

St. Clair Community Health Clinic – Formularios de Admisión (Traducción literal al español)

Este paquete es una traducción literal del documento original en inglés (SCCHC Intake Forms 2025).

Se mantienen el significado y el orden del contenido. Los espacios en blanco (_____) se dejan para que el paciente los complete.

ST. CLAIR COMMUNITY HEALTH CLINIC

"MENTES QUE SANAN • CORAZONES QUE CUIDAN"

205 Edwin Holladay Place, Suite 125, Pell City, AL 35125 205.338.4806

Documentos necesarios para la admisión en la clínica

1. Licencia de conducir o forma de identificación y Número de Seguro Social
2. Comprobante de residencia (factura de servicios/correo con dirección del Condado de St. C
3. Comprobante de ingresos (declaración de impuestos 2024, W2, talones de pago de un mes, et
a. Si NO HAY INGRESOS, se puede firmar una Declaración de ingreso CERO,
pero debe tener una carta de la persona o personas que le ayudan
a cubrir sus necesidades.
4. Información suplementaria (p. ej., ingreso del Seguro Social o carta de cupones de alimen
5. Carta de denegación de Medicaid (esto es gratis y debe obtenerse del Departamento de Salu
(No tiene que solicitar Medicaid, pero debe proporcionar prueba de que no está asegurado
6. Pago de \$20 (efectivo, crédito o tarjeta de débito; esto cubre el pago de la Cita de Admi
y la Cita de Admisión con Enfermería).

¡Bienvenido(a) a St. Clair Community Health Clinic!
Estamos emocionados de que usted esté aquí.

¿Qué puede esperar de nosotros?

Nosotros:

1. Le proporcionaremos un hogar médico de atención primaria si usted:
 - a. es residente del Condado de St. Clair, AL
 - b. tiene entre 19 y 64 años
 - c. NO tiene Medicaid, Medicare ni ninguna forma de seguro o cobertura de atención médica
2. Ofreceremos servicios de salud holísticos que abordan el cuerpo, la mente y el espíritu
3. Le trataremos con respeto y dignidad
4. Respetaremos su tiempo con tiempos de espera cortos para ver a los proveedores y particip

¿Qué se esperará de usted?

1. Como clínica holística, tenemos varios servicios especializados que incluyen, entre otros salud conductual, servicios sociales, asesoría dietética, terapia de ejercicio, etc. Junto con usted, nuestro equipo identificará servicios holísticos que le sean útiles. Como paciente registrado de la clínica, esperamos que usted participe en estos servicios
2. Operamos por horarios de cita. Esperamos que usted haga y mantenga sus citas. Si no puede asistir a una cita, esperamos que llame para cancelar/reprogramar su cita para que otros pacientes puedan ser atendidos. Si falta a 3 citas sin cancelar, usted está sujeto(a) a ser dado(a) de baja de la clínica.
3. Hay una tarifa de \$20 por el servicio del proveedor que se debe pagar en el momento de la cita. Los servicios holísticos se proporcionarán sin costo o con costo mínimo para los paciente
4. SCCHC cuenta con personal voluntario que está aquí donando su tiempo para ayudarle como s. Nuestro personal le atenderá con respeto y atención de alta calidad. A su vez, esperamos sea tratado con respeto. Si surgiera un desacuerdo o un uso indebido de esta asociación, la clínica se reserva el derecho de discontinuar los servicios.
5. Reconozca que no recetamos narcóticos u otras sustancias controladas y no las mantenemos

Al firmar abajo, usted acepta cumplir con las expectativas anteriores.

Firma del paciente _____ Firma del personal _____

Consentimiento para la divulgación de expedientes médicos

Yo, el/la abajo firmante, soy paciente de St. Clair Community Health Clinic. Autorizo a St. Clair Community Health Clinic a obtener de usted y le autorizo a usted a divulgar mis expedientes médicos completos o cualquier parte de los mismos.

El propósito de esta solicitud es para la continuidad de mi atención médica.

