



**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 son voluntarios 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. ¿Vive usted en una de estas ciudades? (Circule la ciudad en que usted vive.)**

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

**Si usted (el paciente) no es residente de una de estas ciudades, no califica para los servicios 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 estudiantil
- Cobertura de la Administración de Veteranos
- Servicio Indígena de Salud
- Seguro privado
- Seguro "Apple" de Washington
- Cupón de Medicaid
- 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?

Indique:        \_\_\_\_ 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).

El ingreso total del hogar: \_\_\_\_\_ Circule uno: Por Mes    Por Año

El número de personas que viven en su hogar: \_\_\_\_\_

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	\$2,082	\$24,980
2	\$2,818	\$33,820
3	\$3,555	\$42,660
4	\$4,292	\$51,500
5	\$5,028	\$60,340
6	\$5,765	\$69,180
7	\$6,502	\$78,020
8	\$7,238	\$86,860

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.