

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PACIENTES DE DISPENSARY OF HOPE 2026

	Sí	No										
¿Es usted residente de los Estados Unidos? (con o sin documentos)												
Por la presente certifico que NO cuento con NINGÚN tipo de cobertura para medicamentos recetados ni con NINGÚN tipo de seguro médico patrocinado por el gobierno, incluido Medicare, Medicaid, beneficios de VA u otra cobertura.												
¿Sus ingresos son menores al 300 % del Nivel Federal de Pobreza (NFP)? <table border="1" data-bbox="323 478 899 688"> <thead> <tr> <th>Número de integrantes del hogar</th> <th>Ejemplos del 300 % del NFP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 persona</td> <td>\$47,880</td> </tr> <tr> <td>2 personas</td> <td>\$64,920</td> </tr> <tr> <td>3 personas</td> <td>\$81,960</td> </tr> <tr> <td>4 personas</td> <td>\$99,000</td> </tr> </tbody> </table>	Número de integrantes del hogar	Ejemplos del 300 % del NFP	1 persona	\$47,880	2 personas	\$64,920	3 personas	\$81,960	4 personas	\$99,000		
Número de integrantes del hogar	Ejemplos del 300 % del NFP											
1 persona	\$47,880											
2 personas	\$64,920											
3 personas	\$81,960											
4 personas	\$99,000											
Para proveedores: He verificado que los medicamentos de este paciente se encuentran en el formulario de Dispensary of Hope y están disponibles en la farmacia Inspira seleccionada.		Consulte ahora el formulario de DOH										

Información del perfil del paciente (escriba en letra de imprenta)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género (masculino/femenino/otro): _____ Número de teléfono preferido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Cómo se enteró de este programa? ☐ Proveedor ☐ Farmacéutico ☐ Otro: _____

Información sobre alergias:

- ¿Alergias a medicamentos? ☐ Sí ☐ No

- Si respondió sí, indique todas las alergias:

☐ Aspirina ☐ Penicilina ☐ Tetraciclina ☐ Codeína ☐ Morfina ☐ Fármacos con sulfa

☐ Mariscos ☐ Látex ☐ IECA/ARA II ☐ Otro: _____

- Indique la reacción que ocurre con cada alergia a medicamentos mencionada:

Indique todos los medicamentos que toma actualmente, incluidos los de venta libre y los suplementos:

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para Dispensary of Hope y sus farmacias participantes. Notificaré al personal sobre cualquier cambio en mi empleo, ingresos o seguro antes de surtir recetas adicionales.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del personal: _____

Fecha: _____