Usted está autorizado(a) a proporcionar esta información por fax o correo postal de EE. UU.

Expedientes médicos

St. Clair Community Health Clinic

205 Edwin Holladay Place

Pell City, AL 35125

Teléfono: 205.338.4806

Fax: 205.338.4476

Si mis expedientes médicos que usted mantiene incluyen información relacionada con:

- a. Enfermedad de transmisión sexual
- b. Enfermedad que por ley debe reportarse al Departamento de Salud del Condado
- c. VIH/SIDA
- d. Tratamiento por abuso de alcohol y drogas
- e. Servicios de salud mental/conductual

Yo autorizo específicamente la divulgación de toda esta información a St. Clair Community Health Clinic.

Entiendo que, si en el curso de mi atención médica, St. Clair Community Health Clinic determina que una remisión es necesaria, la información proporcionada bajo este consentimiento, o una parte de la misma, puede ser divulgada para ayudar en la continuidad de mi atención médica. También entiendo que la información proporcionada bajo este consentimiento puede ser divulgada a cualquier nuevo proveedor médico.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del testigo _____

Consentimiento para divulgar información

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Cualquier miembro del personal de St. Clair Community Health Clinic tiene mi permiso para hacer un historial de mi vida y condiciones médicas, lo cual puede incluir síntomas, tratamientos, diagnóstico, resultados de laboratorio, medicamentos, o cualquier otro tipo de información de salud protegida, con las siguientes excepciones: _____ y coordinar la atención, el tratamiento y el pago.

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Entiendo que autorizar la divulgación de mi información a las personas indicadas arriba es voluntario y me da acceso al tratamiento. Puedo negarme a firmar este formulario si no he listado a nadie. Puedo hacerlo en cualquier momento notificando por escrito a St. Clair Community Health Clinic o completando y devolviéndolo a St. Clair Community Health Clinic.

Firma del paciente o parte responsable _____ Fecha _____

St. Clair Community Health Clinic
205 Edwin Holladay Place
Pell City, AL 35125
Teléfono: 205.338.4806

LIBERACIÓN

Autorizo la liberación y divulgación de cualquiera o todos mis expedientes o informes médico a cualquier otro proveedor de atención médica que pueda ser de ayuda, en opinión del persona y/o para asistir en cualquier beneficio médico para el cual el paciente pueda estar califica

Permito transmisiones por fax de mis expedientes médicos si es necesario.

Autorizo el tratamiento por los proveedores y el personal de St. Clair Community Clinic.

He leído y entiendo completamente.

Ponga sus iniciales en lo siguiente para reconocer la recepción y los permisos:

____ Aviso de prácticas de privacidad

____ Acuerdo del paciente

____ Permisos para obtener mi historial de medicamentos

Firma del paciente _____ Fecha _____

St. Clair Community Health Clinic
205 Edwin Holladay Place
Pell City, AL 35125
Teléfono: 205.338.4806

ST. CLAIR COMMUNITY HEALTH CLINIC
DECLARACIÓN JURADA DE INGRESO CERO

(Para ser completada por el paciente que solicita servicios)

Nombre del hogar: _____
Dirección de la propiedad: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

1. Yo, _____, por la presente certifico que no recibo individualmente i
- a. Salarios por empleo (incluyendo comisiones, propinas, bonificaciones, honorarios, pago participación en utilidades, etc.);
 - b. Ingresos por operación de un negocio;
 - c. Ingresos por alquiler o regalías de propiedad real o personal, o ganancia por la venta
 - d. Intereses o dividendos de activos;
 - e. Pagos del Seguro Social, anualidades, beneficios de pólizas de seguro, distribuciones
 - f. Pagos de desempleo o discapacidad;
 - g. Pago por separación;
 - h. Pagos de asistencia pública;
 - i. Asignaciones periódicas como pensión alimenticia, manutención de menores o regalos per
 - j. Beneficios para veteranos;
 - k. Ganancias de juegos de azar;
 - l. Cualquier otra fuente no nombrada arriba.

