



# **ATENCIÓN: PACIENTES NUEVOS Y EXISTENTES**

## **DOCUMENTOS QUE DEBE TRAER A SU CITA:**

- 1) ID con foto (Licencia de Manejo, Pasaporte o ID Escolar)  
NOTA: Se harán copias de su ID
- 2) Tarjeta de Seguro (La Información será verificada para determinar Deducibles y Co-pagos)
- 3) Tarjeta de Medicaid Actualizada
- 4) Tarjeta de Medicare y Co-pagos Aplicables (\$10.00+)
- 5) Los solicitantes de la Escala Móvil de Tarifas deben traer el Comprobante de Ingresos requerido por un período de un mes o una declaración de Impuestos Anual
- 6) También se requiere la verificación de su dirección y número de teléfono actuales (como: Recibo de Luz, carta de la oficina del Seguro Social, Recibo de Teléfono, etc.)

## **REGISTRATION:**

- 1) Todos los pacientes con acceso a mensajes de texto y / o una dirección de correo electrónico recibirán información para completar los formularios de registro antes de la hora de la cita.
- 2) **O**, puede imprimir una copia y completarla si así se lo indica el personal.
- 3) Para información adicional por favor llame al 256/492-0131 o al 1-800-490-0131



Authorization for Release, Use, and Disclosure of Protected Health Information

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE MAIDEN OR OTHER NAME
FECHA DE NACIMIENTO: SS#: REGISTRO MÉDICO #:
DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: ZIP:
TELÉFONO DÍA: TELÉFONO NOCHE:

Por la presente autorizo a: (Ponga el nombre del Dr. en letra de imprenta) a divulgar información de mi expediente médico como se indica a continuación a:

NOMBRE:
DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CODIGO:
TELÉFONO: FAX:

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:
FECHAS:
Historial y examen físico
Notas de progreso
Informes de laboratorio
Reportes de Rayos-X
Otros:

Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con:
Abuso de sustancias (incluido abuso de alcohol/abuso de drogas)
Salud mental (incluidas notas de psicoterapia)
VIH información relacionada con el VIH (pruebas relacionadas con SIDA)
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL FECHA

Al firmar a continuación, usted autoriza a QOL a usar o divulgar información sobre usted (u otra persona para quien tenga la autoridad para firmar) que esté protegida por la ley federal, con el único propósito y período de tiempo que se describe a continuación. Puede negarse a firmar esta autorización. Sujeto a ciertas excepciones, tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida. Información que se utilizará o divulgará (debe identificarse de una manera específica y significativa), y propósito del uso y divulgación:

Información que no se puede usar ni divulgar:

El nombre u otra identificación específica de la (s) persona (s), o clase de personas, autorizadas para hacer el uso o divulgación solicitados:

Fecha de vencimiento o evento de vencimiento (debe relacionarse con el individuo o el propósito del uso o divulgación):

Esta información sobre usted está protegida por la ley federal y tiene derecho a revocar esta autorización por escrito. Sin embargo, tenga en cuenta que cualquier revocación será efectiva solo en la medida en que aún no hayamos tomado medidas en función de su autorización. Al firmar a continuación, reconoce que la información de salud protegida utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de esta divulgación y puede que ya no esté protegida por la ley federal. No condicionaremos el tratamiento según su autorización. Puede negarse a firmar la autorización.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Como representante personal, tengo autoridad para actuar en nombre de la persona porque soy:

