

LISTA DE VERIFICACIÓN Y FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL DISPENSARIO DE ESPERANZA 2024

	Sí	No								
¿Es usted residente de los E.U. (ya sea documentado o indocumentado)?										
¿Tiene alguno de los siguientes seguros para medicamentos recetados? <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Parte D • Medicaid • TRICARE • Cobertura a través del Departamento de Asuntos de Veteranos de los E.U. (VA) • Cobertura de la Ley de Atención Médica Asequible 										
Si tiene seguro, ¿su seguro médico incluye un plan de beneficios para medicamentos recetados?										
¿Sus ingresos son inferiores al 300% del límite federal de pobreza FPL)? <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Tamaño del Hogar</th> <th>Ejemplos del FPL 300%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 persona</td> <td>\$45,180</td> </tr> <tr> <td>2 personas</td> <td>\$61,320</td> </tr> <tr> <td>3 personas</td> <td>\$77,460</td> </tr> </tbody> </table>	Tamaño del Hogar	Ejemplos del FPL 300%	1 persona	\$45,180	2 personas	\$61,320	3 personas	\$77,460		
Tamaño del Hogar	Ejemplos del FPL 300%									
1 persona	\$45,180									
2 personas	\$61,320									
3 personas	\$77,460									

Información del Perfil del Paciente (Por Favor Escriba en Letra de Imprenta)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Género (Masculino/Femenino/Otro): _____ Número Telefónico Preferido: _____

Dirección de Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Cómo se enteró de este programa? Proveedor Farmaceuta Otro: _____

Información sobre Alergias:

- ¿Alergias a Medicamentos? Sí No
- Si es Así, por favor enumere todas las alergias:
 - Aspirina
 - Penicilina
 - Tetraciclina
 - Codeína
 - Morfina
 - Drogas Sulfa
 - Marisco
 - Látex
 - ACE/ARBs
 - Otros: _____
- Por favor Enumere las reacciones que ocurren con cada alergia a medicamentos enumerados:

Por favor enumere todos los medicamentos que toma actualmente, incluidos los medicamentos de venta libre y los suplementos:

Certifico que toda la información anterior es verdadera y precisa. Entiendo que esta información se utilizará para determinar la elegibilidad para el Dispensario de Esperanza y sus sitios de acceso relacionados. Notificaré al personal sobre cualquier cambio en el empleo, los ingresos o el seguro antes de que se me surtan recetas adicionales.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Personal: _____ Fecha: _____

Por Favor envíe por fax este formulario completo a la Farmacia Minorista Inspira específica en la que desea obtener sus medicamentos: Mullica Hill 856-221-4300 o Vineland 856-221-4008