

GCID # \_\_\_\_\_



**La Gran Conexión  
Aplicación para Calificación**

**1821 State Hwy, Grand Prairie, TX 75051**

Por favor, llene la aplicación, y Mándela por correo a **La Gran Conexión**, a la dirección que viene en las instrucciones.

**Parte I – Información General**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ciudad:** Grand Prairie    **Estado:** Texas    **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** M    F    **Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_    **Edad:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Parte II – Contacto de Emergencia**

*Nombre de una persona principal con quien podamos comunicarnos en caso de una emergencia:* \_\_\_\_\_

*¿Que Relación tiene con usted?:* \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

*Nombre de otra persona con quien podamos comunicarnos en caso de una emergencia:*  
\_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

### Parte III – Información acerca de su Salud

A. Tipo(s) de Incapacidad: Marque todas las que apliquen a usted

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias                  | <input type="checkbox"/> Corazón                   |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's               | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS -Sida            |
| <input type="checkbox"/> Amputación                | <input type="checkbox"/> Problemas Renales/Riñones |
| <input type="checkbox"/> Artritis                  | <input type="checkbox"/> Hígado                    |
| <input type="checkbox"/> Ceguera                   | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular        |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental         |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral        | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple       |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad en desarrollo | <input type="checkbox"/> Problema Psiquiátrico     |
| <input type="checkbox"/> Sordo                     | <input type="checkbox"/> Problema Respiratorio     |
| <input type="checkbox"/> Depresión                 | <input type="checkbox"/> Ataques                   |
| <input type="checkbox"/> Diálisis                  | <input type="checkbox"/> Problemas de la Piel      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Daño en la Espina Dorsal  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                 | <input type="checkbox"/> Paro Cardíaco             |
| <input type="checkbox"/> Huesos Rotos              | <input type="checkbox"/> Tiroides                  |
| <input type="checkbox"/> Cabeza Lastimada / Trauma | <input type="checkbox"/> Otro (_____)              |

B. Equipo de asistencia médica (Marque todo(s) lo que aplique con usted)

- Bastón
- Andador
- Perro Guía
- Muletas
- Silla de Ruedas:**
- Manual
- Eléctrica: con llantas grandes
- Eléctrica: con llantas chicas
- Patineta: Tamaño (\_\_\_\_\_)
- Otro (\_\_\_\_\_)

C. Tipo de transporte que usted necesita de la Gran conexión:

- |  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Programa de Nutrición | <input type="checkbox"/> Médico   | <input type="checkbox"/> Escuela |
| <input type="checkbox"/> Diálisis              | <input type="checkbox"/> Tienda de Abarrotes                                |                                  |
| <input type="checkbox"/> Trabajo               | <input type="checkbox"/> Oficina de ayuda medica - Medicaid (Número Médico) |                                  |

D. ¿Cómo se entero de la Gran Conexión?: \_\_\_\_\_

---

## **Parte IV – AUTORIZACIÓN PARA HACER PÚBLICA LA INFORMACIÓN**

Yo doy fe que la información mencionada arriba es verdadera y correcta a mi mayor conocimiento. Yo también autorizo al personal de **La Gran Conexión** para que obtengan verificación de cualquier información proporcionada en esta aplicación y para que obtenga información médica relevante y necesaria para la aclaración en cuanto a la elegibilidad de servicios.

Yo, el abajo firmante, he leído y comprendido la sección de la “Autorización para hacer Pública la Información” mencionada arriba y estoy de acuerdo de todos sus términos y condiciones contenidas en estas declaraciones con completo conocimiento de su significado.

EN ESTE \_\_\_\_\_ DÍA DE \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Parte V- Certificación de Incapacidad: Tiene que ser completada por un Doctor de cuidado de salud Profesional, para los solicitantes que califiquen, por su incapacidad física o mental.**

- A. El no completar esta porción puede causar descalificación para el solicitante.
- B. Cualquier individuo que desee estar certificado con **La Gran Conexión**, debe tener por lo menos 60 años de edad o ser cliente que depende de la transportación por una incapacidad física o mental.

**SI EL TRANSPORTE NECESITA SER PROVEIDO A ESTE SOLICITANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA APLICACIÓN Y LLENE LA INFORMACIÓN NECESARIA ABAJO:**

1. Esta aplicación (Circule uno) **Si / No** cumple con los requisitos para depender de los servicios de transporte descritos arriba.
2. Descripción y Diagnóstico de la incapacidad física o mental: \_\_\_\_\_

Si califica, ¿Cuál es el nivel mental del paciente? \_\_\_\_\_  
Durante la transportación, ¿Presentará el paciente algún problema de conducta?  
Circule uno: Si No

3. ¿Será permanente la incapacidad? Circule uno: Si No  
Si será temporal, aproximadamente, ¿Cuál es la fecha de recuperación?

4. Si el paciente usa silla de ruedas, ¿Podrá el/ella independientemente transferirse de su silla de ruedas a su asiento de pasajero? Circule uno  
Si No

Nombre del Doctor de Cuidado de Salud Profesional: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Doctor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**