

Lebanon Free Clinic



Formulario de solicitud de inscripción

Nombre:	Fecha de nacimiento:	SS#:
Dirección:	Ciudad:	Zip code:
Teléfono celular:	Teléfono casa:	Otro:

Podemos dejar un mensaje de voz? Si ☐ No ☐

Contacto de emergencia:	Teléfono:
Relación:	

Genero: Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ _____

Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐

Raza/etnicidad (opcional): Caucasica ☐ Africano Americano ☐ Hispano ☐ Asia ☐ Medio oriente ☐ Otro _____

Que lenguaje prefiere? Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

Tiene seguro médico? Si ☐ No ☐ Si tiene, nombre de la compañía de seguro _____

Usted recibe? SSI ☐ SSD ☐ Asistencia Médica ☐ Medicare ☐ WIC ☐ Nada ☐

Ha aplicado a Asistencia Médica en el ultimo año? Si ☐ No ☐

Si: Pendiente ☐ Denegado ☐

Estra trabajando? No ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Cuenta propia ☐

Si esta trabajando, nombre de su empleador: _____

Alojamiento: Renta ☐ Propio ☐ Vive con familia ☐ Vive con amigos ☐ Refugio ☐ Otro: _____

Total miembros en hogar:	
# de personas de 1 año-18 años:	# de personas mayores de 19 años:

Ingreso mensual del hogar	Si	Ingreso mensual del hogar	Si
Menos de \$2,613		Entre \$3,534-\$4,454	
Entre \$2,614- \$3,533		Entre \$4,455 - \$5,374	
Entre \$3,534-\$4,454		Arriba de \$5,375	

Yo _____ (escriba nombre) certifica que toda la información anterior es cierta.

Fecha

Firma

Historial Médico



Name/Nombre _____ DOB/Fecha nacimiento: _____

Allergies/Alergias: _____

Anemia	☐ Yes/Si ☐ No	GERD/ Reflujo	☐ Yes/Si ☐ No	Hepatitis B or C	☐ Yes/Si ☐ No
Blood clots Coágulos de sangre	☐ Yes/Si ☐ No	High blood pressure Presión alta	☐ Yes/Si ☐ No	Venereal disease Enfermedad venerea	☐ Yes/Si ☐ No
Anxiety/depression Ansiedad/depresión	☐ Yes/Si ☐ No	Faint or Dizzy Desmayo o mareo	☐ Yes/Si ☐ No	Sleep apnea Apnea del sueño	☐ Yes/Si ☐ No
Arthritis/Artritis	☐ Yes/Si ☐ No	Infectious disease Enfermedad infecciosa	☐ Yes/Si ☐ No	Thyroid problems Problema tiroides	☐ Yes/Si ☐ No
Asthma/COPD Asma/COPD	☐ Yes/Si ☐ No	High cholesterol Colesterol alto	☐ Yes/Si ☐ No	Osteoporosis	☐ Yes/Si ☐ No
Blood disease Problemas de sangre	☐ Yes/Si ☐ No	Migraines Migrañas	☐ Yes/Si ☐ No	Liver problems Enfermedad hepática	☐ Yes/Si ☐ No
Intestinal problems Problemas intestinales	☐ Yes/Si ☐ No	Sinus problems Sinusitis	☐ Yes/Si ☐ No	Sclerosis	☐ Yes/Si ☐ No
Persistent cough Tos persistente	☐ Yes/Si ☐ No	Mental illness Enfermedad mental	☐ Yes/Si ☐ No	Back problems Problemas de espalda	☐ Yes/Si ☐ No
Diabetes Type I or II	☐ Yes/Si ☐ No	Heart attack Ataque al corazon	☐ Yes/Si ☐ No	Obesity Obesidad	☐ Yes/Si ☐ No
Diarrhea/ Diarrea	☐ Yes/Si ☐ No	Heart Murmur pacemaker Soplo o marcapaso	☐ Yes/Si ☐ No	Stroke Derrame cerebral	☐ Yes/Si ☐ No
Eye disease Enfermedad de ojos	☐ Yes/Si ☐ No	Cancer	☐ Yes/Si ☐ No	Tuberculosis	☐ Yes/Si ☐ No
Edema	☐ Yes/Si ☐ No	Circulation problems Problemas de circulación	☐ Yes/Si ☐ No	Prostate problems Problemas de prostata	☐ Yes/Si ☐ No
Epilepsy/ epilepsia	☐ Yes/Si ☐ No	Ulcers Uceras	☐ Yes/Si ☐ No	AIDS/HIV	☐ Yes/Si ☐ No

