



Albrecht Free Clinic Application Form/Formulario de solicitud de La Clínica Gratis de Albrecht

**PATIENT INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Today's date/La fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Applicant - Full Legal Name/Aplicante- Nombre legal \_\_\_\_\_  
 Date of Birth/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sex: M F

*Si el paciente es un niño menor de edad (menor de 18 años), por favor indique el nombre del padre acompañante o guardián, y su relación al paciente.*

Parent/Guardian Name(s)/Nombre del padre/guardián(es): \_\_\_\_\_

Full legal name/ Nombre legal completo \_\_\_\_\_

Address/ Dirección \_\_\_\_\_

	Número	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Best phone number I can be reached at/Mejor número de teléfono al que puedo ser contactado (circule uno):					
	Home/Casa	Cell/Celular	Other/Otro		

Please list all available numbers below/ Por favor ponga todos los números disponibles abajo

Cell/Celular#	Home/Casa#	Other/Otro
---------------	------------	------------

Email Address/Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_  
 If none, please check box/Si no, por favor verifique en el cuadro

Marital status/Estado Civil: M/Casado(a) W/Viudo(a) S/Soltero(a) Veteran/Veterano?  Yes/Si  No  
 Sep./Separado(a) D/Divorciado(a)

RACE/RAZA:  Asian/Asiatico  Black/Negro  Latino/a  Native American/Nativo Americano  White/Blanco  
 Other/ Otro \_\_\_\_\_

Do you need transportation assistance to appointments/¿Necesita ayuda con el transporte a las citas?  
 Yes/Si  Sometimes/Algunas Veces  No

Primary language/Idioma principal: \_\_\_\_\_ Interpreter /Necesita interprete:  Yes/Si  No needed

If yes, please tell us the interpreter's name and the best telephone # to reach them/Si es así, por favor díganos el nombre del intérprete y el mejor número de teléfono para contactarlos:

Full legal name/Nombre legal completo	Telephone number/Numero de teléfono
---------------------------------------	-------------------------------------

**Living Arrangement/Arreglo de vivienda (por favor seleccione uno)**

Own/Propietario  Rent/Renta  Free room & board/Alojamiento y comida gratis  
 Living w/family and/or Friends/ viviendo con la familia y/o amigos  Transitional facility/ instalación de transición  
 Rehabilitation center/Centro de rehabilitación  Homeless/Desamparado  Other/Otro (Explique) \_\_\_\_\_

**What is the highest grade you completed in school/¿Cuál es el nivel más alto que completó en la escuela? (por favor seleccione uno)**

- Elementary/Primaria  
 Some high school/Algunos estudios secundarios  
 High school diploma or GED/Diploma de escuela secundaria o GED  
 Some college or technical school/Un poco de universidad o escuela técnica  
 College or technical school degree/Diploma de la universidad o escuela técnica  
 Master's Degree/Maestría  
 PHd/Doctorado

**How did you hear about us?/¿Cómo se enteró de nosotros? (Por favor seleccione todos los que aplican)**

- Family/Familia       Friend/Amigo       Employer/Empleador       Website/On-line/Sitio web  
 Newspaper/Periódico       Human/Social Services/Servicios sociales/humanos       Doctor/Hospital  
 TV/Radio/Televisión/radio       Word of mouth/Palabra de boca       Other/Otro

**EMPLOYMENT/OTHER INCOME VERIFICATION EMPLEO/OTRA VERIFICACION DE INGRESO**

**Are you currently employed?/¿Está trabajando actualmente?**  Yes/Si     No

**Circule:** Full time/Tiempo entero \* Part time/Tiempo parcial \* Self Employed/Trabaja por cuenta propia  
\* Seasonal/Freelance/Temporero trabajador \* Paid in cash/Pagado en efectivo \* Have more than 1 job/ Tiene más de un trabajo

**Do you have other sources of income?/¿Tiene otras fuentes de ingresos? (Seguro Social, Pensión, Desempleo)**  
 Yes/Si     No

