



## Dispensario de la Esperanza– Santa Luisa Farmacia Rutherford

(Ubicado a 3 1/2 millas de Saint Thomas Hospital de Rutherford)  
 1020 N. Highland Ave, Murfreesboro, TN 37130  
 Phone# 615-396-6167 Fax# 615-396-6627

Horario: M/T/W/T 8: 30-5: 30, Viernes 8: 30-1: 00 (cerrado 1-2 para el almuerzo)

<http://www.sthealth.com/medical-services/pharmacy-services/dispensary-of-hope>

### Solicitud de Paciente

La información siguiente se requiere para la participación en el programa Dispensario de la Esperanza de la ayuda de medicación.

Nombre		Segundo Nombre		Apellido		# Seguro Social	
Dirección de domicilio			Ciudad		Estado	Código postal	Condado
Fecha de Nacimiento		Edad		Sexo-F/M		Droga Alérgico al medicamento - lista	
Tele		Cell Tele					

**INTRODUZCA POR FAVOR la PRUEBA DE INGRESOS**  
 Las DROGAS EN LA SEGURIDAD la LISTA NETA LE COSTARA \$1.00 or \$3.00 POR la PRESCRIPCION

¿Es usted un ciudadano estadounidense o un residente legal de Estados Unidos? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Archivaste una declaración de impuestos el año pasado? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Eres un veterano? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Usted recibe Cupones para Alimentos? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Tiene Medicare o TennCare? Sí \_\_\_ No \_\_\_ (numero de Medicare) \_\_\_\_\_

¿El departamento de seguridad social lo ha clasificado como discapacitado? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Recibe beneficios del Seguro Social o de Discapacidad? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro de medicamentos recetados?? Sí \_\_\_ No \_\_\_ (por favor enumere) \_\_\_\_\_

¿Cuál es su estado de vivienda? Alquiler \_\_\_ Propio \_\_\_ Vivir con otra persona \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Estado de Familia Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Viudo \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Estado de trabajo Sí \_\_\_ No \_\_\_ jubilado \_\_\_ incapacitado \_\_\_ Cuántas horas por semana trabajas \_\_\_\_\_ hrs

¿Cuánto antes de impuestos usted gana o recibe por SEMANA \_\_\_\_\_ o por mes \_\_\_\_\_ o por año \_\_\_\_\_ (incluir salario, seguro social, pensión, alimenticia, alimenticia de niños, salario de desempleo, etc.)

**Número de personas en su familia /casa \_\_\_\_\_ :**

¿Cuánto antes de impuestos ganan o reciben otras personas en el hogar (incluyendo el cónyuge)? por semana \_\_\_\_\_ o por mes \_\_\_\_\_ o por año \_\_\_\_\_

--	--	--

Nombre de Médico Tele # Fax #

Gracias por su información. Se llevará a cabo de forma segura y no será compartida con nadie que no está involucrado con el programa de asistencia medicaion o su estado de salud.

*Le pedirán traer o enviar la prueba de sueldo/salario dentro de dos semanas del tiempo solicitado, de cualquier declaración de impuestos por el último año y de una copia de cualquiera tarjetas del seguro (las tarjetas médicas y de la droga) a la hora de tu cita o en del plazo de los primeros 30 días. Debemos tener prueba de sueldo/salario para proporcionar ayuda mas allá de los 30 días. (Prueba de ingreso y aplicación debe ser proporcionada cada 6 meses)*

*La información que el proporcionado es correcta y completa. Entiendo que si he proporcionado la información falsa, seré eliminado del Programa Dispensario de la Esperanza.*

Rev 12/09/16

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Office use only**

Date of Application \_\_\_\_\_  
 Initials \_\_\_\_\_ Total Household Income \_\_\_\_\_ Number in Household \_\_\_\_\_  
 % assistance provided \_\_\_\_\_ (Source of Referral) SS MD STFHCW ROOM OTHER \_\_\_\_\_  
 Notes: \_\_\_\_\_