



FARMACIA DEL BUEN SAMARITANO Y SERVICIOS DE SALUD, INC.  
2502 N. TAMIAMI TRAIL, NOKOMIS, FL 34275 (941)  
445-5687 TELÉFONO (941) 445-5688 FAX  
[www.goodsamrx.org](http://www.goodsamrx.org)

Nuestra misión: Proporcionar medicamentos y servicios médicos GRATUITOS a personas sin seguro, financieramente miembros necesitados de nuestra comunidad, para afectar positivamente su salud y calidad de vida.

Complete la solicitud y los formularios adjuntos. Presentar los formularios y documentos requeridos a nuestras oficinas. Asegúrese de firmar y fechar todos los formularios.

\_\_\_ Copia de la licencia de conducir o tarjeta de identificación que muestre la dirección actual. Si no tiene una identificación, envíe un correo que muestre su nombre y dirección postal.

\_\_\_ Copia de la última declaración de impuestos o carta de no presentación del IRS. Se debe completar un formulario 1040EZ o formulario 1040 del IRS. Si no está obligado a presentar una declaración, envíe una carta de no presentación del IRS (formulario 4506-T). \*

Verificación de ingresos de todas las fuentes para todo el hogar, incluido el cliente y su cónyuge, en forma de uno o más de los siguientes:

\_\_\_ Si usted o su cónyuge están empleados, adjunte copias de los recibos de pago de las últimas 4 semanas de todos los miembros del hogar.

\_\_\_ Si alguien en el hogar recibe beneficios del Seguro Social, adjunte una copia de la carta de concesión o una copia de su extracto bancario que muestre el monto del depósito directo.

\_\_\_ Si usted o su cónyuge reciben beneficios por desempleo, adjunte una copia de la carta de beneficios.

\_\_\_ Si declara cero ingresos, debe presentar una Declaración Jurada de Ingresos Cero NOTARIZADA y una Carta de Soporte con su aplicación.

\*Nuestros defensores de pacientes pueden ayudar a obtener estos documentos.

Devuelva la solicitud completa con los documentos requeridos a nuestras oficinas:

1. Llame y programe una cita para reunirse con un defensor
2. Envíelos por correo a Good Samaritan Pharmacy, 2502 North Tamiami Trail, Nokomis, FL 34275 o;
3. Envíe un fax al (941) 445-5688

Horas de oficina:

Lunes: 12 p. m. – 4 p. m.

Martes: 9 a. m. – 2:30 p. m.

Miércoles y viernes: 9 a. m. – 1 p. m. \*Solo para clientes preaprobados

Horario de farmacia en el lugar:

Martes: 9:30 a. m. – 2:00 p. m.

Miércoles: 17:30 - 20:30

Horario de la clínica sin cita previa:

Miércoles: 17:30 - 20:30

Se aceptan visitas sin cita previa

Citas aceptadas

Último check-in: 19:00

Oficina de North Sarasota: Betty J. Johnson Biblioteca pública de North Sarasota 2801 North Newtown Blvd. Sarasota, Florida, EE.UU.

Sólo jueves: 10:30 a. m. – 1:30 p. m.

941-861-1364

## Buen Samaritano Farmacia y Servicios de Salud, Inc. SOLICITUD

Fecha: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ ¿Casado? SN

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del cónyuge: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Apt / Unidad: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_  
electrónico: No compartimos esta información.

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de SS: \_\_\_\_\_ Género:  Macho  Femenino

¿Está empleado?: SN  ¿Recibe desempleo?: SN  ¿Recibe Seguro Social?: SN

¿Tienes seguro médico? YN  ¿Seguro de recetas? SN

¿ Parte A de Medicare? SN   ¿ Parte B de Medicare? SN   ¿ Parte D de Medicare? SN

¿Está usted en Medicaid? Sí No   En caso afirmativo, ¿tiene beneficios por necesidad médica/costo de participación? SN

¿Eres diabético? SN  ¿Prueba diaria? SN  ¿Es usted ciudadano estadounidense? SN Si no, ¿residente legal? SN

