

Open Door Clinic of Alamance County

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

424 Rudd Street, Suite 102 Burlington, North Carolina 27217 (336) 570-9800 Office (336) 570-3376 Fax info@opendoorclinic.net www.opendoorclinic.net

Estimado(a):	Fecha:
esta informac	mación a continuación es requerida para ser atendido/a en la clínica Open Door. Al recibir <u>TODA</u> ción, le comunicaremos la fecha de su cita. Usted tiene <u>30 DIAS</u> para devolvernos los documentos n. Después de 30 días, ya no guardaremos su aplicación y usted tendrá que comenzar el proceso
	cación de que usted o la persona con quien vive es un residente de Alamance County. No se a dirección de PO Box (apartado postal) ya que ésta no indica su dirección física. Licencia de conducir actual de <u>North Carolina</u> o identificación con foto. No se acepta identificación de fuera del estado.
	Una factura actualizada de servicios públicos como del agua, del cable, la electricidad, del gas natural o del teléfono de casa, etc., <u>FECHADA</u> (dentro de 30 días). <u>No podemos</u> aceptar facturas de celular, hospital o otras cuentas que no tengan un servicio unido directamente a la residencia.
	Si usted vive en Liberty, Mebane o Gibsonville, necesitaremos una factura de los impuestos de Alamance County, registro del auto, o una carta otorgada para estampillas de comida <u>FECHADA</u> e indicando su dirección <u>FÍSICA</u> .
	Si usted vive en una casa hogar o de refugio, por favor provea una declaración de esa institución indicando que está viviendo allí actualmente.
	Si NO tiene ninguno de los documentos anteriores, aceptaremos una carta de concesión de

Sus dos talones de pago más recientes si está trabajando, la verificación de los beneficios brutos de desempleo, verificación de manutención infantil, pensiones, jubilación, seguro social o cheques de incapacidad. Se aceptan estados de cuenta bancarios actuales que muestren depósitos directos de beneficios.

SI usted no tiene ingresos: Proporcione una declaración de la persona que le apoya

económicamente <u>Y</u> una prueba de SU ingreso. **Nota**: Véase más arriba para la verificación aceptable de ingresos.

Si NO tiene ningún de los anteriores a su nombre, se aceptara una declaración notariada de la

persona con la que vive y su fractura de servicios publico o una carta de adjudicación de

3 Impuestos

(2)

estampillas de comida.

cupones para alimentos.

Prueba de ingresos de usted

Declaración de su Federal Tax Return actual (1040) (Impuestos federales) si usted declaró.

Debemos tener su historial médico anterior para procesar su solicitud. Por favor complete un Consentimiento para divulgación de información por cada proveedor que haya visto en los últimos 5 años.





1225 Huffman Mill Road, Oficina 102, Burlington NC 27215 Apartado postal: P.O. Box 202, Burlington, NC 27216

Teléfono: 336.538.8440 Fax: 336.538.8449

424 Rudd Street, Suite 102, Burlington NC 27217 Teléfono: 336.570.9800 Fax: 336.570.3376

Patient Intake Application/Solicitud de admisión del paciente

Datos demográfic		т іптаке Аррііс	000000000000000000000000000000000000000			人名英格兰	5 7年50章 安全基础的公司	
Datos demográficos del paciente Nombre completo del paciente (Primer y segundo nombre, apellido/s)				Fecha de nacimiento	# de seguro	social	Estado civil	
Domicilio				Ciudad, estado	y código postal		Condado	
Dirección postal (si es	s diferente a la ant	erior)		Ciudad, estado	y código postal		L	
Teléfono de casa	Teléfono celular	Sexo al nacer	Identidad de género	Estado de ciudadanía Orige		Origen é	n étnico/Raza	
Nombre completo del contacto alterno (Primer y segundo nombre, apellido/s)			# de teléfono Paren		Parentes	tesco con el paciente		
¿Puede conducir un a ¿Qué agencia o indiv			ase de transpor	 te utiliza usted?	○Link ○ACT	A Otro	1	
Operesión Orasto Hepatitis C Ouso d Cigarros) Otro:	orno Bipolar () Esquile alcohol () Uso de	d de reflujo ácido Art izofrenia Enfermedac tabaco (Por favor encien amentos que tom oncentración	d renal	ma () Cataratas igarrillos Tabaco	○ VIH/SIDA de mascar Tabac e, hierbas y v	o en polvo		
Alergias a medica	amentos:				e para			
		atención médica			Teléfono de	l médico	Fecha de la última	
	proporcionado del médico		en los últim Nombre de la c		Teléfono de	l médico	Fecha de la última visita	