## Quality of Life Health Services, Inc.

Información del Paciente					
<b>Prefijo:</b> <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra.	<b>Apellido:</b>	<b>Primer Nombre:</b>	<b>Segundo Nombre:</b>	<b>Sufijo:</b>	<b>Apodo:</b>
<b>SSN:</b> ____ / ____ / ____	<b>Sexo de Nacimiento:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Identidad de Género: Marque uno</b> <input type="checkbox"/> Elijo no Revelar <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre <input type="checkbox"/> Ni exclusivamente hombre ni mujer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer		<b>Orientacion Sexual: Marque una</b> <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Elijo no revelar <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay/Homosexual <input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> Heterosexual/Heterosexual	<b>Pronombre Preferido: Marque uno</b> <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Ellas <input type="checkbox"/> Sin respuesta
<b>Fecha de Nacim:</b> ____ / ____ / ____ MM/DD/AAAA	<b>Genero Actual:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No Diferenciado	<b>Dirección para factura:</b>			
<b>Dirección secundaria para factura: (si aplica)</b>			<b>Teléfono Casa:</b> _____		
			<b>Teléfono Celular:</b> _____		
			<b>Dirección de E-mail:</b> _____		
<b>Estado Marital: Marque uno</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado		<b>Apellido Materno:</b>	<b>Estado Estudiantil: Marque uno</b> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> No Estudio		
<b>Lenguaje Preferido:</b>	<b>Religion:</b>	<b>Iglesia:</b>	<b>Veterano:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Fumador:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>Aseguranza Primaria</b>			<b>Aseguranza Secundaria (Si Aplica)</b>		
<b>Compañía de Seguros:</b>			<b>Compañía de Seguros:</b>		
<b>Póliza #:</b>	<b>Grupo #:</b>	<b>Póliza #:</b>	<b>Grupo #:</b>		
<b>Fecha Efectiva:</b>	<b>Fecha de Expiración:</b>	<b>Fecha Efectiva:</b>	<b>Fecha de Expiración:</b>		
<b>Dirección de la Compañía de Seguros:</b>			<b>Dirección de la Compañía de Seguros:</b>		
<b>Ciudad, Estado, Código Postal:</b>			<b>Ciudad, Estado, Código Postal:</b>		
<b>Nombre del Asegurado:</b>			<b>Nombre del Asegurado:</b>		
<b>Fecha de Nacimiento:</b> ____ / ____ / ____ MM/DD/AAAA	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>SSN:</b> ____ / ____ / ____	<b>Fecha de Nacimiento:</b> ____ / ____ / ____ MM/DD/AAAA	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>SSN:</b> ____ / ____ / ____
<b>Estado de la Vivienda</b>		<b>Trabajo Agrícola</b>	<b>¿Necesita Intérprete?:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Duplicada (mas de una familia en la misma casa) <input type="checkbox"/> No sin hogar <input type="checkbox"/> Vivo en un refugio <input type="checkbox"/> Vivo en la calle <input type="checkbox"/> Transicional (me muevo de una casa a otra) <input type="checkbox"/> Desconocida/No Reportado		<input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> No soy Trabajador Agrícola <input type="checkbox"/> Temporada	<b>Empleado:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial		
			<b>Empleador:</b> _____ <b>Tel. Trabajo:</b> _____		
			<b>Dirección:</b> _____		
			<b>Ciudad, Estado, Código:</b> _____		
<b>Persona Responsable (Garante)</b>					
<b>Nombre:</b>		<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad, Estado, Código:</b>	
<b>Teléfono Casa:</b>		<b>Teléfono Celular:</b>		<b>Relación con el paciente:</b>	
<b>Contacto de Emergencia (Función de Apoyo)</b>					
<b>Nombre:</b>		<b>Número de Teléfono:</b>		<b>Relación con el paciente:</b>	
				<b>Centro de Salud en la escuela:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>Raza:</b>			<b>Etnia: Marque Una</b>		
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico (No Hawaiiiano) <input type="checkbox"/> No reportado/Desconocido <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No desea especificar			<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> No desea especificar		
			<b>Residencia de vivienda pública: Marque una</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>¿Como se enteró de Quality of Life (Marketing) Marque uno?</b>					
<input type="checkbox"/> Anuncio Espectacular <input type="checkbox"/> Referencia cruzada <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Volante / Folleto <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tarjeta Postal <input type="checkbox"/> Otro					

**Firma del Paciente/Tutor:** \_\_\_\_\_

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

# ***Quality of Life Health Services, Inc.***

## **AVISO: RESUMEN DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO EXPLICA COMO LA INFORMACION DE SU SALUD PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE LO SIGUIENTE CON MUCHO CUIDADO.**

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor comuníquese con Quality of Health Services, Inc. (QOLHS) o con un Oficial Corporativo de Cumplimiento de las leyes al (256)492-0131.

