



APLICACIÓN

Apellido		Nombre		Número de Seguro Social	
Dirección (# de calle y # de apartamento) Código Postal			Ciudad	Estado	
Dirección postal o Apartado Postal (P.O. Box) Estado		#Apartamento	Ciudad		
Teléfono de la Residencia ()	Teléfono del Trabajo ()	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nivel de Educación	
¿A qué grupo/s étnicos pertenece usted? <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____			Estatus Marital <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a		
En caso de emergencia debemos contactar a: (Muy importante NO LO OMITA)				Teléfono	
¿Cuánto tiempo ha sido residente permanente? <input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> 1 – 4 años <input type="checkbox"/> 5 o más años					
REFERIDO POR <input type="checkbox"/> AMIGO/A <input type="checkbox"/> DISTRITO DE SALUD <input type="checkbox"/> CHC <input type="checkbox"/> HOJA DE ANUNCIO <input type="checkbox"/> HOSPITAL:(¿Cuál?) _____ <input type="checkbox"/> OTRO:(Especifique) _____					

Persona Responsable: (Información del padre/madre, o guardián legal). Si el paciente tiene 18 años o más, por favor provea la información del paciente)

Apellido		Nombre		Teléfono de la Residencia ()	
Dirección (# de calle y de apartamento) Código Postal			Ciudad	Estado	
Dirección Postal o Apartado Postal (P.O. Box) Estado		# Apartamento.	Ciudad		
Número Seguro Social	Estatus Marital <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fuentel de Ingreso	
_____ \$9,800-\$24,500	_____ \$13,200-\$33,000	_____ \$16,600-\$41,500	_____ \$20,000-\$50,000	_____ \$23,400-\$58,500	

Nombre del Empleador ciudad, estado)	Dirección del Empleador (calle,	Teléfono ()
---	---------------------------------	-----------------

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Tiene usted seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si tiene, cuál es?: _____ _____					
Condición Médica: _____ Servicios adicionales que necesita: _____ _____					
¿Va a aplicar para: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Nevada Check-up?					
Miembros de Familia	Edad	¿Tiene seguro?	Miembros de Familia	Edad	¿Tiene seguro?
Nombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Certifico que hasta donde yo sepa, la información que he proveído para calificar para el proyecto piloto de AccessHealth es correcta y verdadera. Reconozco que soy responsable de pagar por el cuidado médico de acuerdo con las tarifas establecidas. Entiendo que si he dado información falsa, puedo ser descalificado del programa. Entiendo que al firmar abajo me estoy acatando a la los Derechos y Responsabilidades de Miembro

Firma del paciente/padre o madre/guardián legal

Fecha

"EL CRITERIO DEL SOLICITANTE"

Debe ser menor de 70 años de edad/ debe tener o ser menor de 69 años de edad, libre de complicaciones médicas que impidieran una cirugía sin riesgo/s (según sea determinado por nuestros cirujanos participantes y asesores médicos), capaz de demostrar la necesidad*, y ser ciudadano estadounidense o residente legal.*La necesidad demostrable incluirá el siguiente criterio: 1) no tener seguro médico, 2) comprobante que no califica para el seguro Medicaid, 3) ingresos que no sustenten el auto financiamiento del cuidado de su salud, 4) adversidades económicas o circunstancias excepcionales.

3395 SOUTH JONES #298 LAS VEGAS, NV 89146 PHONE (702) 579-0799 info@myhopechest.org