	A PARK SIAMON		(1) 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10		
Información del seguro médico	3		Deza Comparant in Maris Edition of Consul		
¿Su compañía actual ofrece seguro médico	'	Sí	No		
¿Usted tiene seguro médico?		Sí	No		
Nombre de la compañía de seguros:					
¿Ha solicitado el Medicaid?		Sí	No		
Fecha en la que comenzará a recibir cobert					
¿Ha solicitado Incapacidad del seguro socia		Sí	No		
Fecha en que comenzará a recibir seguro se					
¿Es usted elegible para recibir atención mé		Sí	No		
medicamentos del hospital del Veterans Affo					
¿Se ha inscrito en el Affordable Care Act (A		Sí	No		
Si se ha quedado desempleado en los últim	T Parameter and a second secon	500m.			
días, ¿es usted elegible para los beneficios	de	Sí	No		
COBRA?					
			International Company of the Company		
Empleo/Ingresos	Paciente	经工程和信息的发展及多类系统产生	Cónyuge/Persona de apoyo		
Compañía			_		
Marque en el círculo si está desempleado) O t	Desempleado actualmente	Desempleado actualmente		
actualmente					
Salario bruto mensual/Salarios	\$		\$		
Ingreso por desempleo	\$		\$		
Pensión/Retiro	\$		\$		
Seguro social	\$		\$		
Incapacidad	\$		\$		
Beneficios del VA	\$		\$		
Pensión alimenticia/Manutención de los hijos	\$		\$		
Cupones de alimentos	\$		\$		
Otro	\$		\$		
Información de recursos/bienes	Paciente		Cónyuge/Persona de apoyo		
Cuenta de cheques	\$		\$		
Cuenta de ahorros	\$		\$		
Acciones/Bonos/Certificados de depósitos (CD's)	\$		\$		
401K/IRA (Individual Retirement Account)	\$		\$		
Otro	\$		\$		
Información sobre los impuestos					
¿Presentó los impuestos actuales?	<u> </u>	Sí	No		
¿Alguien lo declaró como dependiente?		Sí	No		
¿Quién lo declaró como dependiente?					
Por favor proporcione los nombres de otro	s miembros	del hogar, excluyendo a su cóny	uge, que usted declaró como		
dependientes:					
Reconocimiento y firmas			THE STATE OF THE PARTY OF THE STATE OF THE S		
Por la presente certifico que la información	n proporcio	nada en esta solicitud es verdade	ra, exacta y completa según mi leal saber y		
entender. Por la presente autorizo a Medication Management Clinic y a Open Door Clinic para contactar a cualquier persona,					
			dada. Por la presente autorizo a cualquier		
persona, compañía u organización para entregar a Medication Management Clinic y a Open Door Clinic cualquier información que					
estas puedan solicitar.					
Firma del paciente:			Fecha:		
			Total Addition to the second s		

