorización. Además, yo comprendo que mi cuidado medico y el pago de mi tratamiento medico no sera afectados si no firmo esta forma.

Yo comprendo que si la entidad autorizada a recibir esta information no es una entidad cubierta (por ejemplo: una compañía de seguros o no es un proveedor de cuidado medico), la información revelada no puede ser protegida por los reglamentos estatales o federales de confidencialidad.

Nombre del paciente en letra molde:
Fecha de Nacimiento:
Dirección del paciente:
Seguro Social
Numero de Teléfono:
Fechas de servicio (si son conocidas):
Descripción de información que puede ser revelada: (Marque todo lo que corresponde)

Sala de emergencia
Expedientes de Admisión/Registración
Otro
Reportes de Radiología
Reportes de Consulta
Reportes de Laboratorio:
Historial y Físico
Ordenes del medico
Reportes de Facturas:
Notas de enfermera
Reportes de Operaciones
Radiografías
Notas del progreso del paciente
Resumen de alta

Descripción de información que se puede divulgar:

La información descrita aquí puede ser divulgado a: (Marque la categoría apropiada)
Hospital
Medico
Compañía de Aseguranza
Abogado
Paciente
Otro

Nombre:
Dirección:
Ciudad, Estado, Código Postal:
Numero de Teléfono:
Numero de Fax:
(Check the appropriate delivery method)
Correo
Fax
Recoger expediente
Otro

Yo entiendo que esta autorización por ley se vencerá en 180 días de la fecha de esta autorización a menos que yo especifique lo contrario. Yo deseo que esta autorización sea efectivo hasta (Fecha de vencimiento/evento).

Además, yo comprendo que puedo suspender esta autorización en cualquier momento al avisarle a Hope Clinic de Garland por escrito a la dirección mencionado abajo. Yo comprendo que la revocación debe ser firmado y fechada con una fecha que es posterior a la fecha puesta en esta autorización. La revocación no afectara las acciones tomadas antes de recibir la revocación escrita.

Firma del Paciente o de Representante:
Nombre de Representante en letra molde:
Relación al Paciente:
Autoridad legal (Incluya documentos apropiados):
Fecha:





Delivering hope and health

800 S. 6<sup>th</sup> Street, Suite 100  
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500  
hopeclinic-garland.org

## Preferencia del Paciente para Comunicar Información Sobre su Salud

### I. A quien contactar

Yo autorizo el personal de Hope Clínic de Garland para divulgar cualquier información relacionada con mi condición médica son los siguientes miembros de familia, otros parientes, y/o amistades personales:

Nombre	Relación	Numero de Teléfono
Nombre	Relación	Numero de Teléfono
Nombre	Relación	Numero de Teléfono

Yo \_\_\_\_\_ no deseo revelar ninguna información a nadie

### II. Como ser contactado/a—Deseo que me contacten en la siguiente manera:

<b>Teléfono de casa:</b> _____ <input type="checkbox"/> Autorizo dejar mensajes detallados <input type="checkbox"/> Solamente dejar mensaje con numero de teléfono	<b>Teléfono del trabajo:</b> _____ <input type="checkbox"/> Autorizo dejar mensajes detallados <input type="checkbox"/> Solamente dejar mensaje con numero de teléfono
--	--

**Teléfono celular:** \_\_\_\_\_  
 Autorizo dejar mensajes detallados  
 Solamente dejar mensajes con numero de teléfono

**Comunicación por escrito:**  
 Autorizo mandar información por correo a mi dirección de casa: \_\_\_\_\_  
 Autorizo mandar información por correo a mi dirección de trabajo: \_\_\_\_\_  
 Autorizo mandar information por fax al siguiente numero: \_\_\_\_\_

La duración de esta autorización es válida indefinitivamente a menos que sea revocada por escrito. Yo comprendo que cualquier otra persona que no esté en esta lista, necesitara una autorización previa antes de recibir cualquier información medica

Nombre del paciente o guardián legal: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_



Delivering hope and health

800 S. 6<sup>th</sup> Street, Suite 100  
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500  
hopeclinic-garland.org

## Acuerdo y Permiso Para Tratar al Paciente

**Nombre del Paciente (letra molde):** \_\_\_\_\_

Hope clinic de Garland, Inc. Es una agencia no gubernamental y no lucrativa. Ha sido diseñada para proveer cuidado médico a familias de Garland que no tienen ningún otro medio o asistencia médica.

