



FORMULARIO E INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR LOS SERVICIOS DE LA FUNDACIÓN DR. GARCÍA RINALDI

El Programa de Ayuda económica a pacientes es solamente para aquellas personas que tengan un diagnóstico de cirugía de corazón y enfrenten dificultades económicas para sufragar una o varias de los siguientes servicios: hospitalización para cirugía de corazón, anestesia, remplazo de válvula, angioplastía, “stent” o marcapaso. La solicitud está sujeta a evaluación de un comité de la Junta de Directores y a los fondos disponibles.

INSTRUCCIONES

1. **Completar la Solicitud de Servicios y/o Cirugía Cardiovascular.**
2. **Incluir el diagnóstico del médico del paciente.**
3. **Incluir información del proveedor o del hospital sobre los costos que se requiere cubrir.**
4. **Presentar verificación de empleo y/o evidencia de ingresos de asistencia nutricional, asistencia pública, Programa NUIE, WIC, Seguro Social, Seguro por Desempleo, planilla de ingresos y cualquier otro documento que estimemos necesarios.**
5. **Otros:**

6. **Otras organizaciones a las que ha solicitado ayuda:**

Plan Médico	Municipio
Proveedor	Gobierno Central
Enfermedades Catastróficas	Iglesia
Otra:	_____

ADVERTENCIA SOBRE CONFIDENCIALIDAD

Esta comunicación, incluyendo los documentos que le acompañan, es para el conocimiento y uso exclusivo del destinatario. Si el lector no es el destinatario ni ha sido autorizado por éste para leerla, se le advierte que el contenido es confidencial y su divulgación a otra persona que no sea el destinatario está prohibido por ley. Si la recibió por error, se agradecerá no la copie ni la reproduzca. De este ser el caso, debe informar de inmediato al teléfono remitente y devolverlo por correo a la dirección que aparece en el timbre de esta hoja de envío.



Fundación Dr. García Rinaldi

SOLICITUD DE SERVICIOS DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

1. NOMBRE DEL PACIENTE:

(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)

2. DIRECCION RESIDENCIAL: _____

3. DIRECCION POSTAL: _____

TELEFONO RESIDENCIAL: _____ CELULAR _____

4. SEXO: ___ EDAD: ___ FECHA DE NACIMIENTO: _____

5. SEGURO SOCIAL: _____/_____/_____

6. ESTADO CIVIL: _____

7. OCUPACION: _____

8. DIRECCION: _____

9. PREPARACION ACADEMICA: _____

(grado más alto)



10. RESIDENCIA

SOLAR

___(a) DUEÑO

___(a) PROPIO

___(b) ALQUILADA

___(b) GOBIERNO

___(c) AGREGADO

___(c) OTRO

___(d) OTRO

11. TIEMPO EN LA RESIDENCIA: _____

12. SEGURO POR DESEMPLEO:

Recibe ___

No recibe ___

Agotado ___

13. RECIBE LAS SIGUIENTES AYUDAS Y/O SERVICIOS

Ayuda para niños dependientes ___

Programa WIC ___

Seguro Social ___

Desempleo ___

Asistencia nutricional ___

Asistencia Pública ___

¿Cuánto? \$ _____.

14. IMPEDIMENTO FISICO Y/O MENTAL: (Sí) ___ (No) ___

Si su contestación es "Sí", favor

especifique: _____

15. ESTATUS EN LA FUERZA LABORAL: Empleado ___ Sub-empleado ___

Desempleado ___ Desplazado ___ Aprendiz ___ Estudiante ___

Otro _____

16. COMPOSICIÓN FAMILIAR:

Nombre	Edad	Sexo	#S.S.	Ocupación	Parentesco

17. ¿QUE OTROS INGRESOS SE RECIBEN EN LA CASA?

CLASE DE INGRESO

CANTIDAD MENSUAL

_____ \$ _____

_____ \$ _____

18. INGRESO ANUAL DE LA FAMILIA: \$ _____



Página 5 de 7

19. GASTOS MENSUALES DE LA FAMILIA:

- 1. AGUA \$ _____
- 2. ELECTRICIDAD _____
- 3. MEDICINAS _____

Página 5

Continuación GASTOS MENSUALES DE LA FAMILIA:

- 4. COMIDA _____
- 5. PAGO RENTA _____
- 6. TELEFONO _____
- 7. OTROS: _____

Total de gastos mensuales: \$ _____

20. SERVICIO SOLICITADO:

PUENTE CARDIACO____ PROTESIS VALVULAR____ HOSPITALIZACION____
"STENT" _____ MARCAPASO____ OTROS: _____

21. COSTO ESTIMADO DEL HOSPITAL O PROVEEDOR:\$ _____

22. COMENTARIO GENERAL: _____

23. Razón por la cual solicito la ayuda económica:

Plan Médico:

- No tengo plan médico
- Reforma
- Plan: _____
- Otro _____



Página 6 de 7

CERTIFICACIÓN:

Por la presente certifico que la información aquí contenida es a mi entender, exacta y verídica y que la misma ha sido ofrecida sin la intención de desvirtuar los hechos o cometer fraude. Tengo conocimiento de que mi caso está sujeto a verificación y que de determinarse que soy inelegible, seré descalificado para participar de los servicios de la Fundación Dr. García Rinaldi.

Firma del solicitante o persona
encargada

Fecha



FORMA DE AUTORIZACIÓN

LA PRESENTE FORMA ES REQUISITO INDISPENSABLE DE LA FUNDACIÓN DR. GARCIA RINALDI A TODO SOLICITANTE DE AYUDA ECONÓMICA CON LA FINALIDAD DE OBTENER AUTORIZACIÓN DEL FIRMANTE A LA FUNDACIÓN DE DIVULGAR INFORMACIÓN Y ACCEDER INFORMACIÓN.

Nombre _____

Fecha _____

Sirva la presente para autorizar a la Fundación Dr. García Rinaldi a divulgar la información que se encuentra escrita tanto en la solicitud de ayuda económica como en la documentación requerida para completar esta solicitud. Así como acceder cualquier otra información que la Fundación considere como necesaria para completar la solicitud de ayuda económica que el firmante solicite a la Fundación. Autorizo además a la Fundación Dr. García Rinaldi a divulgar esta información en todos los procesos que esta tenga que realizar con la finalidad de que se complete mi expediente y pueda ser presentado al comité evaluador de la Fundación.

La Fundación y el firmante tienen el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito y con previa notificación verbal a la revocación. El firmante debe de saber que la información divulgada podría no seguir protegida. Este documento estará vigente hasta que se determine si se aprobará o no la ayuda económica al paciente y se concrete el pago de la Fundación al proveedor del servicio al paciente.

Firma del Paciente