

Lista de verificación de la elegibilidad del paciente

Patient Eligibility Checklist

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Por favor, llene los siguientes formularios y envíe un documento de cada categoría a continuación si le corresponde. Todos los formularios y documentos de apoyo son requeridos al mismo tiempo para que la solicitud se considere completa.

Las solicitudes llenadas y los documentos de apoyo pueden enviarse por correo electrónico a info@opendoorclinic.net o pueden entregarse en la clínica durante el horario de atención al público. No se dará una cita hasta que se haya entregado la solicitud y todos los documentos de apoyo.

1. Verificación de que usted o la persona con la que vive es residente del Condado de Alamance.

- _____ Licencia de conducir o documento de identidad con foto de **Carolina del Norte** que esté vigente. No se aceptan identificaciones de otros estados.
- _____ Factura actual de servicios como agua, cable, electricidad, gas natural o teléfono fijo, etc. **CON FECHA** de los últimos 30 días.
- _____ Si usted vive en Liberty, Mebane, o Gibsonville, necesitaremos una factura de los impuestos del Condado de Alamance, del registro del automóvil o una carta de asignación de cupones de alimentos **CON FECHA** indicando la dirección **DONDE USTED VIVE**.
- _____ Si usted vive en un hogar de grupo o en una casa de refugio, por favor, proporcione una constancia de esa instalación indicando que actualmente reside allí.
- _____ Si **NO** tiene ninguno de los documentos anteriores, aceptaremos una carta de asignación de cupones de alimentos.
- _____ Si **NO** tiene nada de lo anterior a su nombre, se aceptará una declaración notariada de la persona con la que vive y su factura de servicios públicos o una carta de asignación de cupones de alimentos.

2. Comprobante de ingresos del hogar

_____ Sus dos talones de pago más recientes si está trabajando, verificación de los beneficios en bruto por desempleo, verificación de la manutención de los hijos, pensiones, jubilación, seguro social o cheques por incapacidad. **Se aceptan extractos bancarios actuales que muestren los depósitos directos de beneficios.**

_____ Si presentó declaración de impuestos o aparece en ella junto con su cónyuge, padre, madre u otro miembro de la familia, todos los miembros de la familia que reciban ingresos deberán presentar sus ingresos recientes como se indica anteriormente .

_____ **Si no tiene ingresos:** Presente una declaración **NOTARIZADA** de la persona que le apoya.

3. Impuestos

_____ Declaración de impuestos federal actual (1040) si la presentó.

Formulario de registro del paciente

Datos demográficos del paciente				
Nombre completo del paciente (Primer y segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento	Número de seguro social	
Género al nacer	Identidad de género	Pronombre preferido		Raza
Idioma preferido		¿Necesita un intérprete?		¿Es veterano(a)?
Dirección donde vive (calle y número de unidad)			Ciudad	Estado
Dirección postal (si es diferente a la anterior)			Ciudad	Estado
Número de teléfono de casa		Número del celular		Correo electrónico
Nombre del contacto de emergencia		Relación		Número de contacto
Información sobre el hogar				
Número de miembros del hogar		Ingresos mensuales del hogar (Por favor, encierre en un círculo la categoría que corresponda)		
1		\$0-\$1,215	\$1,215-\$1,823	\$1,823-\$2,430
2		\$0-\$1,643	\$1,643-\$2,465	\$2,465-\$3,287
3		\$0-\$2,072	\$2,072-\$3,108	\$3,108-\$4,143
4		\$0-\$2,500	\$2,500-\$3,750	\$3,750-\$5,000
5		\$0-\$2,928	\$2,928-\$4,393	\$4,393-\$5,857
6		\$0-\$3,357	\$3,357-\$5,035	\$5,035-\$6,713
¿Ha tenido seguro médico o alguna cobertura de salud en los últimos 90 días?				¿Cómo escuchó de nosotros?
Reconocimiento y firmas				
Por la presente certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, exacta y completa a lo mejor de mi conocimiento. Por la presente autorizo a la Open Door Clinic a ponerse en contacto con cualquier persona, empresa u organización que aparezca en esta solicitud para verificar cualquier información provista. Por la presente autorizo a dicha persona, empresa u organización a entregar a la Open Door Clinic cualquier información que esta pueda solicitar.				
Firma del paciente:			Fecha:	