Raza: asiática  afroamericano  Hispano  Isleño del Pacífico Caucásico/Blanco  Otro: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_ Tamaño de la familia: Adultos \_\_\_\_\_ Niños \_\_\_\_\_

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR	CLIENTE	CÓNYUGE
Empleo	ps	ps
Jubilación del Seguro Social	ps	ps
Ingresos/Discapacidad del Seguro Social	\$\$	ps
Compensación por desempleo		ps
Ingresos de pensiones, anualidades o fideicomisos	ps	ps
Otros ingresos no enumerados:	\$\$	ps
Total parcial		ps
Ingreso mensual total del hogar	ps	

Información de contacto de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



FARMACIA DEL BUEN SAMARITANO Y SERVICIOS DE SALUD, INC.  
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL CLIENTE

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información. Por favor revíselo detenidamente.

ESTAMOS OBLIGADOS POR LEY A:

1. Asegúrese de que la información médica que lo identifica se mantenga privada.
2. Darle este aviso de deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica.
3. Siga los términos de este aviso.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED:

- ~~Para tratamiento:~~ Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que estén involucrados en su atención médica.
- ~~Para operaciones de atención médica:~~ podemos utilizar esta información para brindar la mejor atención médica posible según su información médica.
- ~~Aplicación de la ley:~~ Podemos divulgar su información si así lo solicita un agente de la ley.  
Los ejemplos incluirían una citación, citación judicial, testigo material fugitivo, personas desaparecidas, víctima de un delito, conducta delictiva o sobre una muerte, en circunstancias de emergencia, o para denunciar un delito.
- Todas las demás divulgaciones requieren una autorización escrita del paciente que puede ser revocada en cualquier momento.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA:

- Derecho a inspeccionar y copiar: puede solicitar una copia de su archivo; espere 10 días para su procesamiento.
- Derecho a modificar: puede pedirnos que actualicemos y cambiemos información incorrecta.
- Derecho a divulgaciones contables: por ejemplo, puede solicitar una lista detallada de recetas que el Good Samaritan Pharmacy & Health Services, Inc. ha abastecido por usted en los últimos 12 meses.
- Derecho a solicitar restricciones: por ejemplo, puede solicitar que no divulguemos partes específicas de su registros médicos a la familia.
- Derecho a comunicaciones confidenciales: por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en su casa.

NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE ACTUALIZAR Y CAMBIAR ESTE AVISO Y PUBLICAR UNA VERSIÓN CORRECTA DEL AVISO EN TODO MOMENTO. GOOD SAMARITAN PHARMACY & HEALTH SERVICES, INC. SE RESERVA EL DERECHO DE NEGAR EL SERVICIO A CUALQUIER INDIVIDUO EN CUALQUIER MOMENTO.

Al firmar a continuación, autorizo a cualquier miembro del personal o voluntario de Good Samaritan Pharmacy & Health Services, Inc., a actuar en mi nombre en cualquier ~~programa de asistencia del fabricante, consultorio~~ médico, plan de descuento de recetas médicas o cualquier cadena de farmacias minoristas para que puedan ayudar con conmigo al recibir mis medicamentos recetados y suministros médicos.

RECIBO Y ACEPTACIÓN: AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOCE QUE HA LEÍDO Y RECIBIÓ COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Good Samaritan Pharmacy & Health Services, Inc.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente (imprimir)

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del Cliente



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA VOLUNTARIO

CLÍNICA/PROGRAMA/PROVEEDOR: Good Samaritan Pharmacy & Health Services, Inc.

