



THE FREE CLINIC OF MERIDIAN

4707 Poplar Springs Drive
Meridian, MS 39305

601-286-5551

freeclinicofmeridian@gmail.com

Los pacientes se atienden con cita solamente, 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.

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

1. Estar sin seguro médico y ser inelegible para Medicaid o Medicare.
2. Elegible para Medicare edades 19 -64.
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, Martes, Jueves 9:00-12:00; 1:00-4:00

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

200% of 2024 Federal Poverty Guidelines

200 % de 2024 pautas federales de pobreza

Family Size Monthly

Tamaño de la familia Mensual

1 \$ 2,510

2 \$ 3,407

3 \$ 4,303

4 \$ 5,200

5 \$ 6,097

6 \$ 6,993

7 \$ 7,890

8 \$ 8,787

Each additional person in the household,
add \$448.33 per month.

Cada persona adicional en el hogar,
añadir \$448.33 por mes

Free Clinic of Meridian Registro del Paciente

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ # de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Numero Celular: _____ Numero de Trabajo: _____

Otro Numero de Teléfono: _____ Podemos dejarle un mensaje? si no

Dirección de Correo electrónico: _____ Ciudadano Estadounidense: si no

Cuántas Personas viven en su casa? _____ Cuales son sus edades? _____

Ingreso Actual de todo el Hogar: _____ por: semana mes año

Tu empleador: _____ Numero de teléfono de su empleador: _____

Nombre de tu esposo/a: _____

El empleador de tu esposo/a: _____ El numero de teléfono del empleador de su esposo/a
: _____

Esta usted Deshabilitada/o Desempleada/o Usted a aplicado para discapacidad? Si No Usted a aplicado para
Desempleo? Si No

Ingreso de Discapacidad _____ por mes año Ingreso de Desempleo _____ por mes año

Usted tiene algun tipo de Aseguranza? Trabajo Medicare Medicaid Otro

¿Usted ha aplicado por Medicare o Medicaid? Si No En caso afirmativo, se le negó la aplicación? si no

En caso afirmativo, por que se le negó la
aplicacion? _____

Estado Matrimonial: Casada/o Soltera/o Viuda/a Divorciada/o

Etnicidad: Afroamericana/o Blanca/o Hispana/o Asiática/o Otro

¿Quien lo refirió a nuestra Clínica? _____

Contacto de Emergencia: _____ # de telé fono del contacto de
Emergencia _____

_____ Fecha

_____ Firma del Paciente

Office Use Only

Eligible Ineligible(explain below) name of reviewer _____ date _____

If ineligible, why? insured Medicaid Medicare under 19

above income requirments other _____

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 médico _____

Razón por la cual busca atención médica _____

Comprobar Sí Si ha tenido alguno de los siguientes:

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

Algun 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 indique sus alergias: _____

Enumere todos los medicamentos que este tomando (incuyendo vitamins)

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

Grado más alto completado de escuela _____ Ocupación _____

Firma del paciente

Fecha

Free Clinic of Meridian

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Privacy Practices Acknowledgement Reconocimiento Practicas de Privacidad.

He recibido aviso de Practicas de Privacidad y se me a otorgado la oportunidad de revisarlo.
Reconozco y entiendo la informacion que se me a proporcionado.

Firma _____ Fecha _____

Waiver of Liability Renuncia de Responsabilidad.

Entiendo que los proveedores medicos en la Clinica Gratuita de Meridian han acordado proporcionarme atencion medica necesaria sin compensacion 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 medicos en la Clinica Gratuita de Meridian por negligencia que no sea de naturaleza un deliberada o bruto.

Firma _____ Fecha _____

Consent to Treatment Consentimiento de Tratamiento

Por la presente solicito que una persona autorizada por la clinica gratuita de Meridian proporcione una evaluacion, exámenes, pruebas y tratamiento apropiado (incluyendo un medicamento anticonceptivo o un dispositivo si lo solicito) Tambien autorizo ala clinica gratuita de Meridian a transferir mis expedientes medicos a peticion de otros proveedores medicos para asegurar la continuidad de la atencion medica. Tambien entiendo que si las pruebas para ciertas infecciones de tranmision sexual son positivas, La ley exige que se informe de los resultados positivos alas agencias de salud publica.

Firma _____ 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
HIPAA informacion de Contactos

Personas autorizadas para recibir mi informacion medica

(Incluye nombre completo, relacion , y numero de telefono)

Nombre:	Relacion	Numero de Telefono

Yo entiendo la autorizacion que les doy, y puedo hacer cambios cuando yo quiera por escrito.

X

Printed Name

X

Signature

Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____

CUESTIONARIO 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, ¿cuanto? _____

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. Salvation Army 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 (renta), factura de luz, teléfono, gas, comida.
