

HEART AND SOUL FORMULARIO DE REGISTRO

(Escriba por favor)

Fecha:

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Apellido del paciente:	Nombre:	Segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr.	<input type="checkbox"/> Srta.	Estatus marital (dibuje usted un círculo alrededor uno): Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)
			<input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Sa.	
¿Esto es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Si no es, que es su nombre legal? (nombre anterior):	Fecha de nacimiento: Mes/Día/Año / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Dirección :		Teléfono celular: ()		Teléfono fijo: ()	
Apartado de correos:	Ciudad:	Estado:		Código postal:	

INFORMACIÓN SOBRE LA SEGURO DE SALUD

¿El paciente está cubierto por seguro de salud? Sí No

AUTORIZACIÓN PARA MENSAJES

Autorizo mensajes con respecto a mis citas se publiquen través de (marque las casillas):

- Texto (SMS)
 - Numero de telefono para recibir sus textos a su telefono: _____
 - Mensaje de voz (voicemail)
 - E-mail
 - Proporcione un correo electrónico: _____
- El correo electrónico de Heart and Soul Clinic es un sistema de correo electrónico no seguro

EN CASO DE UNA EMERGENCIA

Nombre de un familiar local	Relación	Teléfono fijo: ()	Teléfono de trabajo: ()
-----------------------------	----------	-----------------------	-----------------------------

Doy a la clínica la permisión de **compartir** la información medical a las personas siguientes:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Con la presente certifico que la información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma _____

Fecha _____

¡Muchas gracias por visitar la Clínica Heart & Soul! Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudan a obtener la subvención que nos permite proporcionar atención médica y dental gratuita. Todas sus respuestas se mantendrán estrictamente anónimas, así que responda con la mayor precisión posible.

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del Paciente: ____ / ____ / ____
Mes Dia Año

Sexo del paciente: MUJER HOMBRE OTRO

Código postal del paciente(zip code): _____ Condado del Paciente: _____

- 1) ¿En el último año el paciente ha tenido dificultad para obtener atención de salud mental inmediata o económico? SI NO
- 2) ¿Hay algún individuo en el hogar del paciente incapacitado o discapacitado? SI NO
¿El paciente siendo visto es discapacitado? SI NO
- 3) Estado civil del paciente: CASADO(A) SOLTERO(A) VIUDO(A)
- 4) El paciente trabaja: JORNADA COMPLETA MEDIA JORNADA DESEMPLEADO NO SE APLICA
- 5) ¿El paciente tiene problemas con el transporte para recibir atención médica o trabajar? SI NO
- 6) Vivienda del paciente: RENTA PROPIETARIO NO TIENE VIVIENDA Otro: _____
- 7) En los últimos 6 meses, ¿el paciente no ha podido pagar u obtener alimentos? SI NO
- 8) En los últimos 6 meses, ¿el paciente no ha podido pagar sus servicios públicos? SI NO NO SE APLICA
- 9) ¿El paciente ha recibido asistencia de la oficina de su municipio (Township Trustee) en los últimos 12 meses?
SI NO
- 10) ¿Es el paciente un veterano de EE. UU.? SI NO
- 11) ¿Fuma el paciente? SI NO
¿Vapea el paciente? SI NO

En caso afirmativo, ¿le gustaría al paciente recibir información sobre el Programa para dejar de Fumar de Indiana? SI NO

12) En los últimos 6 meses, ¿el paciente ha tenido alguna preocupación con las drogas o el alcohol? SI NO

13) ¿El paciente siendo visto tiene seguro médico? SI NO

Si está asegurado, el tipo de seguro es: (e.g. Medicare, Medicaid, del Empleador): _____

14) ¿El paciente siendo visto tiene un médico de atención primaria? SI NO

15) ¿El paciente siendo visto tiene seguro dental? SI NO

Si está asegurado, el tipo de seguro es: (e.g. Medicare, Medicaid, del Empleador): _____

Por favor gire la página al otro lado

16) En la tabla de abajo: 1) Marque con un círculo el número de personas en el hogar del paciente.

2) Marque con un círculo el ingreso anual total del paciente correspondiente al número de personas en el hogar del paciente.

Para el propósito de este formulario, el término hogar se define como: usted y su esposo(a) si están legalmente casados e hijos dependientes; o usted y sus hijos dependientes; o si es mayor de 18 años, soltero y sin hijos, es un hogar de 1.

1	\$0 - \$17,150	\$17,151 - \$28,600	\$28,601 - \$45,750	Mas que \$45,750
2	\$0 - \$19,600	\$19,601 - \$32,650	\$32,651 - \$52,250	Mas que \$52,250
3	\$0 - \$22,050	\$22,051 - \$36,750	\$36,751 - \$58,800	Mas que \$58,800
4	\$0 - \$26,500	\$26,501 - \$40,800	\$40,801 - \$65,300	Mas que \$65,300
5	\$0 - \$31,040	\$31,041 - \$44,100	\$44,101 - \$70,550	Mas que \$70,550
6	\$0 - \$35,580	\$35,581 - \$47,350	\$47,351 - \$75,750	Mas que \$75,750
7	\$0 - \$40,120	\$40,121 - \$50,600	\$50,601 - \$81,000	Mas que \$81,000
8	\$0 - \$44,660	\$44,661 - \$53,900	\$53,901 - \$86,200	Mas que \$86,200

17) Número de personas en la casa: adulto(s) _____ niños _____

18) ¿Reside el paciente en un hogar monoparental? SI NO

El individuo parental es: MUJER HOMBRE Otro: _____

19) ¿Cómo se identifica el paciente?