2. Actualmente no tengo ingresos de ningún tipo y no se espera un cambio inminente en mi est

Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es verd
Además, entiendo que proporcionar representaciones falsas aquí constituye un acto de fraude.
con el propósito específico de determinar la elegibilidad para recibir asistencia a través d
relacionadas que puedan apoyar y complementar la atención. Si se solicita, cooperaré plename
para verificar la información proporcionada aquí.

Nombre impreso del solicitante _____
Firma del solicitante _____
Número de licencia de conducir _____ Fecha _____

Juramentado y suscrito ante mí en este ____ día de _____, 2025.

Notario público _____ Mi comisión expira: _____

CARTA DE APOYO

Fecha: _____

Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento del solicitante _____

Nombre de la persona que apoya _____

Relación de la persona que apoya con el solicitante: _____

Número de teléfono de la persona que apoya: _____

Esta carta certifica que (nombre del paciente) _____
recibe muy poco/ningún ingreso y que yo estoy ayudando con sus gastos de vida.

Por favor marque una de las siguientes opciones:

___ Opción 1: El solicitante vive conmigo y yo proporciono todo el apoyo financiero, vivien

___ Opción 2: Proporciono al solicitante \$_____ por mes en asistencia financiera.

Firma de la persona que apoya _____ Fecha _____

St. Clair Community Health Clinic
205 Edwin Holladay Place
Pell City, AL 35125
Teléfono: 205.338.4806

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER SEGURO

Yo, _____, por la presente afirmo que no tengo seguro de salud privado Tampoco tengo beneficios de Medicare o Medicaid. No tengo cobertura de seguro de salud bajo ni ninguna otra entidad.

Según mi mejor conocimiento, estas declaraciones son verdaderas y correctas.

Nombre impreso _____

Firma _____

Juramentado y suscrito ante mí en este ____ día de _____, 2025.

Notario público _____ Mi comisión expira: _____

St. Clair Community Health Clinic
205 Edwin Holladay Place
Pell City, AL 35125
Teléfono: 205.338.4806

DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Texto (SMS): Sí No

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia:

Contacto # _____

Relación: _____

Alternativo # _____

Nombre: _____

Relación: _____

Alternativo # _____

Nombre: _____

Relación: _____

Alternativo # _____

Nombre: _____

Relación: _____

UAB St Vincent's
Ascension St Vincent's Birmingham
Resumen de la Política de Asistencia Financiera

UAB St Vincent's, incluyendo los ministerios de salud listados arriba, tiene un compromiso y con una preocupación especial por quienes enfrentan barreras para acceder a servicios de atención médica igual para administrar sus recursos de atención médica como un servicio a toda la comunidad. UAB St Vincent's proporciona asistencia financiera para ciertos individuos que reciben atención de Ascension St Vincent's. Este resumen proporciona una breve descripción general de la Política

¿Quién es elegible?

Usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera si vive en los condados de Jefferson, Talladega o Walker. La asistencia financiera generalmente se determina por su ingreso total. Si su ingreso es menor o igual al 250% del Nivel Federal de Pobreza, usted puede recibir una reducción de los cargos por la cual usted es responsable. Si su ingreso está por encima del 250% pero usted puede recibir tarifas con descuento en una escala móvil. Si usted tiene deuda médica que excede su ingreso, usted puede ser elegible para un descuento. Si usted tiene activos en el Nivel de Pobreza, es posible que no califique para asistencia financiera. A los pacientes que son elegibles para atención médica que los montos generalmente facturados a pacientes con cobertura de

¿Qué servicios están cubiertos?

La Política de Asistencia Financiera aplica a la atención de emergencia y otra atención médica de Asistencia Financiera. Toda otra atención no está cubierta por la Política de Asistencia

¿Cómo puedo solicitar?

Para solicitar asistencia financiera, típicamente usted completará una solicitud por escrito como se describe en la Política de Asistencia Financiera y en la solicitud de la Política de

¿Cómo puedo obtener ayuda con una solicitud?