Consentimiento		
Nombre del paciente (imprimir):		
falsifica algún documento, por ejemplo: de esto, voluntariamente doy mi consent terapéutico y a la atención médica en ge profesionales de la salud asociados con	fico que la información anterior es verdad residencia, ingresos, etc., será expulsado timiento para el procedimiento de diagnós neral por Open Door Clinic de Alamance la clínica. Entiendo que la práctica de la de la atención que por la presente autoriz	inmediatamente de la clínica. Por medio stico de rutina, al procedimiento County, a los médicos y a otros medicina no es una ciencia exacta y que
divulgar mis registros médicos pertinent	En el caso de las referencias, por la presentes (notas médicas, informes de rayos X, labuso de drogas / alcohol, el estado del Vale se considere necesario.	ECG, informes de laboratorio, etc.),
acuerdo en mostrar respeto a todos los v tanto de la clínica como a las citas a las no puedo ir a una cita, me comprometo a acuerdo en llevar toda la verificación de	Open Door Clinic es una clínica de volur coluntarios de la clínica. Estoy de acuerdo que he sido referido(a) que han sido coorda llamar y a cancelar o reprogramar tan por elegibilidad requerida. Estoy de acuerdo Entiendo que la clínica se reserva el derecos acuerdos anteriores.	o en ir a todas las citas programadas, dinadas por el personal de la clínica. Si ronto como sea posible. Estoy de o en llamar con suficiente tiempo para
presentación de \$ 5.00 para volver a i	iere un aviso de 24 horas para la cancel ngresar a la clínica. NO habrá excepcio	ones.
	NO lo volveremos a referir y puede esta	r sujeto a despido de la chinca.
Autorización de privacidad: Por la presente, autorizo a la Clínica opeinstrucciones:	en Door a hablar con las siguientes persor	nas con respecto a mis citas, atención o
Nombre	Relación al pac	iente
Nombre	Relación al pac	iente
los números de celular proporcionados	or a dejar mensajes en el correo de voz o para mi información de contacto principa eck-out o dejarse en el correo de voz de C	 Estos números pueden aparecer en la
□ Al marcar esta casilla, <u>NOT autoriz</u> persona. <u>NO</u> autorizo que los mensajo	<u>zo</u> los mensajes que quedan con respecto es se dejen en el teléfono designado o cod	o a mi atención o citas con cualquier otr ntestador automático o correo de voz.
Firma del paciente	Firma del testigo	Fecha



DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS Y DIVULGACIÓN DE HIPAA

424 RUDD STREET, SUITE 102
27217, BURLINGTON, CAROLINA DEL
NORTE
336-670-9800 (OFICINA)
336-570-3376 (FAX)
INFO@OPENDOORCLINIC.NET
WWW.OPENDOORCLINIC.NET

Nombre de Paciente	Fe	Fecha de Nacimiento			
Últimos 4 Dígitos de SS	S#Teléfono	MR#			
Marque la casilla	correspondiente:				
Autorizo a Open	Door Clinic del Condado de Alamance a OBTENE	R registros de mi proveedor médico anterior.			
Autorizo la LIBE	RACIÓN de mis registros médicos de Open Door	Clinic del Condado de Alamance.			
Autorizo a Open	Door Clinic del Condado de Alamance a <u>DISCUTI</u>	R mi cuidado médico con			
Oficina para obter	er registros de/liberar registros para:				
Nombre de la oficina	Te	eléfono:			
& Dirección	Fa	ix:			
☐ Continuidad de aten	debe divulgarse con el propósito de: ción □ Uso Personal □ Representación Legal □ Con ulgar:				
☐ Libera mis registros	médicos de (fecha de inicio) t	o (fecha final).			
☐ Notas de progreso d	r (marque todas las que correspondan): e la oficina □ Resultados de laboratorio □ Lista de med mental □ Evaluaciones psiquiátricas □ Fechas de se				
	gistro médico para todas las fechas de servicio, incluido o				
publicada en respuesta Alamance. Puedo nega elegibilidad para recibi He sido informado y en divulgación por parte d	vocar esta Autorización en cualquier momento. La revoca esta Autorización. Debo revocar esta Autorización por arme a firmar esta Autorización: Al hacerlo, esto no tendor servicios. Una tarifa pudiese ser cobrada por copiar la intiendo que la información divulgada de conformidad cor e un destinatario de dicha información. Es posible que un ley federal de privacidad médica. A menos que se revoluna.	rescrito, en la Clínica Open Door del Condado de rá ningún efecto en la condición de mi tratamiento o información de salud protegida. n esta Autorización puede estar sujeta a una nueva na vez divulgada, la privacidad de la información ya			
Firma del paciente/po	der notarial:	Date:			
Firma dal tastiga:		Date:			

