* esta página informativa es para usted *

Clinicia de Puerta Abierta
1390 Capital Blvd Raleigh NC 27603
Phone: 919-836-1642
Non-Clinical Fax: 919-836-1352
Clinic Fax: 919-834-7306

Clínica de Puerta Abierta es una oficina de atención primaria que brinda atención primaria y atención especializada, con un enfoque en el manejo de enfermedades crónicas.

¿A quién atiende la Clínica de Puerta Abierta?

- ✓ Adultos (18 años o más)
- ✓ No embarazada
- ✓ Residentes del condado de Wake
- ✓ Sin seguro medico
  - Sin seguro médico o acceso a un seguro médico a través de un empleador u otro programa (incluidos los beneficios de VA)
  - Sin Medicare (Parte A o Parte B)
  - Sin Medicaid (excepto la extención de planificación familiar de Medicaid; debe tener una carta de denegación o tarjeta)
    - Tenga en cuenta que se le pedirá a los clientes que presenten una carta de denegación o terminación de Medicaid para ser elegibles
- ✓ Bajos ingresos (250% de las pautas federales de pobreza)
  - Ingreso mensual bruto de menos de $ 3,038 para un adulto
  - Ingreso mensual bruto de menos de $ 4,108 para una familia de 2
  - Ingreso mensual bruto de menos de $ 6,250 para una familia de 4

** El estatus legal no lo descalifica para los servicios.*

La Clínica de Puerta Abierta brinda los siguientes servicios a sus pacientes de Basic Access con cita previa:

- Atención que no es de emergencia para enfermedades agudas y crónicas
- Programa integral de control de la diabetes y reducción de riesgos
- Prevención de enfermedades a través de un programa integral de inmunización, educación para la salud y asesoramiento dietético.
- Servicios de diagnóstico, como laboratorios en nuestro laboratorio in situ
- Clínicas especializadas en el lugar para oftalmología, podología, cardiología, nefrología y ginecología
- Recetas escritas para que los pacientes las lleven a la farmacia de su elección y paguen de su bolsillo sus medicamentos

Los siguientes servicios están disponibles para sus pacientes con Acceso Avanzado:

- Referencias para seguimiento especializado para otras necesidades, según corresponda
- Medicamentos recetados de una farmacia autorizada en el lugar sin cargo para el cliente (*sin sustancias controladas ni narcóticos)*

¿Qué es el acceso Básico frente al acceso Avanzado?

La Clínica de Puerta Abierta ofrece dos programas de atención para que los pacientes establezcan una atención basada en sus necesidades médicas. Con cualquiera de los programas de atención, la Clínica de Puerta Abierta se convertiría en el hogar de atención primaria del paciente con una tarifa administrativa anula de $40.

Servicios	**Acceso Básico**	**Acceso Avanzado**
Visitas médicas • Atención primaria / Atención especializada / Educación sobre diabetes / Salud mental	✔	✔
Visitas al laboratorio	✔	✔
Referencias BÁSICAS (servicios externos) • Rayos X / Alguna terapia dental / física	✔	✔
Referencias de ESPECIALIDAD (servicios externos) • Pruebas / consultas de diagnóstico		✔
Medicamentos	Recetas escritas	✔
Vacunas	SOLO tétanos y hepatitis	✔

¿Cuál es la diferencia al solicitar cualquiera de los programas de atención?

Documentos requeridos	**Acceso Básico**	**Acceso Avanzado**
Identificación fotográfica (ID)	✔	✔
Comprobante de residencia en el condado de Wake	✔	✔
Comprobante de ingresos y NO ingresos *(todos los miembros del hogar) O* Carta de apoyo *(si no hay ingresos)*		✔
Carta de denegación de Medicaid / Medicare	✔	✔
Paquete de beneficios del seguro del empleador *(si se ofrece)*		✔
Copia de impuestos, tarjeta verde, visa *(si es aplicable)*		✔
Renovación anual - **Tarifa administrative anual de $40**	✔	✔ (con cita)

Horas de operación

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
Clinica	9am - 5pm	9am - 6pm	9am - 6pm	9am - 5pm
Farmacia	10am - 4pm	10am - 4pm	10am - 4pm	10am - 4pm

