



Aplicación para el Programa | *Servimos a Arapahoe, Douglas, y Elbert counties, con exclusión de la ciudad de Aurora*

Por favor llame para programar su cita, después de completar esta aplicación. Enviando su aplicación por correo retrasara el proceso de la inscripción. Si no viene a su cita, tiene que esperar un mes para obtener otra cita.

Por favor asegure completar cada pregunta completamente y junte todos sus documentos antes de programar su cita. Toda la información es mantenida confidencial.

MATERIALES REQUERIDOS (para todos los que contribuyen financieramente al hogar) **Fecha:** / /

Por favor utilice esta lista de comprobación para asegurar que tiene todas los materiales necesarios.	Incluido	No se aplica
1. TRES MESES de trozos de la paga (o todos los trozos de la paga si ha estado trabajando menos de tres meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. TRES MESES de expedientes de ganancias y pérdidas si trabaja independientemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. TRES MESES de declaraciones de cuentas de cheques y ahorros para cada miembro de la familia que es un adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cuentas medicas de los últimos TRES MESES (para la inscripción solamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. TRES MESES de verificantes de pagos médicos, NO incluyendo co-pagos a Doctors Care (por ejemplo: copias de envíos de dinero, cheques cancelados, o declaraciones demostrando pagos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. TRES MESES de pagos de la guardería (mientras los padres trabajan) o pagos del manutención del menor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Declaración de impuestos del ano pasado o todas sus formas W-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Prueba de la concesión de la cantidad para: desempleo, bonos de racionamiento, cubierta subvencionada, seguro social, servicios sociales, pagos del manutención del menor, concesiones de la educación o cualquier otros ingresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Declaraciones para todas acciones, enlaces, propiedad de terreno, valor de efectivo del seguro de vida, IRAs, 401Ks, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Prueba de renta pagada o declaración de la hipoteca (cheques cancelados o documento de arriendo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Correspondencia de amistad o miembro de su familia con quien vive, describiendo cuanto le paga en renta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Prueba de su dirección (por ejemplo: documento de arriendo, cuenta de teléfono o utilidad en su nombre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Correspondencia de amistad o miembro de su familia designando cualquier ayuda financiera que el o ella le da a usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Prueba de pagos de la cuota de una educación mas alta o pagos de prestamos de estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informacion de Aspirante Han aplicado usted o algún miembro de su familia para Doctors Care en el pasado? Sí No

Apellido _____ Nombre _____ Inicial Media _____ Fecha de Nacimiento _____

Numero de Seguro Social _____ Estado de su Relación _____

Dirección de Calle _____ Numero de Apartamento o Unidad _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ Zona Postal _____ Alquila Posee

¿Planea mudarse en los 6 meses próximos? Sí No ¿Si sí, a donde? _____

Numero de teléfono: de la casa _____ celular _____ del trabajo _____

alternativo _____ Dirección de e-mail (correo electrónico) _____

Miembros de la familia del aspirante (incluye todos los miembros de la familia en el hogar, sin importar si están aplicando para Doctors Care).

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Numero de Seguro Social	¿Tiene actualmente Medicaid/CHP+ o otro seguro medico?	¿Necesita Doctors Care?
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Ingresos Domésticos Mensuales

<u>Tipo de ingreso</u>	<u>Cantidad Mensual</u>
Trabajo 1: _____	_____
Trabajo 2: _____	_____
SSI (día que comenzó <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>)	_____
SSDI (día que comenzó <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>)	_____
Pensión/Jubilación	_____
Desempleo	_____
Compensación del trabajador	_____
Pagos de la manutención del menor	_____
Regalos de amistades o familiares	_____
Bonos de vacionamiento	_____
Otro: _____	_____
Ingresos Total	_____

Gastos Domesticos Mensuales

<u>Tipos de Gasto</u>	<u>Cantidad Mensual</u>
Renta/Pago de Hipoteca	_____
Guardería	_____
Pago de la cuota de una educación mas alta	_____
Prèstamos para estudiantes	_____
Pagos del manutencion del menor	_____
Cuentas/Seguro Medical	_____
Todos otros gastos (comida, teléfono, utilidades, automóvil, etc.)	_____
Otro: _____	_____
Otro: _____	_____
Otro: _____	_____
Gastos Totales	_____

Otros Activos

<u>Tipos de activos</u>	<u>Valor actual</u>	<u>Tipos de activos</u>	<u>Valor actual</u>	<u>Saldo debido</u>
Cuenta bancaria(s)	_____	Coche(s)	_____	_____
IRA/401 K	_____	Casa(s)	_____	_____
Valors acciones/bondos	_____			

Por favor describa su situación de empleo o desempleo. _____

Fecha en que comenzó (/ /) Es: ¿estacional? ¿A lo largo de todo el año?

¿Con cuanta frecuencia le pagan? Cada semana Cada dos semanas Dos veces al mes Cada mes Otro

¿Son sus ingresos menos que sus gastos? Sí No Si sí, por favor explique qué medidas usted está tomando para resolver esta situación.

¿Son sus ingresos más que sus gastos? Sí No Si sí, por favor, explique como está manejando sus ingresos en exceso.

Por favor describa porque está aplicando para Doctors Care. _____

POR FAVOR, COPIE Y LLENE AMBOS LADOS PARA CADA ADULTO APLICANDO PARA EL PROGRAMA.

Historia de Salud Personal (Todas las preguntas en este cuestionario serán mantenidas confidencial. Incluye hojas adicionales si son necesarias.)

Nombre _____ Edad _____ Género _____ Altura _____ Peso _____
 Raza: Caucásico Negro/Afro-Americano Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska Isleno Pacífico Otro No deseo contestar
 Pertenencia Étnica: Hispano No-Hispano No deseo contestar
 Orientación sexual: Heterosexual Bisexual Homosexual Otro No estoy seguro/a No deseo contestar

This line to be filled out by eligibility counselor: BMI: _____ Underweight Normal weight Overweight Obese Severely Obese

Enumere otros problemas de salud

Cirugías y otras hospitalizaciones

Fecha	Razón	Hospitál

Enumere Sus Medicaciones

Nombre de Medicación	Fuerza	Cuántas veces tomado

Alergias

Nombre de Alergénico	Reacción que Tuviste

Chequeo del síntoma

Marque si usted ha tenido algún síntoma en una de las áreas notadas aquí y explique brevemente.

<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Circulación	Cambios recientes en: <input type="checkbox"/> Peso <input type="checkbox"/> Nivel de energía <input type="checkbox"/> Abilidad de dormir <input type="checkbox"/> Cualquier otro dolor o malestar:
<input type="checkbox"/> Cabeza/Cuello	<input type="checkbox"/> Espalda	
<input type="checkbox"/> Orejas	<input type="checkbox"/> Intestinal	
<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Vejiga	
<input type="checkbox"/> Garganta	<input type="checkbox"/> Intestino	
<input type="checkbox"/> Pulmones	<input type="checkbox"/> Ginecológico	
<input type="checkbox"/> Pecho/Corazón	<input type="checkbox"/> Prostata	

Sustancias Potencialmente Adictivas

(Por favor conteste honestamente. Todas sus respuestas serán mantenidas confidenciales)

Alcohol	¿Tomas alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuántas bebidas por semana? _____	
AUDIT <input type="checkbox"/>	¿Cuándo es la última vez que tomaste más de cuatro bebidas en un día? _____	
Tabaco	¿Usted utiliza actualmente el tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cigarrillos – paquetes por día _____	
QUIT MATERIALS <input type="checkbox"/>	Tabaco de mascar – cantidad por día _____ Pipa – cantidad por día _____ Cigarro – cantidad por día _____	
Drogas	¿Utiliza actualmente las drogas recreacionales o de calle? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
DAST <input type="checkbox"/>	¿Usted se ha dado las drogas de calle con una aguja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Prescripciones para manejar el dolor	¿Usted utiliza actualmente prescripciones para manejar el dolor ?	
SOAPP <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí—por favor continúe. <input type="checkbox"/> No—por favor pare aquí y firme la parte de abajo de esta forma	
	Por favor, Enumere todas las medicaciones y dosificación de dolor que usted está tomando actualmente.	¿Cuanto tiempo usted ha estado tomando esta medicación?
	Por favor enumere a todos los doctores que han prescrito las medicaciones de dolor para usted.	Enumere las fechas que usted ha visto a estos doctores.
	¿Cuál es la condición medica que le requiere tomar la medicación de dolor?	
	¿Usted piensa que necesitara medicación para manejar el dolor de largo plazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Cuándo anticipa poder parar de tomar la medicación de dolor? ¿O nunca?	
	¿Qué otras formas de terapia, si alguna, ha usted intentado para controlar su dolor (acupuntura, quiropráctica, terapia física, envases calientes o fríos, etc.)?	
	¿Si usted necesita ayuda para manejar el dolor crónico, estaría dispuesto a intentar estas terapias alternativas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

NEGACIÓN Y FIRMA

Certifico que mis respuestas son verdades y completas al mejor de mi conocimiento.

Si esta aplicación resulta en inscripción al programa, entiendo que información falsa o engañosa en mi aplicación o entrevista puede resultar en mi terminación inmediata.

Firma _____ Fecha _____