

Datos Demográficos de los Pacientes (Español)

Fecha de hoy _____

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ Género: Male Female

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____

Código postal: _____ Condado: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

¿Da su consentimiento para el recordatorio de cita?: Sí No ¿Textos? Sí No ¿Llamadas? Sí No

Correo electrónico: _____ Idioma preferido: Inglés Español Otra: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____ Estado civil: _____

¿Ha visitado un hospital en las últimas 6 semanas? Sí visité la sala de emergencias. Sí hospital No

Si Grace Clinic no estuviera abierta hoy, ¿a dónde iría para recibir atención médica? No sé Hospital Atención de urgencia

Consultorio médico No recibiría atención Negarse a responder

¿Cumple con las pautas de ingresos de Grace Clinic que se enumeran a continuación? Sí No Inicial: _____

Pautas federales de pobreza 2023 (200%) Para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia			
Personas en familia/hogar	Ingresos anuales (Antes de impuestos)	Ingresos mensuales (Antes de impuestos)	Ingresos semanales (Antes de impuestos)
1	\$29,160	\$2,430	\$561
2	\$39,440	\$3,287	\$758
3	\$49,720	\$4,143	\$956
4	\$60,000	\$5,000	\$1,154
5	\$70,280	\$5,857	\$1,352
6	\$80,560	\$6,713	\$1,549
7	\$90,840	\$7,570	\$1,747
8	\$101,120	\$8,427	\$1,945
Cada persona adicional agrega	\$10,280	\$857	\$198

¿Tienen seguro? Ninguna Medicaid Otros seguros

¿Le gustaría orar con nuestro equipo de oración después de su visita médica? Sí No

¿Cómo se enteró de nosotros? Publicidad De boca en boca Médico de Atención Primaria Hospital Other : _____

Si está registrando a un paciente menor de 18 años, complete la siguiente información:

Nombre del padre/tutor: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección del padre/tutor (si es diferente de la del paciente): _____

Teléfono del padre/tutor (si es diferente de la paciente): _____

Relación con el paciente: Madre/Padre Guardiania Otras: _____

Divulgación de información

I, _____ Por la presente, doy permiso a Grace Clinic para divulgar registros de salud y / o dar información verbal sobre mi salud a todos y cada uno de los proveedores de atención médica de quienes pueda buscar atención o tratamiento adicional que surja de y esté razonablemente relacionado con los servicios proporcionados por Grace Clinic..

También doy a todos y cada uno de los proveedores de atención médica de quienes pueda buscar atención o tratamiento adicional y razonablemente relacionados con los servicios proporcionados por Grace Clinic, permiso para obtener copias de los registros de salud y / o para recibir información verbal sobre mi salud. Entiendo que la información divulgada y / u obtenida se utilizará solo con el propósito de brindar atención en Grace Clinic o por otras razones solo después de que se haya firmado una autorización para ese propósito en particular. Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), el padre o tutor es responsable de firmar la liberación.

Le doy permiso a Grace Clinics of Ohio para compartir mi información de salud con la siguiente persona:

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Consentimiento para el tratamiento

Por la presente, doy mi consentimiento para la prestación de atención, diagnóstico y / o tratamiento por parte de Grace Clinics of Ohio, Inc. y por la presente reconozco que dicho consentimiento permanecerá vigente a menos que y hasta que cancele dicho consentimiento por escrito.

Por la presente reconozco y confirmo que soy mentalmente capaz de dar mi consentimiento informado para la prestación de la atención, diagnóstico y / o tratamiento y no estoy sujeto a coacción o bajo influencia indebida.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Por favor revise las siguientes declaraciones y la inicial en la línea proporcionada.

Revisión de los derechos y responsabilidades del paciente

_____ He leído y entiendo los Derechos y responsabilidades del paciente publicados en Grace Clinic Delaware. He tenido la oportunidad de hacer preguntas o solicitar una explicación de un voluntario y / o miembro del personal de Grace Clinic Delaware.

Revisión de la responsabilidad limitada

_____ He leído y entiendo el aviso de responsabilidad limitada para profesionales voluntarios de atención médica, miembros de la junta, funcionarios, empleados y contratistas independientes de la clínica gratuita publicado en Grace Clinic Delaware. Siendo mentalmente competente y sin coacción o influencia indebida, estoy dando mi consentimiento informado a la inmunidad calificada que se extiende a los proveedores de atención médica de Grace Clinics of Ohio, Inc. que proporcionan diagnóstico, atención o tratamiento siempre y cuando no se reciba o espere una compensación y se proporcione en una clínica gratuita.