Cómo convertir la Clínica de Puerta Abierta en su proveedor de atención primaria

Para establecer como paciente, por favor envíe la Solicitud Básica completada y firmada, junto con una copia de su identificación con foto y prueba de residencia en el Condado de Wake (factura reciente de servicios públicos, extracto bancario, etc.) por:

Email: accesstocare@urbanmin.org **Fax**: 919-836-1352 **Correo**: 1390 Capital Blvd. Raleigh NC 27603

Buzon de papeles: Hay un buzón seguro en nuestra oficina, a la derecha de nuestras puertas de vidrio delanteras, un buzón negro.

Puede encontrar la Solicitud Básica en nuestro sitio web (www.urbanmin.org) o copias en blanco a la izquierda de nuestras puertas de vidrio delanteras en 1390 Capital Blvd. Raleigh NC 27609.

Por favor, espere de 3 a 4 semanas para procesar sus documentos. Llame al 919-746-0098 si tiene alguna pregunta.

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 ...

- ✓ Adultos, No embarazadas, Residentes del condado de Wake
- ✓ Sin seguro (no tiene seguro médico / no tiene acceso a seguro médico)
- ✓ Bajos ingresos 250% FPL *(menos de $3,038 por una pesona O menos de $ 6,250 al mes para una familia de 4)*

Para establecer la atención, envíe **esta solicitud completada y firmada,** junto con **una copia de su identificación con foto , prueba de residencia del condado de Wake** (factura de servicios públicos reciente, extracto bancario, etc.), y **carta de aprobación/denegación de Medicaid** por:

Correo Electrónico: 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

Espere de 3 a 4 semanas para procesar sus documentos. Llame al 919-746-0099 si tiene alguna pregunta.

Nombre Completo: _____ **Fecha De Nac**: ___ / ___ / _____ **Género** : ___Hombre __ Mujer

SSN: _____ _____ninguno **Tax ID**: _____ _____ ninguno

Estado de ciudadanía: ___ Ciudadano Americano ___ Residente Permanente ___ Extranjero con Tarjeta de Empleo ___ Cuidadano Extranjero con Visa ___ Indocumentado

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: _____

Medicaid ID (Número de Medicaid): _____

¿Cuál es su medio de transporte? ___ propio ___ publico ___ uber/lift ___ caminar ___ Familia/Amigos me dan rides

¿Cómo se enteró de la Clínica de Puerta Abierta? _____

Yo, _____, confirmo que hay ____ personas en mi hogar y
(nombre de paciente) (# total de personas en su hogar, incluye menores y USTED)

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

Reconozco que he leído detenidamente las Políticas y procedimientos de Clinicia de Puerta Abierta (atrás). Mi firma a continuación reconoce mi comprensión y disposición para seguir cada una de las políticas establecidas.

Firma del paciente _____ **Fecha:** ____/ _____/ _____

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

La Clínica de Puerta Abierta tiene una cuota administrativa **ANUAL** de **$40 por paciente**. Esta donación se solicitará en el momento de la renovación de su documentación y se puede pagar en su totalidad o en cuotas en cualquier momento durante su período de elegibilidad. Los pagos se pueden realizar con nuestro Coordinador de Recursos ubicado en nuestro vestíbulo principal en efectivo o con tarjeta de crédito/débito durante el horario de oficina (lunes a jueves de 9 a. m. a 5 p. m.).

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 relamentos de elegibilidad. **Estoy seguro de que toda la información que present 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 Clínia 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 decliner este examen. El personal debe discutir los examines 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 servicos de la Clínica de Puerta Abierta.

5. **La confidencialidad**. **Le doy consentimiento a los representativos de Ministerios Urbanos del Condado de Wake, Inc. para solicitor y/o liberar información basada en mis ingresos, el seguro de salud, astuntos financieros, historia médica, historial de medicamentos, solicitudes de asistencia, relaciones familiars o personales, y otra información relevante para determiner 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 excrito, de lo contrarlo este consentimiento es valido por un año de la fecha firmada y atestiguada.