**Please provide your gross income amount from all sources/Por favor proporcione su cantidad de ingresos brutos de todas las fuentes \$\_\_\_\_\_monthly/mensual OR/O \$\_\_\_\_\_annually/anualmente**

**If you are Married, is your spouse employed?/Si usted casado, ¿trabaja su cónyuge? YES/SI NO**

Do they have any other sources of income?/¿Tiene alguna otra fuente de ingresos en este momento? YES/SI NO

**Please provide spouse's gross income amount from all sources/Por favor proporcione la cantidad del ingreso bruto del cónyuge de todas las fuentes \$\_\_\_\_\_monthly/mensual OR/O \$\_\_\_\_\_annually/anualmente**

How many people are in your household including yourself? ¿Cuántas personas viven en su casa incluyéndolo a usted?  
**Adultos\_\_\_\_\_ Niños\_\_\_\_\_**

**HEALTH INSURANCE/SEGURE DE SALUD**

**Do you currently have any health insurance?/¿Tiene actualmente algún seguro de salud?**  Yes/Si     No

If Yes, circle/ Si es así, circule— Badger Care \* Employer Sponsored/Patrocinado por el Empleador \*Health Care Act/Acta de cuidado de Salud

**HOSPITAL ASSISTANCE PROGRAMS/PROGRAMAS DE ASISTENCIA DEL HOSPITAL**

**Are you receiving financial assistance, from a health system?/¿Está recibiendo asistencia financiera, por parte de un sistema de salud?**  Yes Si  No

Froedtert & Medical College of Wisconsin/St. Joseph's Hospital  Yes/Si  No    Medical College of Wisconsin  Yes/Si  No

Froedtert & Medical College of Wisconsin /Clinics/Clínicas  Yes/Si  No                      Aurora Helping Hands  Yes/Si  No

Date began or is expected to begin/Fecha que comenzó o se espera que comience: \_\_\_\_\_

Expiration Date/Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

**WHERE HAVE YOU RECEIVED MEDICAL CARE?/¿DÓNDE HAS RECIBIDO ATENCIÓN MÉDICA?**

**Do you have a primary care physician?/¿Tienes un médico de atención primaria?** [ ] Yes/Sí [ ] No

*If yes, physician name/ Si es así, cual es el nombre del médico?*\_\_\_\_\_

*Last Seen/ Última vez que lo vio?*\_\_\_\_\_

**How often do you visit the emergency room?/¿Con qué frecuencia usted visita la sala de emergencia?**

- [ ] Weekly/Semanal [ ] Monthly/Mensual [ ] Every other month/Cada dos meses  
[ ] Every six months/Cada seis meses [ ] Yearly/ Anualmente [ ] Hardly Ever/ Casi nunca

**Why did you visit the emergency room? Por qué visitó la sala de emergencias (marquen todas las que apliquen)?**

- [ ] Lack of access to other providers/ **Falta de acceso a otros proveedores** [ ] Only a hospital could help/**Sólo un hospital podía ayudarme** [ ] Doctor's office was not open/**La oficina del doctor no estaba abierta**  
[ ] There was no other place to go/ **No había otro lugar a donde ir** [ ] Seriousness of the medical problem/**La seriedad del problema médico** [ ] Other/ **Otra razón**\_\_\_\_\_

**SIGNATURE/FIRMA**

***Certifico que toda la información en esta solicitud es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo no he engañado a propósito a la AFC (Albrecht Free Clinic) para hacer creer mis necesidades a ser más grave de lo que realmente son. Autorizo a la AFC para obtener cualquier información adquiridos por los Servicios Humanos del Condado de Washington con el único propósito de determinar la elegibilidad para los servicios.***

***Yo entiendo que si yo o cualquier miembro de mi hogar intencionalmente falsifica o retiene hechos con el objeto de obtener la atención medica de AFC, que se me puede esperar pagar por los servicios prestados o que ya no seré capaz de recibir la atención médica de la AFC en el futuro.***

\_\_\_\_\_  
**Signature/Firma**

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Print Name/Escriba su nombre**