

Demografía de paciente

Apellido: _____ primer nombre: _____ Genero: Hombre Mujer
 Fecha de nacimiento: _____ dirección: _____ ciudad: _____ Zip: _____
 Condado de residencia: _____ Teléfono de casa: _____ móvil: _____
 ¿Acepta textos? Si No ¿Da Ud. consentimiento para automatizar llamadas de recordatorio de cita? Si No
 Correo electrónico: _____ Idioma preferido: Inglés Español otro: _____

¿Ha visitado un hospital en las últimas 6 semanas? Sí, visite una ER sí, inscribí en un hospital no visite
 no quiero responder

Si la Clínica Grace no estaba abierto hoy, ¿adónde irías para recibir atención médica? No se Hospital
 Atención de urgencia Consultorio médico No buscaría atención médica no quiero responder

Basado en el tamaño de su familia, ¿son sus ingresos MENOS DE la cantidad a continuación? Si No inicial: _____

Pautas federales de pobreza de 2018 (200%) Para los 48 estados contiguos y el distrito de Columbia			
Tamaño de la familia	Renta anual (antes de impuestos)	Ingresos mensuales (antes de impuestos)	Ingresos semanales (antes de impuestos)
1	\$24.280	\$2.023	\$467
2	\$32.920	\$2.743	\$633
3	\$41.560	\$3.463	\$799
4	\$50.200	\$4.183	\$965
5	\$58.840	\$4.903	\$1.132
6	\$67.480	\$5.623	\$1.298
7	\$76.120	\$6.343	\$1.464
8	\$84.760	\$7.063	\$1.630
Cada adicional	\$8.640	\$720	\$166

¿Tiene Medicaid u otro seguro? Medicaid seguro privado No tengo seguro

¿Quieres orar con nuestro equipo de oración después de la visita médica? Si No

¿Cómo aprendió sobre nosotros? Publicidad de boca en boca Médico Hospital Otros: _____

Si desea registrar a un paciente menor de 18 años, por favor complete la siguiente información:

Apellido de padre/madre o tutor: _____ nombre de padre/madre: _____

Teléfono del padre/tutor: _____ correo electrónico de padre/madre: _____

Su relación con el paciente: Madre/Padre tutor otra: _____

Consentimiento para el tratamiento

Por la presente doy mi consentimiento para la provisión de cuidado, diagnóstico o tratamiento de las clínicas Grace de Ohio, Inc. y por la presente reconozco que dicho consentimiento permanecerá en efecto a menos que y hasta cancelar dicho consentimiento por escrito.

Por la presente reconozco y confirmo que soy mentalmente capaz de dar consentimiento informado para la prestación de la atención, diagnóstico o tratamiento y no están sujetos a coacción o influencia indebida.

Firma del paciente o persona autorizada para consentimiento *

Fecha

Relación con el paciente

* Si este consentimiento es firmado por alguien que no sea el paciente, debe ser firmado en presencia del paciente.

Por favor, revise las siguientes declaraciones e inicial en la línea provista.

Informe sobre paciente derechos y responsabilidades

_____ He leído y entiendo el paciente derechos y responsabilidades como Publicada en Delaware de la clínica Grace. He tenido la oportunidad de hacer preguntas o explicación de la petición de un voluntario o miembro del personal de la clínica Grace de Delaware.

Informe de responsabilidad limitada

_____ He leído y entiendo el aviso de responsabilidad limitada para profesionales clínica de salud gratis, los voluntarios, miembros de la Junta, agentes, empleados y contratistas independientes como Publicada en la clínica Grace de Delaware. Soy mentalmente competente y bajo ninguna coacción o indebida influencia, le estoy dando consentimiento a la inmunidad cualificada que se extiende a los médicos de las clínicas Grace de Ohio, Inc. que brindan diagnóstico, cuidado o tratamiento como ninguna indemnización es recibido o esperada y se suministra en una clínica gratuita.

Nombre del paciente: _____



Grace Clinic Delaware
YOUR NEIGHBORHOOD FREE MEDICAL MINISTRY

Divulgación de información

Yo, _____ doy permiso tolerancia clínica a compartir los registros de salud o dar información verbal acerca de mi salud a todos los proveedores de atención médica a quien puedo pedir atención adicional o tratamiento derivados y razonablemente relacionadas con los servicios prestados por la clínica Grace. También doy permisión a todos los proveedores de quien solicito atención o tratamiento adicional y razonablemente relacionadas con los servicios prestados por la clínica Grace, para obtener copias de registros de salud o recibir información verbal acerca de mi salud. Entiendo que la información liberada u obtenida se utilizará únicamente para los fines de brindar atención en la clínica Grace o por otras razones sólo después de un lanzamiento se firmó para ese propósito. Si el paciente es menor de edad, (menos de 18 años de edad), el padre/la madre o tutor sea responsable de firmar la liberación.