Esto es un resumen de nuestro aviso de las Practicas de Privacidad, el cual describe cómo podemos usar y revelar información protegida sobre su salud para llevar a cabo tratamientos, pagos, o cuidado médico, y cualquier otro propósito permitido o requerido por la ley. También explica sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. La ley requiere que nosotros mantengamos la privacidad de su información médica protegida y le proporcionemos un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida.

Se nos requiere cumplir con los términos de este Aviso de la Practicas de Privacidad. Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento y nos reservamos el derecho de hacerlo. El nuevo aviso entrará en vigor para toda la información médica protegida que mantengamos en ese momento.

Publicaremos una copia del aviso actual en nuestras instalaciones.

Usaremos su información médica protegida como parte de la prestación de atención al paciente, incluido el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y los servicios relacionados con la salud y las alternativas de tratamiento.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida se harán solo con su autorización por escrito, a menos que la ley permita o exija lo contrario. Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que QOLHS, Inc. haya tomado una acción basándose en el uso o la divulgación indicados en la autorización. En algunas circunstancias, nosotros podremos usar o revelar información sobre su salud protegida sin su autorización o sin la oportunidad de estar de acuerdo u oponerse.

**Usted tiene el derecho a enmendar información protegida sobre su salud**

**Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar información protegida sobre su salud**

**Usted tiene el derecho a obtener de QOLHS una copia escrita de este aviso**

**Usted tiene el derecho a obtener una contabilidad de cualquier acceso que hayamos tenido a su cuenta, si hay alguna, sobre información protegida de su salud**

**Usted tiene el derecho a pedir una restricción sobre la información protegida de su salud**

**Usted puede presentar una queja con QOLHS, Inc. o con la secretaria del Departamento de Salud y Recursos Humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Para presentar una queja, comuníquese por escrito con la Especialista de Educación al Paciente en QOLHS, Inc.**

**Usted no será penalizado por presentar una queja.**

**Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre o Representante del Paciente  
(si corresponde)**

\_\_\_\_\_  
**Descripción de la Autoridad Legal para Actuar en Nombre del Paciente**

Este resumen se publicó junto con el aviso de prácticas de privacidad.



# FORMULARIO DE ADMISION Y CONSENTIMIENTO

## CONSENTIMIENTO

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Solicito y doy mi consentimiento a mi médico para que proporcione y realice la atención médica/quirúrgica, pruebas, procedimientos, medicamentos y otros servicios y suministros que mi médico considere necesarios o beneficiosos para mi salud y bienestar. Reconozco que no se me han hecho declaraciones, promesas o garantías en cuanto a los resultados o curas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente, padre o tutor)

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## TARIFAS DE LABORATORIO

Yo, el abajo firmante, entiendo que hay una tarifa por las pruebas de laboratorio ordenadas por el médico que me atiende. También entiendo que puedo recibir una tarifa adicional de un laboratorio externo. Hablaré con el médico sobre cualquier pregunta antes de que se ordene cualquier prueba en mi nombre.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## TELEMEDICINA

**CONSENTIMIENTO PARA CONSULTA DE TELEMEDICINA:** Al firmar en esta sección, usted da su consentimiento para participar en los servicios de consulta de telemedicina. Usted reconoce que ha leído y comprende las disposiciones de telemedicina. Usted reconoce que su proveedor de atención médica le ha explicado cómo funcionan las videoconferencias de telemedicina. Por la presente doy mi consentimiento para participar en una consulta de telemedicina.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## DECISIONES AVANZADAS

Con respecto a asuntos relacionados con el final de la vida útil y las decisiones anticipadas, la política corporativa es que estas decisiones no se pueden respetar en nuestras instalaciones en caso de emergencias. Se tomarán medidas de soporte vital básico hasta que se pueda determinar el pronóstico definitivo de la afección.

¿Ha tomado decisiones avanzadas (Decisiones sobre tratamiento de salud)? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, acepto proporcionar una copia de este documento a la oficina dentro de los 10 días. Si no, ¿le gustaría que alguien le explicara esto? Si \_\_\_\_\_ (si respondió Sí, referir a Servicios Sociales) No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Iniciales

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

He sido informado de los derechos y responsabilidades del paciente de Quality of Life Health Services, Inc., y me ofrecieron una copia.