Carta de apoyo

Fecha:					
		(Nombre del paciente en le	tra de imprenta)		
		ue mejor describa los arreglos fin a el paciente mencionado anterio			
aparece a c	El paciente tiene cero ingresos o ingresos limitados. Vive conmigo en la dirección que aparece a continuación, recibe alojamiento y comida gratis y no recibe ninguna otra asistencia financiera. El paciente se considera una unidad doméstica separada.				
	El paciente tiene cero ingresos o ingresos limitados. Vive conmigo en la dirección que aparece a continuación y le proporciono apoyo financiero como se indica abajo.				
hogar. No	conmigo en la dirección que aparece a continuación en calidad de compañero de r. No le proporciono apoyo financiero. El paciente se considera una unidad éstica separada.				
☐ No vive co continuaci		iono apoyo financiero como se in	ndica a		
continuación. Ingi cantidad se propor	ese una cantidad aproxima	ondos en las cantidades aproxima ada en dólares para cada artículo insualmente. Si no proporciona di oloque "\$ 0".	e indique si esta		
Alimentos:	\$	□ semanal	□ mensual		
Vivienda	\$	□ semanal	□ mensual		
Servicios públicos	\$	□ semanal	□ mensual		
Dinero en efectivo	\$	□ semanal	□ mensual		
	ontinuación) \$	□ semanal	□ mensual		
Otro tipo de apoye	J:				
	-	County,	North Carolina		
irma de la persona de a	poyo (Debe ser notariada)	I, for said County and State, do			
ombre en letra de impr	enta de la persona de apoyo	NAMES AND ADDRESS OF THE PARTY	personally		
Dirección de la persona de apoyo		appeared before me this day due execution of the foregoin			
Ciudad, estado y código postal		1 1970 - 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1.	Witness my hand and official seal, the day of		
			Notary Public		
		My commission expires	. 20		

Formulario 4506-T

(Rev. septiembre 2015) Departamento del Tesoro Servicio de Rentas Internas

Solicitud de transcripciones de la declaración de impuestos

No firme este formulario a menos que haya completado todas las líneas aplicables.

La solicitud puede ser rechazada si el formulario está incompleto o es ilegible.

Para obtener más información acerca del Formulario 4506-T, visite www.irs.gov/form4506t.

