

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) / Compañero(A)
¿Esto es su nombre legal? ☐ Sí ☐ No ¿Si no es, que es su nombre legal? (nombre anterior): _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Mes/Día/Año / / ☐ Hombre ☐ Mujer
Dirección : _____ Teléfono celular: _____ Teléfono fijo: _____
() ()
Apartado de correos: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA SEGURO 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 _____

¡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) 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 o familiar del paciente veterano de EE.UU. militar activo? SI NO

11) ¿Fuma el paciente? SI NO

¿Vapea el paciente? SI NO

El paciente usa otros productos de tabaco? SI NO

¿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.

Personas en el hogar

Ingreso.anual del Hogar

1	\$0-\$20,300	\$20,301 - \$33,850	\$33,851 - \$54,150	Mas que \$54,150
2	\$0 - \$23,200	\$23,201 - \$38,700	\$38,701 - \$61,900	Mas que \$61,900
3	\$0 - \$26,100	\$26,101 - \$43,550	\$43,551 - \$69,650	Mas que \$69,650
4	\$0 - \$30,000	\$30,001 - \$48,350	\$48,351 - \$77,350	Mas que \$77,350
5	\$0 - \$35,140	\$35,141 - \$52,250	\$52,251 - \$83,550	Mas que \$83,550
6	\$0 - \$40,280	\$40,281 - \$56,100	\$56,101 - \$89,750	Mas que \$89,750
7	\$0 - \$45,420	\$45,421 - \$60,000	\$60,001 - \$95,950	Mas que \$95,950
8	\$0 - \$50,560	\$50,561 - \$63,850	\$63,851 - \$102,150	Mas que \$102,150

16) ¿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: _____

17) ¿Cuál es origen étnico del paciente?

Hispano

No Hispano

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

19) ¿El paciente necesita un intérprete? SI NO

20) 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: _____

21) ¿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: _____

Historia Médica

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

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

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

Otro no en la lista: _____

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

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

Anestésicos locales Metal Penicilina Drogos de sulfá 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 clínica 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

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)



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