Formulario de consentimiento de telemedicina

_____ He leído y entiendo el Formulario de consentimiento de telemedicina, y autorizo a Grace Clinic a permitirme a mí / al paciente participar en una telemedicina (servicio de video)

Historia Social

Hogar y Medio Ambiente (Home and Environment) - ¿Hay fumadores en su casa? Sí No

Uso de sustancias (Substance Use)

¿Fuma tabaco o alguna vez? Nunca Anterior Actual todos los días Actual algunos días

¿Cuánto tabaco fuma? 1 paquete/semana 2 paquete/semana 1/4 paquete/día 1/2 paquete/día
 1 paquete/día

¿Cuántos años ha fumado tabaco? _____

¿A qué edad empezó a fumar tabaco? _____

¿Ha consumido usted o alguna vez alguna otra forma de tabaco o nicotina? Sí No

¿Alguna vez ha usado cigarrillos electrónicos o vapear? Nunca Anterior Actual

¿Ha consumido o ha consumido tabaco sin humo alguna vez? Nunca Anterior Tabacco Masticar Polvo

¿Cuál es su consumo de alcohol? Nunca Ocasional Moderada Pesado

¿Consume drogas ilícitas? Sí No

Actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living)

¿Es capaz de cuidar de sí misma? Sí No

¿Es ciega o tiene dificultad para ver? Sí No

¿Es sorda o tiene dificultad para oír? Sí No

¿Tiene dificultad para caminar o subir escaleras? Sí No

¿Tiene dificultades de transporte? Sí No

Educación y ocupación (Education and Occupation) - ¿Está empleado/a actualmente? Sí No

Directiva anticipada (Advance Directive)

¿Tiene una directiva anticipada? Sí No

¿Cuál es el estado de su código? Código completo No resucitar No intubar No resucitar / No intubar Confort

Dieta y ejercicio (Diet and Exercise) ¿Cuál es su nivel de ejercicio? Nunca Ocasional Moderada Pesado

Matrimonio y relación (Marriage and Relationship)

¿Cuál es su estado civil? Desconocido/a Casado/a Solo/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Pareja doméstica

¿Cuántos hijos tiene? _____

Modo de vida (Lifestyle) ¿Se siente estresado/a? (¿Tenso/a, nervioso/a, ansios/ao o incapaz de dormir por la noche?)

De nada Un poco Hasta cierto punto Mucho

Examen de detección de (Grace Clinic Screening)

¿Tiene ganas de hacerte daño? Sí No

¿Se siente amenazada en una relación? Sí No

¿Se siente amenazada en tu entorno familiar? Sí No

¿Alguna vez se ha hecho daño a propósito? Sí No

¿En los últimos 12 meses no ha durado la comida que compró y no tenía suficiente dinero para comprar más?

A menudo cierto A veces es cierto Nunca es cierto No está seguro o se niega a responder

¿En los últimos 12 meses, ¿le ha preocupado que su comida se agote antes de obtener dinero para comprar más?

A menudo cierto A veces es cierto Nunca es cierto No está seguro o se niega a responder

¿Tiene un historial de abuso emocional? Sí No

¿Tiene antecedentes de abuso físico? Sí No

¿Le preocupa satisfacer necesidades básicas como vivienda, calefacción, etc.? Sí No

Historial Médico Pasado

Por favor, compruebe si tiene o ha tenido alguna de las siguientes:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADDP/TDAH | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza/conmoción cerebral |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón |
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Historia de las ITS |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Antecedentes de PAP anormal |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga o riñón | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> Problema de los senos | <input type="checkbox"/> Úlceras en las piernas o los pies |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Exposición a MRSA |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas musculares, articulares o óseos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad ocular diabética | <input type="checkbox"/> Lesión en el cuello |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico |
| <input type="checkbox"/> Diverticulosis | <input type="checkbox"/> Neuropatía |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de oído o audición | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel |
| <input type="checkbox"/> Uso de Flomax | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Got | <input type="checkbox"/> Ulcers |