OMB N.º 1545-1872

Sugerencia. Utilice el Formulario 4506-T para solicitar una transcripción u otra información de la declaración en forma gratuita. Consulte la lista de productos a continuación. Puede solicitar rápidamente transcripciones mediante el uso de nuestras herramientas del servicio automatizado de autoayuda. Visite IRS.gov y, en "Tools" (Herramientas), haga clic en "Get a Tax Transcript..." (Obtener una transcripción de la declaración de impuestos...) o llame al 1-800-908-9946. Si necesita una copia de su declaración de impuestos, utilice el Formulario 4506, Solicitud de copia de la declaración de impuestos. Debe abonar una tarifa para obtener una copia de su declaración de impuestos 1b Número de seguridad social o número de identificación de contribuyente individual o 1a Nombre tal como aparece en la declaración de impuestos. Si es una número de identificación patronal que aparece primero (ver instrucciones) declaración conjunta, escriba el nombre que aparece primero. 2b Número de seguridad social o número de identificación de contribuyente individual 2a Si presentó una declaración conjunta, escriba el nombre de su cónyuge tal que aparece segundo si presentó una declaración de impuestos conjunta como aparece en la declaración de impuestos. 3 Nombre, dirección (incluidos el número de departamento, la habitación u oficina), ciudad, estado y código postal actuales (ver instrucciones) 4 Dirección anterior, tal como aparece en la última declaración de impuestos presentada, si es diferente a la que aparece en la línea 3 (ver instrucciones) 5 Si la transcripción se va a enviar a un tercero (tal como una compañía hipotecaria), escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono del tercero Precaución: Si la transcripción de la declaración de impuestos se envía a un tercero, asegúrese de haber completado las líneas 6 a 9 antes de firmar. Firme y feche el formulario una vez que haya completado estas líneas. Completar estos pasos ayuda a proteger su privacidad. Una vez que el IRS divulgue su declaración de impuestos al tercero que figure en la línea 5, el IRS no tiene control sobre lo que el tercero hace con la información. Si desea limitar la autoridad del tercero para divulgar la información de su transcripción, puede especificar esta limitación en su acuerdo escrito con el tercero. Transcripción solicitada. Escriba el número de formulario de impuestos aquí (1040, 1065, 1120, etc.) y marque la casilla correspondiente a continuación. Escriba solo un número de formulario de impuestos por solicitud. > Transcripción de la declaración de impuestos, que incluye la mayor parte de las partidas de una declaración de impuestos tal como se presentó ante el IRS. Una transcripción de una declaración de impuestos no refleja los cambios realizados a la cuenta después del procesamiento de la declaración. Las transcripciones están disponibles solo para las siguientes declaraciones: Formulario serie 1040, Formulario 1065, Formulario 1120, Formulario 1120-A, Formulario 1120-H, Formulario 1120-L y Formulario 1120S. Las transcripciones de las declaraciones de impuestos están disponibles para el año actual y para las declaraciones procesadas durante los 3 años anteriores. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles. Transcripción de la cuenta, que contiene información sobre el estado financiero de su cuenta, como pagos realizados en la cuenta, aplicación de multas y ajustes realizados por usted o por el IRS después de la presentación de la declaración de impuestos. La información de la declaración de impuestos se limita a las partidas, como responsabilidad fiscal y pagos de impuestos estimados. Las transcripciones de la cuenta están disponibles para la mayor parte de las declaraciones. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles. Registro de la cuenta, que brinda la información más detallada ya que es una combinación de la Transcripción de la declaración de impuestos y de la Transcripción de la cuenta. Disponibles para el año actual y para los 3 años fiscales anteriores. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles. . . Verificación de no presentación, que es una constancia del IRS de que usted no presentó una declaración de impuestos para el año. Las solicitudes para el año actual están disponibles solo después del 15 de junio. No existen restricciones de disponibilidad sobre las solicitudes de años anteriores. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles. . . . Transcripción de Formulario W-2, Formulario serie 1099, Formulario serie 1098 o Formulario serie 5498. El IRS puede proporcionarle una transcripción que incluya datos de estas declaraciones de información. La información estatal o local no está incluida con la información del Formulario W-2. El IRS puede proporcionar esta información de la transcripción durante hasta 10 años. La información para el año actual no está disponible generalmente hasta el año posterior a que se presente ante el IRS. Por ejemplo, es probable que la información del W-2 para 2011, presentada en 2012, no esté disponible del IRS hasta 2013. Si necesita información de W-2 con fines de retiro, deberá comunicarse con la Administración de Segundad Social al 1-800-772-1213. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles. Precaución: Si necesita una copia del Formulario W-2 o el Formulario 1099, deberá comunicarse primero con el pagador. Para obtener una copia del Formulario W-2 o el Formulario 1099 presentados con su declaración de impuestos, debe utilizar el Formulario 4506 y solicitar una copia de su declaración, que incluye todos los adjuntos. Año o período solicitado. Escriba la fecha de finalización del año o período, con el formato mm/dd/aaaa. Si solicita más de cuatro años o períodos, deberá adjuntar otro Formulario 4506-T. Para solicitudes relacionadas con declaraciones de impuestos trimestrales, como el Formulario 941, deberá escribir cada trimestre o periodo fiscal en forma separada. Precaución: No firme este formulario a menos que haya completado todas las líneas aplicables. Firma de los contribuyentes. Declaro que soy el contribuyente cuyo nombre aparece en la línea 1a o 2a, o una persona autorizada para obtener la información fiscal solicitada. Si la solicitud se aplica a una presentación conjunta, debe firmar al menos un cónyuge. Si el formulario es firmado por un funcionario corporativo, un accionista con el 1 % o más, un socio, un miembro administrador, un tutor, un socio en materia de impuestos, un albacea, un administrador judicial, un administrador, un fiduciario u otra persona que no sea el contribuyente, certifico que tengo la autoridad para celebrar el Formulario 4506-T en nombre del contribuyente. Nota: Para las transcripciones que se envían a un tercero, este formulario se debe recibir en un plazo de 120 días con posterioridad a la fecha de firma. Número de teléfono del contribuyente El signatario certifica que ha leído la cláusula de certificación y, al hacerlo, declara que tiene la que aparece en la línea 1a o 2a autoridad para firmar el Formulario 4506-T. Ver instrucciones. Firma (ver instrucciones) Fecha Firmar aquí Cargo (si la línea 1a es una sociedad, asociación, sucesión o fideicomiso) Firma del cónyuge Fecha

