**DISPENSARIO DE LA ESPERANZA, LISTA DE VERIFICACIÓN Y FORMULARIO DE INFORMACIÓN 2022**

**LISTA DE VERIFICACIÓN - Marque sí o no**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Si** | **No** |
| **Soy recidente de los Estados Unidos (documentado e indocumentado)**  |  |  |
| **NO tengo Seguro de recetas**  |  |  |
| * **NO estoy cubierto por Medicare D/ Medicaid**
 |  |  |
| * **NO estoy cubierto por TRICARE**
 |  |  |
| * **NO estoy cubierto por el VA**
 |  |  |
| * **NO tengo cobertura de la ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio**
 |  |  |
| **Mi Seguro médico NO tiene un plan de beneficios de medicamentos recetados** |  |  |
| **Mis ingresos son <300% del límite federal de pobreza ($40,700 para 1 persona, 54,930 para 2 personas, 69,090 para 3 personas, 83,250 para 4 personas)** |  |  |

**\*Usted es elegible para recibir medicamentos recetados a través del Dispensario de la Esperanza si respondió SI a todas las preguntas\***

**Información del perfil del paciente: Favor de imprimir**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Género (Masculino/Femenino/Otro): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Su dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alergias a medicamentos: SI□ No□**

**En caso afirmativo, enumere todas las alergias: Aspirina □ Penicilina□ Tetracyclina□ Codeina□ Morfina□ Medicamentos de Sulfa□ Mariscos□ Latex□ ACE/ARB□ OTRO□\_\_\_**

**Reacción a la alergia de medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Lista de medicamentos que está tomando actualmente. Por favor incluya medicamentos de venta libre:**

**Certifico que toda la información anteriores verdadera y preccisa. Entiendo que esta información se utilizará para determiner elegibilida para el programa Dispensario de la Esperanza y sus citios de acceso relacionados. Informaré al personal de cualquier cambio en el empleo, los ingresos o el seguro antes de surtir recetas adicionales.**

**Firma del Solicitante: Fecha:**

**Firma del Personal: Fecha:**