



Clínica de Puerta Abierta
Aplicación de acceso básico
Acceso a servicios de atención primaria

Clínica de Puerta Abierta brinda atención primaria y atención especializada, con un enfoque en el manejo de enfermedades crónicas para aquellos en nuestra comunidad que son/están ...

- ✓ Adulto
- ✓ No embarazada
- ✓ Residentes del condado de Wake
- ✓ Sin seguro (no tiene seguro médico / no tiene acceso a seguro médico)
- ✓ Bajos ingresos 200% FPL (menos de \$ 4,300 por mes para una familia de 4)

Para establecer la atención, envíe esta solicitud completa, junto con una copia de su identificación con foto y prueba de residencia del condado de Wake (factura de servicios públicos reciente, extracto bancario, etc.) por:

Email: accesstocare@urbanmin.org

Fax: 919-836-1352

Correo: 1390 Capital Blvd. Raleigh NC 27603

Buzón de papeles: hay un buzón seguro en nuestra oficina, a la derecha de nuestras puertas de vidrio delanteras, un buzón negro adonde puede dejar copias de sus documentos

Llame al 919-746-0099 una vez que haya enviado sus documentos para programar una cita o si tiene alguna pregunta.

Nombre Completo: _____ **Fecha De Nac:** ___ / ___ / ____ **Género :** ___ HOMBRE ___ MUJER

SSN: _____ [X] NINGUNO **Tax ID:** _____ [X] NINGUNO

Estado de ciudadanía: ___ CIUDADANO AMERICANO ___ RESIDENTE PERMANENTE ___ EXTRANJERO CON TARJETA DE EMPLEO
___ CUIDADANO EXTRANJERO CON VISA ___ INDOCUMENTADO ___ PREFIERE NO RESPONDER

Estado Civil: ___ SOLTERO ___ CASADO ___ DIVORCIADO ___ VIUDO ___ SEPARADO

Raza: ___ BLANCO / CAUCASICO ___ NEGRO/ AFRICANO AMERICANO ___ ASIATICO ___ PREFIERE NO RESPONDER

Etnia: ___ HISPANO ___ NO HISPANO ___ PREFIERE NO RESPONDER

Dirección residencial (el paciente DEBE proporcionar prueba)

Calle: _____ Apt/Lot #: _____

Ciudad: _____ NC, Código Postal: _____

Dirección Postal (el paciente DEBE proporcionar prueba)

Calle: _____ Apt/Lot #: _____

Ciudad: _____ NC, Código Postal: _____

Información de contacto del paciente

Cell: _____ Casa: _____

Email: _____

Contacto de emergencia (DEBE ser un número diferente al del paciente)

Nombre: _____ Relación: _____

Telefono: _____

Yo, _____, confirmo que hay ___ personas en mi hogar y
(nombre de paciente) (Número total de personas en su hogar, esto incluye menores)

nuestro ingreso mensual estimado es \$ _____ a partir de hoy, ___ / ___ / ____ .

Reconociendo de Políticas de la Clínica Puerta Abierta / Declaraciones de paciente

- ✓ Entiendo que es **mi responsabilidad notificar al departamento de Acceso a Cuidado si / cuando empiezo a recibir seguro de salud** en el trabajo, a través de Medicaid o Medicare o a través del mercado de atención médica. **De lo contrario, puede descalificarme permanentemente para los servicios.** Si llego a ser elegible para Medicaid, Medicare o un seguro médico de salud asequible a través del trabajo y decido optar por no recibir ninguno de los dos, NO SERÉ elegible para recibir servicios en la Clínica de Puerta Abierta.
1. **Veracidad de la información.** Entiendo que Ministerios Urbanos de Condado de Wake puede realizar sus operaciones debido a las contribuciones de individuos interesados, grupos religiosos, negocios y organizaciones civiles. Los servicios son para los residents de bajos ingresos en el condado de Wake que cumplen con los requisitos de elegibilidad. **Estoy seguro de que toda la información que present arriba es correcta.** Entiendo que quizá necesitare proporcionar documentación de mis ingresos u otros documentos importantes. **Además entiendo si hay un cambio en mi información – residencia, ingresos, estado del seguro, debo informar al personal de la Clínica de Puertas Abiertas de los cambios inmediatamente.** Si la información no es correcta, o no le proporciono a Ministerios Urbanos del Condado de Wake, Inc. de los cambios, entiendo que no puedo obtener servicios.
 2. **Consentimiento de Tratamiento.** **Le doy consentimiento voluntariamente para examinarme y evaluarme al personal de la Clínica de Puertas Abiertas de Ministerios Urbanos del Condado de Wake, Inc. y para investigarme y tartarme según considere necesario.** Dentro de los servicios que reciba, podría ser examinado para VIH/SIDA. Puedo declinar este examen. El personal debe discutir los exámenes y el tratamiento conmigo y responder a mis preguntas. Además, doy mi consentimiento al proveedor de atención médica de Clínica de Puerta Abierta. para que administre la (s) vacuna (s) que he solicitado a continuación o que solicite el proveedor de atención médica. Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas con la (s) vacuna (s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la (s) vacuna (s) y he recibido, leído y / o me han explicado las Declaraciones de Información sobre la Vacuna en la (s) vacuna (s) que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.
 3. **Seguridad de los Niños.** Reconozco que los medicamentos que he recibido en la farmacia de la Clínica Puerta Abierta de Ministerios Urbanos del Condado de Wake, Inc. **puede que NO estén empacados a prueba de envases para niños y estoy de acuerdo de no dejarlo al alcance de los niños.**
 4. **Normas clínicas y código de conducta.** Entiendo que tengo prohibido llevar armas ocultas y sustancias ilegales a las instalaciones de la Clínica de Puerta Abierta. **Entiendo que no se tolerarán los actos que ponen en peligro la salud y la seguridad mía o de los demás o que interfieren sustancialmente con las operaciones ordenadas de la instalación.** Entiendo que la falta de respeto a cualquiera y todo el personal u otros clientes de Clínica de Puerta Abierta, violencia, **amenazas de violencia u otras conductas ilegales hacia cualquier miembro del personal, voluntarios o clientes de Clínica de Puerta Abierta no está permitido** y se grabará y manejará de acuerdo con los procedimientos del código de conducta.
 - 1ra ofensa: Advertencia verbal y escrita. • 2da ofensa: Reunion obligatoria con el personal apropiado • 3ra ofensa: Se considerara que el paciente no ese legible para los servicios de la Clínica de Puerta Abierta.
 5. **La confidencialidad.** **Le doy consentimiento a los representantes de Ministerios Urbanos del Condado de Wake, Inc. para solicitar y/o liberar información basada en mis ingresos, el seguro de salud, asuntos financieros, historia médica, historial de medicamentos, solicitudes de asistencia, relaciones familiares o personales, y otra información relevante para determinar elegibilidad y los planes de tratamiento mas efectivos.** Si autorizo a otra persona o agencia que solicite mi historial medico a Ministerios Urbanos del Condado de Wake, inc., entiendo que una receta de mis prescripciones estará en el archive. Yo puedo revocar la autorización por escrito, de lo contrario este consentimiento es valido por un año de la fecha firmada y atestiguada.

Reconozco que he leído detenidamente las Políticas y procedimientos de Open Door Clinic. Mi firma a continuación reconoce mi comprensión y disposición para seguir cada una de las políticas establecidas.

Firma del paciente _____ Fecha: ____/____/____