



Saint Thomas
WEST HOSPITAL

Plaza Farmacia - Dispensario de la Esperanza oeste

(Situado en el interior de Saint Thomas Hospital West)

(Plaza West Medical Building)

4230 Harding Road Suite A214, Nashville, TN 37205

Phone # 615-222-6216 Fax # 615-222-6189

Horario: lunes a viernes de 8 a.m.-4 p.m.

<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

--	--	--	--

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

Tele Cell Tele

¿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.

Firma del paciente _____
Fecha **Rev 12/09/16**

Office use only

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