Asiático Nativo del América de Norte/Nativo de Alaska

Negro/Afroamericano Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

Indio(a) Blanco Otro: _____

20) ¿Cuál es origen étnico del paciente? Hispano No Hispano

21) ¿Cuál es el idioma principal del paciente (p.ej inglés, español, árabe, mandarín): _____

22) ¿El paciente necesita un intérprete? SI NO

23) Nivel de educación del paciente (marque uno)

Estudiante actual (menor de 18 años) Graduado de secundaria/GED Alguna educación superior

Estudiante actual (mayores de 18 años) Escuela de comercio Graduado de la Universidad

Alguna escuela (sin diploma) Otro: _____

24) ¿Recibe el paciente alguno de los siguientes? (Marque con un círculo todo lo que aplique.)

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) Beneficiario calificado de Medicare

Cupones de alimentos (Food Stamps)

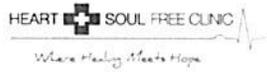
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Vivienda pública/ Sección 8 WIC

Programa de Seguro medico para niños (CHIP) Asistencia médica

25) ¿Cómo se enteró el paciente de la Clínica Heart and Soul?

Amigo(a) Familia Grace Care Center Trinity Free Clinic Hope Clinic Trabajo/Empleador

Website Otro Web Otro: _____



HEART AND SOUL CLINIC, INC.
17338 Westfield Park Rd., Ste. 1
Westfield, IN 46074
RELEASE OF INFORMATION

En consideración a la consulta y al tratamiento medico que gratuitamente he recibido por parte de la clínica, Heart and Soul Clinic, Inc., por este conducto acepto los siguientes términos:

Doy mi consentimiento para que Heart and Soul Clinic, Inc., tenga acceso sin restricción alguna a mis registros médicos, independiente del lugar y/o la custodia en que se encuentren actualmente los registros de salud.

Descargo y libero de toda responsabilidad a la clínica, Heart and Soul Clinic, Inc., sus funcionarios, directores, agentes, empleados y voluntarios de toda responsabilidad por cualquier manera, directa o indirecta en pérdida a mi persona o propiedad, ocasionado por cualquier manera directa o indirecta que surja de mi recepción de cualquier diagnóstico, consulta, procedimientos, medicamentos, tratamientos o consejo en los cuales la clínica, Heart and Soul Clinic, Inc., tenga alguna responsabilidad o está a su disposición.

Por medio de este documento, doy mi permiso a la clínica, Heart and Soul Clinic, Inc., sus agentes y voluntarios para que me den tratamiento durante esta visita a la clínica y todas las visitas subsecuentes, y para proporcionar medicamentos atención medica y otros servicios y suministros que sean necesarios para mi salud y bienestar. Reconozco que Heart and Soul Clinic, Inc., ni sus voluntarios me han ofrecido ningún tipo de garantías en cuanto a resultados o curas, ni he confiado en tales declaraciones o garantías.

Por medio de este documento, doy mi permiso a la clínica, Heart and Soul Clinic, Inc., para consultar con otros médicos profesionales respecto a mi condición medica con el propósito de continuar con mi atención medica. Reconozco que la clínica Heart and Soul Clinic, Inc., no puede garantizar que la atención medica brindada por un médico especialista sea gratuita. La clínica Heart and Soul Clinic, Inc., no pude asumir la responsabilidad del pago.

Por medio de mi firma en este documento, (**Release of Information**) certifico que he tenido la oportunidad de leer este consentimiento (o que el mismo me has sido leído por una tercera persona) y ratifico que comprendo en su totalidad su contenido. A continuación firmo voluntariamente este documento como evidencia de mi y acuerdo de estar obligado por el.

Nombre del paciente impreso

Fecha

Firma del paciente

Representante del paciente

Relación con el paciente

Apéndice C

LA LEY FEDERAL DE DEMANDAS POR AGRAVIO (FTCA) DE LA CLÍNICA GRATIS

Notificación ejemplar de la responsabilidad limitada de FTCA reputado profesionales de asistencia medical voluntarios

Notificación a los pacientes

Para ser provisto al paciente individual antes de asistencias medicales sean provistos, excepto en casos de emergencias cuando la notificación puede ser provista después de la emergencia como sea practicable o a un padre o un guardia en custodia cuando el paciente no tiene la responsabilidad de su propio cuidado bajo la ley del estado.

Esto es para notificar que bajo la ley federal relacionado a la operación de las clínicas gratis, la ley federal de demandas por agravio (FTCA), (ver a 28 U.S.C. §§ 1346(b), 2401(B), 2671-80) provee el remedio exclusivo para daños de lesiones personales, incluyendo muerte, resultando de los servicios médicos, quirúrgico, dentales o funciones relativas por un profesional voluntario de clínica gratis quien fue reputado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos como un empleado de los Servicios Públicos de Salud. Esto FTCA cubierta de la negligencia medical se aplica a los voluntarios profesionales de las clínicas gratis que han provistos un servicio requerido o autorizado bajo Título XIX del Acto de Seguridad Social (i.e, Programa de Medicaid) en un sitio de la clínica gratis o en un programa fuera o en eventos cumplido por la clínica gratis.

La ley federal arriba y otras leyes federal y del estado, incluyendo el Acto Federal de la Protección Voluntariado de 1997, pudiera cubrir ciertos profesionales de la clínica gratis que está proveyendo servicios de salud a los pacientes en esta clínica gratis.

Reconocido:

(Firma del paciente)

(Nombre del paciente, escriba en forma legible)

Fecha

Proyecto Propuesto: Revisión de la Solicitud de Estimar de la Clínica Gratis FTCA (OMB No. 0915-0293)

**HS009A
3/14/15**