



# HEART AND SOUL FORMULARIO DE REGISTRO

(Escriba por favor)

Fecha:

## INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

ella      Estatus marital (dibuje usted un círculo alrededor uno):  
 él      Soltero(a) / Casado(a) / Viudo(a) /  
 elle/ellx      Compañero(a)

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_  
 (      )      (      )

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA MENSAJES

Al proporcionar mi número de teléfono y/o correo electrónico, autorizo recibir mensajes de texto, mensajes de voz y correos electrónicos sobre citas, educación y eventos. Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes; el correo electrónico no es seguro. Puedo notificar a la clínica para no recibir estos mensajes.

## INFORMACIÓN SOBRE LA SEGURA DE SALUD

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

## EN CASO DE UNA EMERGENCIA

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

La clínica tiene mi 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: PROPIA/RENTA NINGUNA TEMPORAL (refugio, coche, sofá, etc.) \_\_\_\_\_

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 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.

**Personas en el hogar**

**Ingreso anual del Hogar**

1	\$0-\$21,600	\$21,601 - \$36,050	\$36,051 - \$57,650	Mas que \$57,650
2	\$0 - \$24,700	\$24,701 - \$41,200	\$41,201 - \$65,850	Mas que \$65,850
3	\$0 - \$27,800	\$27,801 - \$46,350	\$46,351 - \$74,100	Mas que \$74,100
4	\$0 - \$31,200	\$31,201 - \$51,450	\$51,451 - \$82,300	Mas que \$82,300
5	\$0 - \$36,580	\$36,581 - \$55,600	\$55,601 - \$88,900	Mas que \$88,900
6	\$0 - \$41,960	\$41,961 - \$59,700	\$59,701 - \$95,500	Mas que \$95,500
7	\$0 - \$47,340	\$47,341 - \$63,800	\$63,801 - \$102,100	Mas que \$102,100
8	\$0 - \$52,720	\$52,721 - \$67,950	\$67,951 - \$108,650	Mas que \$108,650

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 Asiático

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: \_\_\_\_\_  
Appelido 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".

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

Otro no en la lista: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conforme a mi firma aquí debajo, reconozco que la información anterior esta 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

**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