Abajo se encuentra una lista de reglas a seguir para recibir tratamiento en Hope clinic de Garland, Inc.

1. Yo entiendo que los exámenes y tratamientos médicos que se me proveerán serán por un médico, asistente médico, o una enfermera especial practicante de medicina.
2. Yo soy completamente responsable de llevar a cabo los exámenes y/o tratamientos
3. Yo autorizo a cualquier profesional de cuidados médicos asociados con Hope clinic a revelar cualquier información personal, evaluación, y/o información del tratamiento a otros proveedores profesionales para continuar mis cuidados médicos o con el propósito de obtener información de otros lugares cuando sea medicamente necesario
4. Yo comprendo que soy responsable por el seguimiento de pruebas y tratamientos ordenados por Hope clinic. Yo comprendo que si fallo en seguir las órdenes del médico o enfermeras, mi tratamiento será en vano.
5. Yo estoy de acuerdo en informar a Hope clinic en 30 días si ay algún cambio en mi nombre, dirección, números de teléfono, estado financiero, os i he calificado para obtener seguro medico
6. Yo estoy de acuerdo que uno de los requisitos consiste en renovar la aplicación cada año con mi información financiera más reciente. De no cumplir con este requisito en un periodo de 30 días, ya no podre ser paciente de Hope clinic y tendré que esperar un año para volver a aplicar.
7. Yo entiendo que si falto a 3 citas consecutivas se me quitara los beneficios de la clínica. Si llamo 24 horas antes de mi cita, no se contará en mi contra. Si llego 15 minutos tarde se me hará otra cita
8. Yo entiendo que, si no coopero, si tengo una actitud abusiva verbal o física, si estoy intoxicado, o tengo un comportamiento inapropiado, no seré elegible para recibir servicios en la clínica de Hope Clinic

Al firmar este documento significa que he leído, entendido y estoy de acuerdo con las reglas de Hope Clinic de Garland, Inc. Yo entiendo que se me pueden negar los servicios de Hope clinic of Garland, Inc. Si he dado información falsa.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escribir el nombre en letra molde (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Padre o Guardián  Otra (especifique)

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Delivering hope and health

800 S. 6<sup>th</sup> Street, Suite 100  
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500  
hopeclinic-garland.org

### Verificación de Ingresos

¿Es su primera visita a Hope Clinic durante el último año? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
¿Tiene algún tipo de aseguranza medica, Medicaid, o Medicare? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Escriba todos los miembros de familia que viven en la misma casa, incluyendo el paciente

NOMBRE Y APELLIDO	RELACION	EDAD	PARA USO DE LA OFICINA Ingresos Documentados	PARA USO DE LA OFICINA Ingreso Anual
1.	PACIENTE			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
				TOTAL

To figure total projected annual Gross income-weekly x 52; bi-monthly x 26, monthly x 12

(If income varies please use average)

Estatus Familiar:

Cabeza del Hogar \_\_\_\_\_ Discapacitado \_\_\_\_\_ Anciano \_\_\_\_\_ Niños \_\_\_\_\_ (menores de 18 años) \_\_\_\_\_

Razo: (escoja uno)

Blanco  Afro-Americano  Asiático  Indio Americano o Nativo  Hawaiano o de otra isla Pacifica

Multi-Racial  Otro \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Hispano o Latino  No Hispano o latino

**Para Uso de la Oficina solamente  
2016 Nivel de Pobreza Federal (200%)**

Circle la categoría de ingresos que el hogar refleja: EXT. BAJO MUY BAJO BAJO

Fecha de Verification de Ingresos: \_\_\_\_\_ Persona de Admisión: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Advertencia: Title 18, Section 1001 of U.S. Code dice que una persona es culpable de una felonía si intencionalmente dice declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier Departamento del Gobierno de los Estados Unidos. Asistencia proveída usando esta application es por medio del Departamento de los Estados Unidos del desarrollo de vivienda y Urbano.