Doy a la Clínica Grace Delaware permiso para compartir mi información de salud con las siguientes personas:

_____	_____	_____
Nombre	relación	número de teléfono

_____	_____	_____
Nombre	relación	número de teléfono

_____	_____	_____
Nombre	relación	número de teléfono

Firma del paciente o persona autorizada para consentimiento *

fecha

Relación con el paciente

* Si este consentimiento es firmado por alguien que no sea el paciente, debe ser firmado en presencia del paciente.

Nombre del paciente: _____



Grace Clinic Delaware

YOUR NEIGHBORHOOD FREE MEDICAL MINISTRY

Historia de la Salud

¿Tiene un médico de atención primaria? No Sí: En caso afirmativo, añadir su información a continuación:

Nombre del médico: _____ Su Teléfono: _____

Su Dirección: _____

Motivo de su visita hoy: _____

Alergias a medicamentos: _____

Otras alergias: _____

Por favor, compruebe si Ud. tiene o ha tenido alguna de lo siguiente:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD ADHD | <input type="checkbox"/> diverticulosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Vista doblado | <input type="checkbox"/> los cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> reflujo ácido | <input type="checkbox"/> oído o problemas de la audición | <input type="checkbox"/> úlceras de pierna o pie |
| <input type="checkbox"/> acné | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> edema | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> MRSA exposición |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> endometriosis | <input type="checkbox"/> meningitis |
| <input type="checkbox"/> articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> Flomax Uso | <input type="checkbox"/> esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> trastorno del espectro autista | <input type="checkbox"/> Los problemas GI | <input type="checkbox"/> problemas musculares,articulares o de los huesos |
| <input type="checkbox"/> enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Enfermedades gastrointestinales | <input type="checkbox"/> lesiones de cuello |
| <input type="checkbox"/> problemas de la vejiga o el riñón | <input type="checkbox"/> La gota | <input type="checkbox"/> trastorno neurológica |
| <input type="checkbox"/> coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Lesiones en la Cabeza/conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> Neuropatía |
| <input type="checkbox"/> trastorno de la sangre | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> órgano trasplante |
| <input type="checkbox"/> Problema del pecho | <input type="checkbox"/> corazón ataque | <input type="checkbox"/> La osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> el cáncer | <input type="checkbox"/> hepatitis | <input type="checkbox"/> marcapasos |
| <input type="checkbox"/> insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> hernia | <input type="checkbox"/> enfermedad vascular periférica |
| <input type="checkbox"/> estreñimiento | <input type="checkbox"/> colesterol alto | <input type="checkbox"/> Convulsiones / epilepsia |
| <input type="checkbox"/> enfermedad arterial coronaria | <input type="checkbox"/> Historia de ITS | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel |
| <input type="checkbox"/> La depresión | <input type="checkbox"/> Historia de PAP anormal | <input type="checkbox"/> la apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad diabética del ojo | <input type="checkbox"/> El hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> El hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Las úlceras |

Por favor listar cualquier otra condición médica ya no mencionadas aquí que Ud. tiene o ha tenido en el pasado: _____

Nombre del paciente: _____



Grace Clinic Delaware

YOUR NEIGHBORHOOD FREE MEDICAL MINISTRY

Historia social

Por favor, conteste las siguientes preguntas en la medida de su capacidad. Sus respuestas son confidenciales y sólo serán compartidos con su equipo médico.

¿Cuál es su consumo de alcohol? Ninguno ocasionales moderadas abundante

¿Cuántos años? _____

Su consumo de tabaco para mascar: Ninguno 1x / día 2-4x / día + 5 / día

Tiene alguna preocupación por satisfacer las necesidades básicas como la vivienda, el calor, etc. Sí No

¿Está actualmente embarazada? Sí No N / A

¿Usted siente deseos de hacerse daño a sí mismo? Sí No

¿Se siente amenazado en una relación? Sí No

¿Se siente amenazado en su entorno familiar? Si No

¿Tiene un historial de tratamiento de abuso de sustancias? Sí No

¿Alguna vez deliberadamente daño a sí mismo? Sí No

¿Utiliza drogas ilícitas? Sí No Años de consumo de drogas: _____

En los últimos 12 meses, había preocupado que la comida que tenía no duró y que no tendrá suficiente dinero para comprar más? Muy Cierto algo cierto Nunca verdadera seguro o no contestar

En los últimos 12 meses ha preocupado de que su comida se agotaría antes de quedar dinero para comprar más?

Muy Cierto algo cierto Nunca verdadera seguro o no contestar

¿Existe un historial de abuso emocional? Si No

¿Hay una historia de abuso físico? Sí No

¿Cuántos niños viven en su hogar? _____

¿Es usted un fumador? Sí No fumador Anterior _____ Actual paquetes por día? _____ Años de uso

Nivel de hacer Ejercicio: Ninguno Ocasionales Moderado Mucho

¿Tiene empleo actualmente? Sí No ¿Viva solo o con otros?: solo con otros

Su nivel de estrés general: Baja Media Alta

Nombre del paciente: _____

