



**PRE-SCREENING - SPANISH
CUESTIONARIO - EVALUACION DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS**

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

Al contestar las siguientes preguntas, tenga en cuenta que Grace Clinic funciona como una clínica gratuita con recursos limitados. La mayoría de nuestro personal es voluntario y no es posible hacer muchas cosas que serían posibles en una clínica médica, dental o de consejería tradicional. Por eso, no ofrecemos tratamiento para las siguientes condiciones:

- Dolor crónico
- Tratamiento nuevo o continuado para el cáncer
- Trastornos de coágulos
- Papanicolaou de rutina (salud femenina)
- Trastornos hormonales (de mujeres o varones)
- Otras condiciones según lo determinado por nuestro proveedor médico.

Además, no recetamos ni dispensamos sustancias controladas ni narcóticas.

Nosotros tampoco recetamos o damos las siguientes medicinas para salud mental: Ambien, Adderall, Lithium, Ritalin, Xanax, Valium or other medications similar to these.

Si usted tiene cualquier de las condiciones arriba mencionadas, notifique a la recepcionista. Si usted piensa que califique para los servicios, conteste el resto de las preguntas completamente para terminar la evaluación.

1. ¿Es usted un residente de manera permanente en una de estas ciudades?

Basin City	Finley	Mesa	Richland
Benton City	Highland	Pasco	West Pasco
Burbank	Kahlotus	Paterson	West Richland
Connell	Kennewick	Plymouth	Whitstran
Eltopia	Kiona	Prosser	

Usted debe ser un residente de esta área de manera permanente para calificar como paciente de Grace Clinic.

2. a. ¿Tiene algún tipo de seguro médico, dental, de vista, o de cobertura catastrófica?

Indique: _____ Sí _____ No

De ser que sí, circule el tipo de cobertura que usted tiene:

- | | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| • Medicare | • Seguro "Apple" de Washington | • Cupón de Medicaid |
| • Seguro estudiantil | • Seguro privado | |
| • Cobertura de la Administración de Veteranos | • Servicio de Salud de los Indígenas | • Seguro de Emergencia para Extranjeros Indocumentados |

Si usted tiene cualquier de los seguros arriba mencionados, es posible que no cumpla con los requisitos para recibir los servicios. (En unos casos específicos, es posible hacer excepciones, hable con la persona que entrevista a usted.)

b. ¿Cuándo fue la última fecha que tuvo Ud. seguro médico? Año: _____

c. ¿Está usted actualmente en el proceso de conseguir seguro médico? ____ Sí ____ No

¿De ser que sí, qué clase de seguro ha solicitado y cuándo espera Ud. que se lo apruebe?



**PRE-SCREENING - SPANISH
CUESTIONARIO - EVALUACION DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

3. ¿Tiene Ud. un caso abierto de Labor e Industrias por una lastimadura en el trabajo?

Marque: _____ Sí _____ No

Si contestó que sí, no califica para servicios relacionados con el caso abierto.

4. ¿Cuántos son los ingresos brutos del hogar por mes o por año? (Esto incluye: Sueldos de trabajo, manutención de hijos, pensión matrimonial, estampillas de comida, dinero en efectivo, pagos de Labor e Industrias, de desempleo, y todos otros recursos de ingresos, inversiones, o impuestos federales).

a. ¿Cuánto es el ingreso total del hogar? _____ Circule uno: **Por Mes** **Por Año**

b. ¿Cuántos familiares viven en su hogar? _____

c. ¿Cuántos niños menores de edad viven con usted? _____

Edades de los niños menores _____

La tabla muestra los ingresos brutos al 200% del Índice Federal de Pobreza (sujetos a cambios):

Número de personas en familia	Ingresos brutos mensuales	Ingresos brutos anuales
1	\$2,127	\$25,520
2	\$2,873	\$34,480
3	\$3,620	\$43,440
4	\$4,367	\$52,400
5	\$5,113	\$61,360
6	\$5,860	\$70,320
7	\$6,607	\$79,280
8	\$7,353	\$88,240

Si los ingresos brutos exceden la cantidad que corresponde, usted no califica para servicios.

5. ¿Ha sido usted paciente de una sala de urgencia en cualquier tiempo durante los tres años pasados? _____ Sí _____ No

De ser que sí, ¿Cuándo fue?: Mes _____ Año _____

¿En dónde? Lourdes Medical Center _____ Trios (KGH) _____

Kadlec Regional Medical Center _____ Otro: (Especifique) _____

La razón por visitar a la sala de urgencia: _____

6. ¿Ha sido usted paciente de un proveedor médico (no en la sala de urgencia) durante los tres años pasados? _____ Sí _____ No

De ser que sí, ¿Cuándo?: Mes _____ Año _____

Nombre del proveedor: _____

Devuelva este formulario lleno a la recepcionista. Prepárese proporcionar la siguiente información:

1. Su cédula de identidad vigente con foto (la del estado de Washington),
2. Prueba de sus ingresos (como los talones de cheque del mes pasado), y
3. Los frasquitos de todos los medicamentos que toma actualmente.