Contrato de Paciente

Yo,		, entiendo y estoy voluntariamen	te de acuerdo
de que:			
(Por favor ponga sus iniciales en	cada línea)		
La clínica Open Door será r La clínica Open Door puede Compartiendo o vendier Formulario de admisión establecidos y ocasional incumplimiento de pres Abuso verbal y/o físico o proveedores de la clínica cualquier otra acción que integridad de la clínica o En caso de que yo sea d elegible para ser reincor Yo me presentaré a todas r aviso anticipado si nece presento a mi cita, se m para ser atendido. Si estoy más de 10 minuto ser cambiada a otra feci Yo llamaré al Medication M la clínica Open Door ren Yo me presentaré a todas recetas. Yo entiendo que la clínica o entiendo que podre ser Es mi responsabilidad a UNC para obtener ayud requeridos a la clínica o podré aplicar de nuevo con el Cuidado de carida Yo me presentaré a todas presento a una cita, no Yo traeré oportunamente cuando lo pida la clínica este papeleo sea actual seguro médico o si calif Yo dejaré mi nombre, apel Door. Yo entiendo que	mi única clínica de cuice despedirme de la clínica del paciente; incumplo mente modificados se entarme a citas; uso e o comportamiento ama Open Door; destruccione a juicio de la clínica open Door o a la segur espedido de la clínica open de la cueva recetas los martemis citas de seguimiero de la con estos gastos. Yo open de la con estos gastos. Yo open de la con estos gastos. Yo open de la con los especial de UNC. mis citas con los especial de la clínica con la co	lados primarios (doctor de cabecera nica por cualquiera de las siguientes roveyendo información falsa o inexa imiento de los requisitos de elegibil gún el juicio de la clínica Open Doo xcesivo o abuso de medicamentos. enazante hacia el personal, volunta ción de propiedad, comportamiento Open Door determine un riesgo inn idad del personal, voluntarios o pro por cualquier razón, yo entiendo que e en la clínica Open Door. Open Door. Yo daré por lo menos 26 ino cancelo dentro de 24 horas o si e \$5 que se pagará al comienzo de re se entiendo que mi cita quizás tendra se estados por poco tiempo. In renueva analgésicos narcóticos. Trecetados por poco tiempo. In renueva analgésicos narcóticos. Trecetados por poco tiempo. In renueva analgésicos narcóticos com a financiera de Cone o el Cuidado de proveeré oportunamente todos los co que si me niegan la asistencia fina ndo que tendré que contactarme di cialistas a quienes he sido referido. Se y pudiera ser despedido de la clínica idad requerido y lo actualizaré anua ido que no seré visto por un provee a clínica Open Door dentro de 30 día dicaid, seguro de veteranos o segui fono cuando deje un mensaje para la gresada si no proveo esta informació ercoles o jueves. Por favor permita	s razones: acta en el idad que son r; rios o o violento o necesario a la oveedores. ne no seré 4 horas de no me mi próxima cita á que o entiendo que raciones de mis fambién o radiografías. ne caridad de si documentos nciera no rectamente si no me no Open Door. almente o ndor hasta que no privado. la clínica Open nón. Yo entiendo
5			
Firma del paciente	Fecha	Firma del personal de la ODC	Fecha