HEART SOUL FREE CLINIC

Where Healing Meets Hope

HEART AND SOUL
FORMULARIO DE REGISTRO

(Escriba por favor)

Fecha:

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Apellido del paciente:	Nombre:	Segundo nombre:	☐ ella ☐ él ☐ elle/ellx	Estatus marital (dibuje usted un círculo alrededor uno): Soltero(a) / Casado(a) /Viudo(a)/ Socio

¿Esto es su nombre legal? ❑ Yes ❑ No	¿Si no es, que es su nombre legal?	(nombre anterior):	Fecha de nacimiento: Mes/Día /Año / /	Edad:	Sexo: ❑ Hombre ❑ Mujer

Dirección :	Teléfono celular: ( )	Teléfono fijo: ( )

Apartado de correos:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

INFORMACIÓN SOBRE LA SEGURA DE SALUD

¿El paciente está cubierto por segura de salud? ❑ Sí ❑ No

AUTORIZACIÓN PARA MENSAJES

Autorizo mensajes con respecto a mis citas y oportunidades de educación y de eventos especiales para que se publiquen a 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

12/29/22

¡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: _____ Feche 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 atenciónde 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) Compañero(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., Military Activo? SI NO

11) ¿Fuma el paciente? SI NO

¿Vapea el paciente? SI NO

El pacienta usa productos de tabaco? 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 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

15) 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 proposito 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-$19,200	$19,201 - $32,000	$32,001 - $51,200	Mas que $51,200
2	$0 - $21,950	$21,951 - $36,550	$36,551 - $58,480	Mas que $58,480
3	$0 - $24,700	$24,701 - $41,100	$41,101 - $65,760	Mas que $65,760
4	$0 - $27,750	$27,751 - $45,650	$45,651 - $73,040	Mas que $73,040
5	$0 - $32,470	$32,471 - $49,350	$49,351 - $78,960	Mas que $78,960
6	$0 - $37,190	$37,191 - $53,000	$53,001 - $84,800	Mas que $84,800
7	$0 - $41,910	$41,911 - $56,650	$56,651 - $90,640	Mas que $90,640
8	$0 - $46,630	$46,631 - $60,300	$60,301 - $96,480	Mas que $96,480

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

17) ¿Cómo se identifica el paciente?

Asiático Nativo del América de Norte/Nativo de Alaska Oriente Medio

Negro/Afroamericano Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

India Asiática Blanco Otro: _____

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

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

20) ¿El paciente necesita un intérprete? SI NO

21) 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: _____

22) ¿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

Historia Médica

Nombre del paciente:_____ _____ Fecha de nacimiento: _____
Appelido Primero Mes/Día/Año

Indique cuál de los siguientes ha tenido o tiene actualmente. Al marcar la casilla, indicará une respuesta de "Sí", dejar en blanco indicará una repuesta de "No".

- ☐ SIDA/HIV Positivo
- ☐ Artrilis/Gota
- ☐ Transfusión de sangre
- ☐ Dolores en el pecho
- ☐ Diabetes
- ☐ Sangrado excesivo
- ☐ Dolores de cabeza frecuentes
- ☐ Soplo cardíaco
- ☐ Hepatitis B o C
- ☐ Hipoglucemia
- ☐ Presión arterial baja
- ☐ Enfermedad paratiroidea
- ☐ Fiebre reumática
- ☐ Problemas sinusales
- ☐ Enfermedad de tiroides
- ☐ Enfermedad venérea
- ☐ Enfermedad de Alzheimer's
- ☐ Válvula artificial del corazón
- ☐ Problemas respiratorios
- ☐ Herpes labial/ampollas de fiebre
- ☐ Drogadiccion
- ☐ Sed excesiva
- ☐ Herpes Genital
- ☐ Marcapasos cardiaco
- ☐ Herpes
- ☐ Latido del corazon irregular
- ☐ Enfermedad pulmonar
- ☐ Atención Psiquiátrico
- ☐ Reumatismo
- ☐ Espina Bifada
- ☐ Amigdalitis
- ☐ Ictericia amarilla
- ☐ Anafilaxia
- ☐ Articulación artificial
- ☐ Moretones fácilmente
- ☐ Malformaciones Cardíacas enfermedad
- ☐ Fácil de enrollar
- ☐ Desmayos o mareos
- ☐ Glaucoma
- ☐ Problemas del corazón o enfermedad
- ☐ Presión sanguínea alta
- ☐ Problemas renales
- ☐ Prolapso de la válvula mitral
- ☐ Tratamientos de radiación
- ☐ Escarlatina
- ☐ Enfermedad estómago/intestinal
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Anemia
- ☐ Asma
- ☐ Cancer
- ☐ Convulsiones
- ☐ Enfisema
- ☐ Tos frecuente
- ☐ Fiebre de heno
- ☐ Hemofilia
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Leucemia
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Pérdida de peso reciente
- ☐ Herpes Zoster
- ☐ Infarto cerebral
- ☐ Tumores de crecimientos
- ☐ Angina
- ☐ Enfermedad de la sangre
- ☐ Quimioterapia
- ☐ Cortisona medicamento
- ☐ Epilepsia o convulsiones
- ☐ Diarrea frecuente
- ☐ Ataque al Corazon/falla
- ☐ Hepatitis A
- ☐ Urticaria o erupcior
- ☐ Enfermedad del higado
- ☐ Dolor de la mandibula
- ☐ Anemia falciforme
- ☐ Hinchazon de la extremidad
- ☐ Ulceras

Otro no en la lista: _____

¿Ha sido hospitalizado en los últimos cinco años debido a une cirugía o enfermedad? Describa abajo:

_____
_____
_____

- ☐ Actualmente está siendo tratado por cualquier otra enfermedad
- ☐ Toma medicamentos para controlar el peso (es decir, fen-phen)
- ☐ Ha tenido complicaciones después de un tratamiento dental
- ☐ Actualmente bajo cuidado de cardiólogo
- ☐ Usa tabaco o ha usado previamente
- ☐ Actualmente toma medicamentos diseñados para afectar el adelgazamiento óseo (es decir, el atenol)

Si marcó cualquiera de los anteriores, explique:

_____
_____

MUJERES: ¿Esta...

Embarazada/Intentando quedar embarazada *Si* *No* Amamantando *Si* *No* Toma anticonceptivos *Si* *No*

¿Es alérgico a alguno de los siguientes? (circule todo lo que corresponda): Acrilica Aspirina Codeina Latex

Anestesicos locales Metal Penicilina Drogos de sulfa Otros:_____

¿Utiliza sustancias controladas? (Círcule) *Si* *No* Si es así: _____

Lista de todos los medicamentos, suplementos y/o vitaminas tomadas durante los últimos dos años:

_____
_____
_____

- ☐ Al marcar esta casilla, reconozco que la información anterior es correcta y yo entiendo que es mi responsabilidad informar a la clinica de cualquier cambio en mi salud lo antes posible.

Firma del paciente, padre o tutor (parte responsable): _____

Nombre y relación con el paciente: _____

Fecha de firma ____/____/_____
Mes/Día/Año

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.

HIPAA - Reconozco que he recibido/me han ofrecido una copia del *Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA* de esta oficina.

_____ _____
Nombre del paciente impreso Fecha

_____
Firma del paciente

_____ _____
Representante del paciente Relación con el paciente

Notificación de Información de la Política 2004-24

(OMB NO. 0915-0293)
Revisado June 18,2009

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)