Consentimiento y comunicación de información del registro del paciente

Patient Registration Disclosures and Consent

Nombre del paciente: _____

Consentimiento para el tratamiento:

Doy testimonio de que la información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Si alguno de los documentos es falsificado, por ejemplo: el de la residencia, ingresos, etc., se le retirará inmediatamente de la clínica. Por la presente doy mi consentimiento voluntario para los procedimientos rutinarios de diagnóstico y terapéuticos y entiendo que la medicina general no es una ciencia exacta y que no hay garantías en cuanto a los resultados de la atención prestada que por la presente autorizo.

Envío de historiales médicos:

En el caso de remisiones, por la presente autorizo a la Open Door Clinic a enviar mis historiales médicos pertinentes (notas del médico, informes de radiografías, electrocardiogramas, informes de laboratorio, etc.), incluyendo cualquier información relacionada con el abuso de drogas/alcohol, estado de VIH y salud mental, al consultorio médico, centro médico u hospital necesario.

Acuerdo del paciente:

Entiendo que la Open Door Clinic es una clínica de voluntarios sin ánimo de lucro. Estoy de acuerdo en mostrar respeto a todos los voluntarios de la clínica. Estoy de acuerdo en mantener todas las citas programadas tanto en la clínica como en las citas de remisión hechas por el personal de la clínica. Si no puedo asistir a una cita, me comprometo a llamar y cancelar o volver a hacer otra cita lo antes posible. Estoy de acuerdo en traer toda la verificación de elegibilidad que se requiere. Me comprometo a llamar con suficiente tiempo para solicitar resurtidos/muestras. Entiendo que la clínica se reserva el derecho de negar o terminar el servicio a cualquier paciente que no cumpla con los acuerdos anteriores.

Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico "HIPAA":

Por la presente autorizo a las entidades designadas a continuación a solicitar y recibir información protegida sobre mi salud en relación con mi tratamiento, pago u operaciones administrativas. Entiendo que la identidad de las entidades designadas debe ser verificada antes de la entrega de cualquier información. También entiendo que estas entidades tendrán acceso a toda mi información de salud protegida, incluyendo los historiales de abuso de sustancias, salud mental, ITS (Infecciones de transmisión sexual), SIDA y VIH.

Servicios de diagnóstico de laboratorio/radiografías:

Entiendo que puedo recibir una factura por separado si mi atención médica incluye laboratorios, radiografías u otros servicios de diagnóstico ofrecidos por una organización de salud diferente. Además, entiendo que soy responsable financieramente del copago o saldo pendiente por estos servicios prestados fuera de la Open Door Clinic.

Autorización de privacidad:

Por la presente autorizo a la Open Door Clinic a hablar con las siguientes personas en relación con mis citas, cuidados o instrucciones:

Nombre

Relación con el paciente

Nombre

Relación con el paciente

Además, autorizo a la Open Door Clinic a dejar mensajes en el buzón de voz o en el contestador automático en los números del teléfono de casa y del celular que aparecen como mi información de contacto principal. Estos números pueden ser anotados en la solicitud, proporcionados durante el registro de entrada/salida o dejados en el buzón de voz de la Open Door Clinic.

Al marcar esta casilla, yo NO autorizo que se deje ningún mensaje sobre mi atención médica o mis citas con ninguna otra persona. NO autorizo que se dejen mensajes en el contestador automático del teléfono designado ni en el celular ni en el buzón de voz.

Firma del paciente (*Patient Signature*)

Firma del testigo (*Witness Signature*)

Fecha (*Date*)