Sección 1

¿Tiene el cliente/paciente un seguro que cubra su condición de salud o dental? Sí NO \_\_\_\_\_

¿Alguien de la familia del cliente/paciente tiene una tarjeta de Medicaid de Florida activa? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la tarjeta y No. de Medicaid. \_\_\_\_\_

Nombre del cliente/paciente/jefe de familia: \_\_\_\_\_  
 (APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
 (CALLE) (ESTADO DE LA CIUDAD) (CÓDIGO POSTAL)

Teléfono o Número de Contacto: \_\_\_\_\_ Nombre del contacto: \_\_\_\_\_

Sección 2

Tamaño de la familia: Adultos \_\_\_\_\_ Menores de 18 años \_\_\_\_\_ 18-21--Estudiante \_\_\_\_\_ No nacido \_\_\_\_\_ Tamaño de la familia TOTAL \_\_\_\_\_

MIEMBROS DE LA FAMILIA NOMBRE (Nombre y Apellido)	FECHA DE NACIMIENTO	EMPLEADOR	BRUTO GANADO INGRESOS ÚLTIMOS 4 semanas	BRUTO NO GANADO INGRESOS ÚLTIMAS 4 SEMANAS (No incluya TCA ni ISS)
SER			ps	\$
CÓNYUGE / PAREJA			ps	ps
NIÑO			ps	ps
NIÑO			ps	ps
NIÑO			ps	ps
NIÑO			ps	ps
		TOTALES	ps	ps
		Agregar ganado y no ganado ingresos para determinar el total		INGRESOS TOTALES ps

Sección 3 CÁLCULO DEL PRESUPUESTO (Se completará si el ingreso familiar está por encima del nivel federal de pobreza).

Paso 1. "INGRESOS FAMILIARES TOTALES" para unidad familiar (ingresos devengados y no devengados). (1) \$ \_\_\_\_\_ (Arriba)

Paso 2. Reste \$90 por CADA miembro empleado de la unidad familiar. (2) \$ \_\_\_\_\_ (Menos)

(2a) \$ \_\_\_\_\_ (Total)

Paso 3. Reste el cuidado de niños PAGADO cada mes (hasta \$175 por niño de 2 años o más; hasta \$200 por niño menor de 2 años). (3) \$ \_\_\_\_\_ (Menos)

(3a) \$ \_\_\_\_\_ (Total)

Paso 4. Reste hasta \$50 por mes del total de manutención infantil recibida. (4) \$ \_\_\_\_\_ (Menos)

Paso 5. INGRESOS NETOS TOTALES (5) \$ \_\_\_\_\_ (Total)

Sección 4 UTILIZAR LAS PAUTAS FEDERALES DE POBREZA DEL AÑO ACTUAL PARA LA DETERMINACIÓN DE INGRESOS

Certifico con mi firma que, a mi leal saber y entender, la información anterior es una declaración verdadera y completa de mi situación financiera. Entiendo que la información que he proporcionado está sujeta a verificación por parte del Departamento de Salud. Reconozco que soy responsable de informar al Departamento de Salud de cualquier cambio en mi situación financiera o de seguro médico antes de mi próxima visita. Acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud.

FIRMA DEL CLIENTE/PACIENTE/PADRE O TUTOR Y FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE EN IMPRENTA DEL VOLUNTARIO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD O EMPLEADO \_\_\_\_\_

(VÁLIDO POR UN AÑO) Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_



Buen Samaritano Farmacia y Servicios de Salud Inc.  
2502 Norte Tamiami Trail, Nokomis, FL 34275

Historial confidencial de recetas Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Círculo uno: hombre      Femenino

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Apto/Unidad#: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Fuma usted? : Sí No

Alergias conocidas: X todas las que correspondan  
 Ninguna conocida  Penicilina  
 Sulfa  Aspirina  Codeína

Condiciones de salud: X todo lo que corresponda  
 Embarazo  Presión arterial alta  Enfermería  
 Colesterol alto  Glaucoma  Cardiovascular

Respiratoria  
 Alzheimer  
 Úlcera

Epilepsia  
 Tiroides  
 Próstata

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos recetados que esté tomando actualmente; consulte los frascos recetados

Nombre del medicamento	Fuerza	Frecuencia	# de recambios	N.º de receta fuera del frasco	Farmacia/N.º de teléfono	Nombre del médico/número de teléfono

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

¿Quiere tapas a prueba de niños en sus frascos de medicamentos recetados? sí No