Nombre \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Cliente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Entrevistador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Por la presente autorizo a QOLHS, Inc. A acceder a mi historial de medicamentos y a todas las recetas surtidas en las farmacias del estado de Alabama.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí o mi dependiente a divulgar a la Administración de Financiamiento de la Atención Médica (Medicare), si corresponde, o a cualquier otra compañía de seguros y sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para servicios relacionados. Además, solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare, Medigap o cualquier otra compañía de seguros se realice en mi nombre directamente a Quality of Life Health Services, Inc. por cualquier servicio que me brinde mi médico. Reconozco la responsabilidad por el pago de cualquier deducible, coseguro y servicios no autorizados o no cubiertos. Si por alguna razón la cuenta se vuelve morosa, acepto pagar todos los honorarios legales y de cobranza. Esta autorización es válida hasta que sea revocada por mí o mi representante legal. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el original.

Firma del Paciente o Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

QUALITY OF LIFE HEALTH SERVICES, INC.

**SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFA REDUCIDA/VARIABLE**

Para calificar para el descuento de tarifa variable, esta solicitud debe completarse y devolverse (dentro de 10 días hábiles) a partir de la fecha de servicio. Si no se proporciona esta información, los cargos incurridos por esa visita permanecerán como están y no se proporcionará ningún descuento; por lo tanto, el solicitante / paciente será responsable de los cargos completos. El descuento de tarifa variable es válido por un (1) año a partir de la fecha de la solicitud. Para continuar recibiendo un descuento de tarifa variable, el solicitante debe volver a presentar la solicitud y presentar prueba de ingresos.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico y / o cobertura de medicamentos recetados? (como Medicaid, BCBS, seguro privado, Medicare, beneficios de VA) Si  o No  En caso afirmativo, indique el nombre / tipo de seguro. \_\_\_\_\_

Número de personas que viven en su familia / casa: \_\_\_\_\_

**Indique los nombres y la fecha de nacimiento de todas las personas que viven en su hogar:**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
Usted mismo(a):		Dependiente:	
Esposo(a):		Dependiente:	
Dependiente:		Dependiente:	
Dependiente:		Dependiente:	
Dependiente:		Otro:	
Dependiente:		Otro:	

**INGRESO ANUAL DEL HOGAR**

MIEMBRO DEL HOGAR	INGRESO ANUAL DEL HOGAR
USTED MISMO(A)	
ESPOSO(A)	
DEPENDIENTE NIÑO(A)	
DEPENDIENTE NIÑO(A)	
OTRO	
TOTAL	

**NOTA: Incluya los ingresos de todas las fuentes, incluidas las siguientes:**

- Ingreso neto (Forma W-2/Forma 1099/Schedule C infantil) Dividendos o intereses sobre ahorros o bonos Pensión Alimenticia
- Salarios netos y propinas del talón de cheque Beneficios del Seguro Social Carta de desempleo
- "Declaración de sostenibilidad" según corresponda Ingresos de sucesiones o fideicomisos o ingresos Regalías o liquidaciones
- Ingresos netos del trabajo por cuenta propia agrícola y no agrícola Pensiones o anualidades privadas Pago de Veteranos
- Documento de asistencia del gobierno (por ejemplo, Carta de certificación de cupones para alimentos con ingresos laborales y no laborales declarados)

Al firmar este formulario, reconozco la veracidad y la integridad de toda la información solicitada. Certifico que me pondré en contacto / notificare a QOLHS, Inc. Si tengo un cambio de Seguro y / o ingresos. Doy mi consentimiento para divulgar mi información a las Compañías Farmacéuticas solo con fines de auditoría para los Programas de Medicamentos de Asistencia al Paciente, si corresponde. También certifico que fui informado de mis derechos y requisitos para solicitar el Programa de descuento de tarifa variable, como se indicó anteriormente. **Además, entiendo que tengo diez (10) días hábiles para devolver mi verificación de ingresos o enviarla por correo a la dirección corporativa y al personal designado.**

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA (PARA USO SOLAMENTE DE LA OFICINA)**

