



## Solicitud de Pacientes para el Programa Quirúrgico de The Vision Project

\*Por favor complete la totalidad de la solicitud, proporcionando tanta información como sea posible. No hacerlo puede resultar en la demora de la revisión de su solicitud o de su consideración para candidatura.

### 1. Información demográfica del paciente

PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO		
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
TELÉFONO DEL HOGAR	TELÉFONO DIURNO		TELÉFONO MÓVIL		
DIRECCIÓN					
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	IDIOMA PRINCIPAL	¿NECESITA INTÉRPRETE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
** El estatus de inmigración dado a continuación es privado. Solo lo utilizamos para ayudarnos a determinar si puede ser elegible para cualquier otro de los programas de asistencia disponibles. También se utiliza para determinar si el paciente se encontrará en EE. UU. para los periodos adecuados de pre y postoperatorio.					
ESTATUS DE INMIGRACIÓN (si aplica) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> No aplica		¿EL PACIENTE TIENE UN FINANCIADOR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE LLEGADA A EE. UU.	SI SE ENCUENTRA DE VISITA, ¿CUÁL ES LA DURACIÓN DE SU ESTADÍA?	

### 2. Información de contacto (omite si es la misma que la anterior)

PRIMER NOMBRE		APELLIDO			
TELÉFONO DEL HOGAR	TELÉFONO DIURNO		TELÉFONO MÓVIL		
DIRECCIÓN			IDIOMA PRINCIPAL		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	RELACIÓN CON EL PACIENTE		

### 3. Servicios de atención oftalmológica o procedimiento(s) solicitado(s)

PROCEDIMIENTO(S) RECOMENDADO(S)		
CUÁL OJO <input type="checkbox"/> DERECHO <input type="checkbox"/> IZQUIERDO <input type="checkbox"/> AMBOS	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN	NOMBRE DEL MÉDICO/UBICACIÓN DEL ÚLTIMO EXAMEN
POR FAVOR ENVÍE EL RESUMEN/NOTAS DE LA VISITA MÁS RECIENTE: <input type="checkbox"/> Adjuntos <input type="checkbox"/> Solicitados (Fecha de la solicitud _____) <input type="checkbox"/> Enviados <input type="checkbox"/> No disponibles _____		

### 4. Estatus del seguro del paciente

¿EL PACIENTE TIENE SEGURO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	EN CASO DE QUE NO, ¿HAN SOLICITADO ASISTENCIA MÉDICA ESTATAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RAZÓN DE LA INELEGIBILIDAD (SI APLICA)
SI EL PACIENTE TIENE SEGURO, INDIQUE EL NOMBRE DEL PLAN	NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO

### 5. Información del hogar

Por favor indique a TODOS los miembros que residen en el mismo hogar. Estos pueden ser cónyuge, hijos, padres, otros dependientes, familiares, compañeros de cuarto, etc. La información completa del hogar es necesaria para la calificación general.

ESTATUS DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Se queda con alguien <input type="checkbox"/> Otro _____			
1. NOMBRE Y APELLIDO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	EDAD	SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> N/A
2. NOMBRE Y APELLIDO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	EDAD	SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> N/A
3. NOMBRE Y APELLIDO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	EDAD	SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> N/A
4. NOMBRE Y APELLIDO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	EDAD	SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> N/A
5. NOMBRE Y APELLIDO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	EDAD	SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> N/A
6. NOMBRE Y APELLIDO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	EDAD	SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> N/A
7. NOMBRE Y APELLIDO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	EDAD	SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> N/A
8. NOMBRE Y APELLIDO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	EDAD	SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> N/A

## 6. Ingreso del paciente y del hogar e información laboral adicional

(Por favor incluya información sobre ingresos y empleo para TODOS los miembros del hogar)

