



Ave. Fernández Juncos 1413  
Buzón #7 Suite 3-B Pda. 20  
Santurce, Puerto Rico 00909

PO Box 8816  
San Juan, Puerto Rico 00910-0816  
[www.fundaciondrgarciarinaldi.org](http://www.fundaciondrgarciarinaldi.org)

Tel. (787) 725-4065  
Fax. (787) 725-4319  
[fgr@fundaciondrgarciarinaldi.org](mailto:fgr@fundaciondrgarciarinaldi.org)

## PROGRAMA DE AYUDA A PACIENTES

El Programa de Ayuda a Pacientes es un programa de apoyo económico dirigido a aquellas personas que requieran de un procedimiento quirúrgico o cirugía para salvar su corazón y enfrenten dificultades económicas para sufragar dichos costos. El Programa puede cubrir uno o varios de los siguientes servicios: hospitalización para cirugía de corazón, anestesia, reemplazo de válvula, angioplastia, *stent* o marcapaso. Los pacientes interesados en recibir esta ayuda deben completar una solicitud de servicios la cual está sujeta a la evaluación de un comité de la Junta de Directores y a los fondos disponibles.

### Requisitos para solicitar los servicios del Programa de Ayuda a Pacientes

1. Completar la solicitud de servicios.
2. Diagnóstico del médico y recomendación del procedimiento cardiovascular, incluyendo pronosis.
3. Incluir información del proveedor u hospital sobre los costos que deben cubrirse.
4. Evidencia de empleo y/o evidencia de ingresos de programas asistencia pública como asistencia nutricional (PAN), programa NUIE, WIC, seguro social, seguro por desempleo, planilla de ingresos, etc.
5. Evidencia de que el plan médico no cubre el procedimiento que necesita.
  - a. Apelación sometida al plan médico
6. Otras organizaciones a las que ha solicitado ayuda:
  - Municipio
  - Proveedor de servicios de salud
  - Gobierno central
  - Fondo de Enfermedades Catastróficas
  - Iglesia
  - Otra: \_\_\_\_\_



## SOLICITUD DE SERVICIOS PARA CIRUGIA CARDIOVASCULAR

1. Nombre del paciente:

\_\_\_\_\_

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	Inicial
------------------	------------------	--------	---------

2. Dirección residencial: \_\_\_\_\_

3. Dirección postal: \_\_\_\_\_

4. Teléfono residencial \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

5. Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

6. Estado civil: \_\_\_\_\_

7. Ocupación: \_\_\_\_\_

8. Preparación académica: \_\_\_\_\_  
(Indique grado más alto alcanzado)

9. Correo electrónico: \_\_\_\_\_

10. **Residencia**

\_\_\_\_ Dueño  
\_\_\_\_ Alquilada  
\_\_\_\_ Agregado  
\_\_\_\_ Otro

**Solar**

\_\_\_\_ Propio  
\_\_\_\_ Gobierno  
\_\_\_\_ 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                      \_\_\_\_ Desempleo  
 \_\_\_\_ Programa WIC                      \_\_\_\_ Asistencia nutricional  
 \_\_\_\_ Seguro social                      \_\_\_\_ Asistencia Pública

Especifique cantidad que recibe \_\_\_\_\_

14. Impedimento Físico y/o Mental: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si su respuesta es Sí, favor especifique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Estatus en la fuerza Laboral: Empleado \_\_\_\_ Sub-empleado \_\_\_\_

Desempleado \_\_\_\_ Desplazado \_\_\_\_ Aprendiz \_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_

Otro \_\_\_\_

16. Composición familiar:

Nombre	Edad	Sexo	Seguro social (últimos 4 dígitos)	Ocupación	Parentesco

17. ¿Qué otro ingreso se reciben en el hogar?

Tipo de Ingreso	Cantidad Mensual
_____	\$ _____
_____	\$ _____

18. Ingreso anual familiar: \$ \_\_\_\_\_