**A copy of the provided income documentation must be attached to this application.**

Staff Name (Please Print) \_\_\_\_\_

Signature of Staff \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

- **Declino** el descuento de tarifa variable entendiéndome mi derecho para solicitarlo. \_\_\_\_\_ (Firma del Paciente)

**QUALITY OF LIFE HEALTH SERVICES, INC.**

**Formulario de Declaración de Sostenibilidad  
Solicitud de Descuento de Tarifa Variable/Reducida**

Por favor llene esta declaración de sostenibilidad si la prueba de ingresos no está disponible. Sírvase indicar cómo se están satisfaciendo las necesidades de vida del día a día básicos sin ingresos. Esto permitirá a Quality of Life Health Services, Inc. procesar la solicitud de tarifa reducida. Los pacientes deben presentar una prueba escrita de la ayuda financiera de alguna agencia externa o del individuo que la proporciona. La prueba escrita de la ayuda financiera de la agencia externa o del individuo que la proporciona, deberá ser entregada dentro de los 10 días hábiles a partir de la fecha de servicio. Los pacientes que completaron el Formulario de Declaración de Sostenibilidad serán reevaluados después de seis (6) meses. **La información se puede enviar por correo a la oficina corporativa al personal designado.**

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de personas relacionadas que viven en su familia/casa: \_\_\_\_\_

Explique por qué no se puede proporcionar la verificación de ingresos y los medios para satisfacer las necesidades básicas diarias:

---

---

---

Al firmar este formulario, reconozco la veracidad e integridad de toda la información requerida, y entiendo que el descuento tarifa reducida no se aplica a otras oficinas de los proveedores de atención de salud y servicios fuera de QOLHS, Inc. Certifico que me pondré en contacto QOLHS, Inc., en el caso de que tenga un seguro y / o cambio de ingresos. Doy mi consentimiento para divulgar mi información a las empresas farmacéuticas para fines de auditoría sólo para los Programas de Medicamentos de Asistencia al Paciente, si procede.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

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

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA (SOLO PARA USO DE LA OFICINA)

**A copy of the provided income documentation must be attached to this application.**

Approved  Disapproved (attached explanation of disapproval)

Eligible for discount of: \_\_\_\_\_ Beginning: \_\_\_\_\_ Ending: \_\_\_\_\_

Medical Record #: \_\_\_\_\_ PSR Name (please print): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature: VP of Operations or Designee**

\_\_\_\_\_  
**Date**



## CARTA DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO

Fecha: \_\_\_\_\_

Esta carta es notificación de que \_\_\_\_\_ (nombre del paciente),

\_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento), \_\_\_\_\_ (número de seguro social) está empleado por

\_\_\_\_\_ (nombre de la compañía y/o empleador)

cómo \_\_\_\_\_ (por ejemplo camarero, cocinero, mano de obra contratada, limpieza, etc.) y

ha estado empleado desde \_\_\_\_\_ (fecha de contratación).

\_\_\_\_\_ (nombre del paciente) el salario antes de impuesto es de \$ \_\_\_\_\_

por **hora/semana/quincena/mes (circule uno)** y el/ella trabaja \_\_\_\_\_ horas por semana a \_\_\_\_\_ por hora).

Sinceramente,

\_\_\_\_\_

(Firma del Empleador)

\_\_\_\_\_

(Nombre del Empleador)

\_\_\_\_\_

(Dirección del Empleador)

\_\_\_\_\_

(Ciudad, Estado, Código Postal del Empleador)

\_\_\_\_\_

(Número de Teléfono del Empleador)

\_\_\_\_\_

(# de Identificación de Impuestos del Empleador)

**NOTA:** La documentación de la Fuente de ingresos se debe proporcionar a Quality of Life Health Services, Inc. **Dentro de los 10 días hábiles** a partir de la fecha de visita. La Carta de Verificación de Empleo completa puede ser entregada personalmente o enviada por correo a Quality of Life Health Services, Inc. a la dirección provista más abajo. Si necesita más información, por favor llame al 256-492-0131, extensión 6314.

**Por favor devuelva la Carta de Verificación de Empleo completa a:**

Quality of Life Health Services, Inc.  
Attention: Vice President of Operations  
Post Office Box 97, Gadsden, AL 35902