



# TRANSMED para adultos mayores

## Solicitud para nuevos usuarios

Estoy interesado(a) en registrarme con TransMed para adultos mayores.  
 Favor de agregar mi dirección y teléfono a su base de datos.  
 Certifico que mis respuestas están completas y son ciertas.  
 Entiendo que hay ciertos requisitos que tengo que cumplir para calificar y ser elegible a transportación gratis para poder ir a mis consultas médicas.  
 Haré mis reservaciones por lo menos con un día de anticipación, y hasta una semana antes de mi consulta.  
 Puedo hacer reservaciones el mismo día, pero no están garantizadas.  
 Llamaré al 858-449-5366 con 24 horas de anticipación para cancelar el servicio, en caso de no necesitarlo.

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

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_

INICIAL: \_\_\_\_\_

CALLE Y NÚMERO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

¿Domicilio privado? \_\_\_\_\_ ¿Residencia para retirados? \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CONTACTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

### PROPORCIONE MÁS INFORMACIÓN SOBRE USTED:

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) CASADO(A) SEPARADO(A) DIVORCIADO(A) VIUDO(A)

### ELIGIBILIDAD EN BASE A SU INGRESO:

La elegibilidad para obtener transportación gratis esta determinada con por lo menos una de las siguientes opciones. Marque todas las que apliquen en su caso.

Derechohabiente a Medi-Cal	
Derechohabiente a SSI	
Ingreso para una personal sola: \$1,396.00 al mes o menos	
Ingreso por pareja: \$1,676.00 al mes o menos	

**TransNet**

TRANSMED para ADULTOS MAYORES operado por los Amigos de los Centros de Salud para Adultos Mayores y con transportacion de Poway Adult Day Health Care Center, fundada por Senior Mini Grant y



# TRANSMED para Adultos Mayores solicitud del usuario

Ingreso Anual: \_\_\_\_\_

Número de personas viviendo en su casa: \_\_\_\_\_

## PROBLEMAS DE MOBILIDAD:

Tengo cierta condición crónica que mi chofer necesita conocer:  
(marque todas las que apliquen)

Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Problemas de memoria	<input type="checkbox"/>
Embolia (parálisis)	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/>
Problemas respiratorios o para respirar	<input type="checkbox"/>	Huesos rotos/Torceduras	<input type="checkbox"/>	Pérdida de vision	<input type="checkbox"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	Otra:	<input type="checkbox"/>	Pérdida de audición	<input type="checkbox"/>

Algunas veces me comporto de manera que es difícil viajar en camión:

Ansiedad/Pánico?	<input type="checkbox"/>	Parado (a) cuando el vehículo esta movimiento?	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad verbal?	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad física?	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Otra:	<input type="checkbox"/>

Tengo un lenguaje especial o necesito ayuda para comunicarme:

Lengua materna: \_\_\_\_\_

Otra: \_\_\_\_\_

## AUXILIARES DE MOBILIDAD:

Uso ciertos auxiliares para moverme:

	SI	NO	ALGUNAS VECES
Bastón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silla de ruedas eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Me puedo cambiarme de mi silla de ruedas a un asiento:

Necesito de la ayuda de de un cuidador o de un asistente en enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesito ayuda para ir de mi puerta al vehículo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesito ayuda para subir y bajar del vehículo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso un animal de servicio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pierdo fácilmente/no puedo reconocer en donde estoy:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo otras necesidades: (Por favor explique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## EN CASO DE EMERGENCIA:

CONTACTO: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el usuario: \_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_




# TRANS MED para adultos mayores

## Solicitud para nuevos usuarios

Office Use Only:	Age:	Income:	ZIP	Language:	Mobility:
Database:	FROM:	TO:	Companion:	#/Age	Notes:



TRANS  MED para ADULTOS MAYORES operado por los Amigos de los Centros de Salud para Adultos Mayores y con transportacion de Poway Adult Day Health Care Center, fundada por Senior Mini Grant y

