



THE FREE CLINIC OF MERIDIAN

4707 Poplar Springs Drive
Meridian, MS 39305

601-286-5551

freeclinicofmeridian@gmail.com

Los pacientes se ven con cita previa servicios después de la verificación de la solicitud

La clínica gratuita de Meridian proporciona servicios de salud diagnóstico como, (diabetes, hipertensión, enfermedades respiratorias, etc.), medicina preventiva (control de la presión arterial, pruebas de colesterol, etc.) y educación sanitaria sin costo alguno. Todos los servicios son proporcionados por proveedores médicos voluntarios.

ser elegible para el servicio, Individuos deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Estar sin seguro médico y ser inelegible para Medicaid o Medicare.
2. Tener entre 19 y 64 años.
3. Tener un ingreso familiar total no superior al 200% de las pautas federales de pobreza (ver abajo)
4. Presentar una tarjeta de identificación con foto (licencia de conducir, ID de estudiante, etc.)
5. Proporcione un número de seguro social
6. Presente Comprobante de ingresos--talón de pago actuales, W2 Formas , Declaración de impuestos comprobante renta, cupones de alimentos, manutención de niños, etc. de todos los miembros del hogar
7. La información presentada será verificada antes de la aceptación como paciente En la clínica gratuita de Meridian.

Horas clínicas

Lunes Miércoles Jueves 9:00-12:00; 1:00-4:00

Martes 5:00-8:00PM

Por favor, llegue 1 hora antes de su cita, o para presentar una solicitud.

Cerrado en semana de acción de gracias y Navidad

Por favor, llame 601-286-5551 para confirmar las horas, ya que pueden variar

2019 niveles federales de pobreza	
Tamaño de la familia	Mensual
1	\$2,082
2	\$2,818
3	\$3,555
4	\$4,292
5	\$5,028
6	\$5,765
7	\$6,502
8	\$7,238

Cada persona adicional, añade \$736

Clínica gratuita de Meridian

Historial de salud del paciente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Quién es su médico de cabecera? o proveedor de atención médica? _____ Fecha de la última visita al medico _____

Razón por la cual busca atención médica _____

Comprobar Sí Si ha tenido alguno de los siguientes:

Sí		Cuando se diagnostica	Sí		Cuando se diagnostica
	Asma			Insuficiencia cardíaca congestiva	
	Enfisema			Ataque cardíaco	
	Presión arterial alta			Colesterol alto	
	Diabetes			Cáncer	

Enumere cualquier otro problema de salud:

Enumere todas las cirugías y hospitalizaciones:

Tipo de cirugía	Fecha	Razón de hospitalización	Fecha

¿Es alérgico a algo? # _ No # _ Sí Si es así, por favor enumere las alergias _ _____

Enumere todos los medicamentos que este tomando (incuyendo vitamins)

¿Está usted actualmente fuera de algún medicamento? # _ Sí ___ No

Grado más alto completado en escuela _____ Ocupación _____

Firma del paciente

Fecha

Clínica gratuita de Meridian

Autorización para verificar la información del paciente

Nombre (por favor Imprimir)

Fecha de Nacimiento _____

numero de seguro social _____

Por la presente autorizo a la clínica gratuita de Meridian para verificar mis ingresos y disponibilidad de seguro poniéndose en contacto con mi empleador, el empleador de mi cónyuge, la oficina de Medicaid de Mississippi, y/o la oficina de Medicare.

Entiendo que tener un ingreso familiar por encima del 200% del nivel federal de pobreza para un hogar de mi talla o tener cualquier tipo de seguro me descalificará de recibir atención en la clínica gratuita de Meridian.

Firma

Fecha

Clinica gratuita de Meridian

Nombre (por favor Imprimir) _____

Fecha de Nacimiento _____

Reconocimiento de prácticas de privacidad:

He recibido el aviso de prácticas de privacidad, y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo. Reconozco que entiendo el aviso que se me ha proporcionado.

Firma _____ Fecha _____

Renuncia de responsabilidad:

Entiendo que los proveedores médicos en la clínica gratuita de Meridian han acordado proporcionarme la atención médica necesaria sin compensación debido a mi incapacidad para pagar. Deseo que me provean estos servicios y estoy dispuesto a renunciar a mi derecho a tomar acciones legales contra los proveedores médicos en la clínica gratuita de Meridian por negligencia que no sea de naturaleza un Deliberada o bruto

Firma _____ Fecha _____

Consentimiento al tratamiento

Por la presente solicito que una persona autorizada por la clínica gratuita de Meridian proporcione una evaluación, pruebas y tratamiento apropiados (incluyendo un medicamento anticonceptivo o un dispositivo si lo solicito). También autoriza a la clínica gratuita de Meridian a transferir mis expedientes medicos a petición de otros proveedores médicos para asegurar la continuidad de la atención cuando he estado en otro lugar para los servicio médicos. También entiendo que si las pruebas para ciertas infecciones de transmisión sexual son positivas, la ley exige que se informe de los resultados positivos a las agencias de salud pública.

Firma _____ Fecha _____

Clinica gratuita de Meridian
Formulario de información de contacto de HIPAA

Personas autorizadas para recibir mi Información medica:

(Incluya el nombre completo, relación y número de teléfono)

Nombre:	Relación:	Numero de Telefono:

Entiendo y dirijo que esta autorización permanecerá en vigencia hasta que se revoca Por me por escrito.

Nombre Imprimido

Firma

DOB _____

Fecha: _____

PreguntaNAIRE PARA PACIENTES SIN INGRESOS

Si actualmente no tiene ingresos que entran en su hogar, por favor conteste lo siguiente:

1. ¿Alguien en su hogar recibió ingresos este mes, tales como dinero en efectivo, cheques, regalos? # Sí No
Si es así, ¿cómo mucho?

2. ¿Ha recibido asistencia financiera a través de cualquiera de los siguientes agencias comunitarias en los últimos tres meses?
 - a. Multi-Condado Sí Cantidad No
 - b. Casa de Wesley Sí Cantidad No
 - c. Ejército de salvación Sí Cantidad No
 - d. Dhs/SSI Sí Cantidad No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de asistencia recibió?

3. ¿Recibe manutención de menores? Sí No. __

4. ¿Cómo pagas tus facturas mensuales? Esto incluye alquiler, factura de luz, teléfono, gas, comida.