Para ayuda con una solicitud de la Política de Asistencia Financiera, usted puede contactar a la Oficina de Consejero(a) Financiero(a)
Número de teléfono: 844-483-7710

¿Cómo puedo obtener más información?

Copias de la Política de Asistencia Financiera y del formulario de solicitud están disponibles en Ascension St Vincent's. Copias gratuitas también pueden obtenerse por correo electrónico en <https://uabstvincents.org/billing/contact-billing-financial-services/>. Información adicional está disponible en Ascension UAB St Vincent's o por teléfono al 844-483-7710.

¿Qué pasa si no soy elegible?

Si usted no califica para asistencia financiera bajo la Política de Asistencia Financiera, usted puede solicitar una apelación. Para más información, por favor contacte a la Oficina de Consejeros Financieros en UAB St Vincent's.

Traducciones de la Política de Asistencia Financiera, la solicitud e instrucciones, y este resumen están disponibles en nuestro sitio web y bajo solicitud:

Inglés
Español
Chino simplificado
Chino tradicional

Idioma: Inglés

Solicitud de asistencia financiera

Información del paciente

(Escriba en letra de imprenta y todos los campos deben completarse. Indique N/A si no aplica)

Fecha: _____ Número de cuenta: _____

Nombre (nombre y apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Número de Seguro Social (opcional): _____

Empleador: _____ Estado de empleo: _____

Número de horas trabajadas por semana: _____ Teléfono del empleador: _____

Información de la parte responsable / información del tutor legal

(Si el paciente arriba es la misma persona que la parte responsable, deje esta sección en blanco)

Nombre (nombre y apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Número de Seguro Social (opcional): _____

Empleador: _____ Estado de empleo: _____

Número de horas trabajadas por semana: _____ Teléfono del empleador: _____

Información del cónyuge de la parte responsable

(Si el paciente es la misma persona que la parte responsable, llene la información del cónyuge)

Nombre (nombre y apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Número de Seguro Social (opcional): _____

Empleador: _____ Estado de empleo: _____

Número de horas trabajadas por semana: _____ Teléfono del empleador: _____

Dependientes de la parte responsable

(Si el paciente es la misma persona que la parte responsable, llene la información del cónyuge)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Número de adultos y niños que viven en el hogar _____

Ingreso mensual

(Llene los montos en dólares para cada elemento listado abajo. Proporcione el monto por mes

Ingreso ganado del solicitante _____	Manutención de menores recibida _____
Ingreso del cónyuge del solicitante _____	Pensión alimenticia recibida _____
Beneficios del Seguro Social _____	Ingreso por propiedad de alquiler _____
Ingreso por pensión/jubilación _____	Cupones de alimentos _____
Ingreso por discapacidad _____	Distribución de fondo fiduciario recibida _____
Compensación por desempleo _____	Otro ingreso _____
Compensación de trabajadores _____	Otro ingreso _____
Ingreso por intereses/dividendos _____	Ingreso bruto mensual total \$ _____

Gastos de vida mensuales

Hipoteca/alquiler _____	Manutención/pensión alimenticia _____
Servicios públicos _____	Tarjetas de crédito _____
Teléfono (línea fija) _____	Facturas de doctor/hospital _____
Teléfono celular _____	Seguro de auto _____
Comestibles/alimentos _____	Seguro de hogar/propiedad _____
Cable/Internet/TV satelital _____	Seguro médico/salud _____
Pago del auto _____	Seguro de vida _____
Cuidado de niños _____	Otro gasto mensual _____
Gastos mensuales totales \$ _____	

Activos

Efectivo/ahorros/cuentas corrientes _____

Acciones/bonos/inversiones/CD(s) _____

Otra propiedad inmobiliaria/residencia secundaria _____

Bote/RV/motocicleta/vehículo recreativo _____

Automóviles de colección/automóviles no esenciales _____

Otros activos _____

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y completa según mi mejor
 Por la presente autorizo al hospital a obtener información de agencias externas de informes

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Comentarios:
