



## **Instrucciones de Aplicación**

**Por Favor incluya todo listo abajo (si aplicable) para procesamiento mas rápido.**

- La aplicación lleno completamente**
- De sobre de 17 años de edad, complete cuestionario conectado**
- Photos**
- Historiales Médicos, laboratorios, reportes de doctor etc.**
- Copia de tarjeta de seguro ( frente y atrás)**
- Si eres residente de US dar declaración de impuestos del ano**

### Requisitos de edad:

De sobre 17 anos de edad su aplicación debe ser aprobada por el Medical Program Committee que si junta siete veces al año. Si sobre de 20 años de edad el Medical Program Committee aprueba. Tu caso tendrá también que ser presentado a miembros de directores para la aprobación. Miembros de directores si junta nueve veces al año.

Si usted tiene cualquier pregunta por favor contactar:

Noemi Juarez  
Medical Assistant  
760-944-7774 Ext.113  
760-944-1729 fax  
[noemi@freshstart.org](mailto:noemi@freshstart.org)

Sólo para el uso de la oficina

Fecha recibido:  
Recibido por:

## SOLICITUD PARA SERVICIOS MÉDICOS

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Apartamento

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zona postal País

Condado en el que reside (sólo pacientes de EU) \_\_\_\_\_

Teléfono de día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\* Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

\*Si tiene 18 años o mayor, se requiere que envíe una carta junto con su solicitud en la que explique su situación y de que manera renovaría su vida al recibir los servicios de Fresh Start.

El paciente es ciudadano de \_\_\_\_\_ Idioma que habla el paciente y sus padres \_\_\_\_\_

Si no vive en EU ¿Cuenta el paciente y uno de los padres con pasaportes? \_\_\_\_\_ ¿Visas? \_\_\_\_\_ ¿Necesitan Transportación? \_\_\_\_\_

Describa brevemente el tipo de cirugía requerida y por qué razón la necesita: \_\_\_\_\_

El problema es relacionado a: a) Un defecto de nacimiento b) Un accidente o trauma c) Un acto de abuso físico  
d) Un ataque violento (si la víctima es mayor de 21 años, se requiere el reporte policíaco)

¿Tiene algún otro problema de salud? \_\_\_\_\_ ¿Alergias? \_\_\_\_\_

Escribe una lista de todo el medicamento que está tomando en este momento:

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Domicilio del padre/tutor: \_\_\_\_\_  
Calle Apartamento

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zona postal País

Teléfono de día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del padre/tutor (Día/Mes/Año): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

Nombre del médico del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido el paciente tratamiento médico para este problema?  
Sí \_\_\_\_\_ (favor de obtener todo el historial médico y fotografías recientes de frente y de perfil. No \_\_\_\_\_  
Envíe el historial médico y las fotografías con la solicitud).

¿El paciente tiene seguro médico?  
Sí \_\_\_\_\_ De que tipo: Inscrito en el seguro del estado \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Seguro privado \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

Si tiene seguro médico por favor adjunte una copia de los dos lados de su tarjeta de citas y una copia de la lista de los servicios que no son cubiertos por su seguro médico.