<b>NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR (1)</b>		
NOMBRE DEL EMPLEADOR		OCUPACIÓN
SALARIOS/PROPINAS (SIN DESCONTAR LOS IMPUESTOS) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA
OTROS INGRESOS <input type="checkbox"/> Desempleo: \$ _____/ semana <input type="checkbox"/> Seguro Social: \$ _____/ mes <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): \$ _____/ mes		<input type="checkbox"/> Pensión/retiro: \$ _____/ mes <input type="checkbox"/> Manutención infantil o conyugal <input type="checkbox"/> Otro: _____ \$ _____/ mes
<b>NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR (2)</b>		
NOMBRE DEL EMPLEADOR		OCUPACIÓN
SALARIOS/PROPINAS (SIN DESCONTAR LOS IMPUESTOS) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA
OTROS INGRESOS <input type="checkbox"/> Desempleo: \$ _____/ semana <input type="checkbox"/> Seguro Social: \$ _____/ mes <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): \$ _____/ mes		<input type="checkbox"/> Pensión/retiro: \$ _____/ mes <input type="checkbox"/> Manutención infantil o conyugal <input type="checkbox"/> Otro: _____ \$ _____/ mes
<b>NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR (3)</b>		
NOMBRE DEL EMPLEADOR		OCUPACIÓN
SALARIOS/PROPINAS (SIN DESCONTAR LOS IMPUESTOS) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA
OTROS INGRESOS <input type="checkbox"/> Desempleo: \$ _____/ semana <input type="checkbox"/> Seguro Social: \$ _____/ mes <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): \$ _____/ mes		<input type="checkbox"/> Pensión/retiro: \$ _____/ mes <input type="checkbox"/> Manutención infantil o conyugal <input type="checkbox"/> Otro: _____ \$ _____/ mes
<b>NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR (4)</b>		
NOMBRE DEL EMPLEADOR		OCUPACIÓN
SALARIOS/PROPINAS (SIN DESCONTAR LOS IMPUESTOS) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA
OTROS INGRESOS <input type="checkbox"/> Desempleo: \$ _____/ semana <input type="checkbox"/> Seguro Social: \$ _____/ mes <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): \$ _____/ mes		<input type="checkbox"/> Pensión/retiro: \$ _____/ mes <input type="checkbox"/> Manutención infantil o conyugal <input type="checkbox"/> Otro: _____ \$ _____/ mes

## 7. Facturas/obligaciones mensuales del hogar

Por favor indique todas las facturas, pagos u otras obligaciones financieras mensuales para todo el hogar. Puede que la lista a continuación no sea inclusiva para cada solicitante, así que agregue cualquier elemento que aplique para usted que no se encuentre a continuación.

TIPO DE FACTURA/OBLIGACIÓN	CANTIDAD MENSUAL EN \$	¿EL PACIENTE ES DIRECTAMENTE RESPONSABLE DEL PAGO COMPLETO/PARCIAL?
HIPOTECA/ALQUILER		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
SERVICIO PÚBLICO - GAS		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
SERVICIO PÚBLICO - ELECTRICIDAD		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
SERVICIO PÚBLICO - BASURA		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
SERVICIO PÚBLICO - AGUA/ALCANTARILLADO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
TELÉFONO - CELULAR/OTRO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
CABLE/INTERNET		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
PAGO DE AUTOMÓVIL		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
SEGURO DE AUTOMÓVIL (mensual)		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
FACTURAS MÉDICAS - PACIENTE		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
FACTURAS MÉDICAS - OTROS MIEMBROS		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
MEDICAMENTOS - PACIENTE		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
MEDICAMENTOS - OTROS MIEMBROS		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
DEUDA DE LA TARJETA DE CRÉDITO	PAGO MENSUAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
SALDO TOTAL \$ _____		
COMESTIBLES/ALIMENTOS		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
OTRO - por favor indique		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial
OTRO - por favor indique		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ _____ Si es parcial

**8. POR FAVOR PROPORCIONE UN RESUMEN DE POR QUÉ SIENTE QUE DEBERÍA SER CONSIDERADO CANDIDATO PARA RECIBIR SERVICIOS DE ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA GRATUITA A TRAVÉS DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO DE THE VISION PROJECT. INCLUYA MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE: SUS INTERESES, ACTIVIDADES DIARIAS, DIFICULTADES DEBIDO A PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS Y CUALQUIER OTRA CIRCUNSTANCIA ATENUANTE QUE INFLUYA EN EL PACIENTE.**

**Declaro que todas las partes de esta solicitud son declaraciones verdaderas y correctas, a mi leal saber. Entiendo que los detalles de esta solicitud únicamente son utilizados para determinar mi estatus financiero general y posible elegibilidad para las citas quirúrgicas de The Vision Project.**

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**THIS PAGE IS FOR OFFICE USE ONLY / ESTA PÁGINA ES SOLO PARA USO OFICIAL**

Date of Initial Contact		Contact Method	
Date Application Received	Complete?	Follow Up Required?	Date Medical Record Received
Follow Up Questions			
Total Household Income	Total Monthly Bills/Payments	Potential Funds Available	Financially Qualified for Charity Outreach Program?
<p>1. NextGen Chart Created    Y   N</p> <p>2. Medical Record Scanned    Y   N</p> <p>3. Interpreter Required        Y   N</p> <p>4. Scheduling Manager Notified    Y   N</p> <p>5. Evaluation Scheduled        Y   N</p> <p>6. Surgery Ordered/Scheduled      Y   N</p>			