Surgeries/ Cirugias:

- ☐ Gallbladder / Vesícula biliar
 ☐ Appendectomy/Apendicectomia
 ☐ Tubal ligation/ ligadura de trompas
☐ Hysterectomy/ Histerectomía
 ☐ Mastectomy/ Mastectomia
 ☐ Heart Surgery/Cirugia cardíaca
☐ C-section / cesarea
 ☐ Other/otra: _____

Medicines and dose/ Medicinas y dosis: _____

In the past year, have you been in the ER/ En el último año ha estado en la sala de emergencias? ☐ Yes ☐ No

Reason/Razón _____

Lebanon Free Clinic



Historial Médico

Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Social

Have you ever used tobacco? Yes ☐ No ☐ If yes, type: _____ Daily quantity? _____ Quit? Yes ☐ No ☐

Ha usado tabaco? Si ☐ No ☐ Si, tipo: _____ Cantidad diaria? _____ Dejo de usar? Yes ☐ No ☐

Have you ever drank alcohol? Yes ☐ No ☐ If yes, type: _____ Daily quantity? _____ Quit? Yes ☐ No ☐

Ha tomado alcohol? Si ☐ No ☐ Si, tipo: _____ Cantidad diaria? _____ Dejo de usar? Yes ☐ No ☐

Have you ever used drugs? Yes ☐ No ☐ If yes, type: _____ Daily quantity? _____ Quit? Yes ☐ No ☐

Ha usado drogas? Si ☐ No ☐ Si, tipo: _____ Cantidad diaria? _____ Dejo de usar? Yes ☐ No ☐

Do you drink coffee? Yes ☐ No ☐ Yes, how many cups a day? _____

Toma café? Si ☐ No ☐ Si, cuantas tazas al dia? _____

Are you under a lot of pressure at work ☐ or home ☐? Yes ☐ No ☐

Se siente con bastante stress en su trabajo ☐ o casa ☐? Si ☐ No ☐

Do you feel safe in your current living environment? Yes ☐ No ☐

Se siente seguro en su ambiente de vida? Yes ☐ No ☐

Do you have any needs (food, clothing, counselling)? Yes ☐ No ☐

Tiene alguna necesidad (comida, ropa, consejería)? Yes ☐ No ☐

Religious preference? _____ Would you like information on local house of worship? Yes ☐ No ☐

Preferencia religiosa _____? Le gustaría recibir información sobre Iglesias, templo etc? Yes ☐ No ☐

Prior to The Lebanon Free Clinic, did you have a Primary Care Physician? Yes ☐ No ☐

If yes Name of Practice _____ Address _____

Antes de la Clínica Gratis de Lebanon, tenía un Médico Primario? Si No

Si, Nombre de la Práctica _____ Dirección _____

Lebanon Free Clinic



Programa Clínico Gratuito de la Ley Federal de Reclamos por Agravios (FTCA)

Programa de Aviso de Responsabilidad Limitada FTCA Considerada Voluntaria de Atención Médica Gratuita

Este es para notificarle que, según la ley federal relacionada con el funcionamiento de clínicas gratuitas, la Ley Federal de Reclamos por Agravios (FTCA), (ver 28 U.S.C. 1346(b), 2671-80) proporciona la solución exclusiva contra daños por lesiones personales, incluyendo muerte, resultante del desempeño de funciones médicas, quirúrgicas, dentales o relacionadas por cualquier profesional de atención médica voluntario de una clínica gratuita que el Departamento de Salud y Servicios Humanos haya considerado empleado de los Servicios de Salud Pública. Esta cobertura de negligencia médica de la FTCA se aplica a los profesionales de atención médica voluntarios de la clínica gratuita que hayan brindado un servicio requerido o autorizado según el Título XIX de la Ley del Seguro Social (es decir, el Programa Medicaid) en el sitio de la clínica gratuita o a través de programas o eventos externos realizados por la clínica gratuita (ver 42 U.S.C y 233(A), (o).

Ciertos profesionales de atención médica en clínicas gratuitas que brindan servicios de atención médica a pacientes pueden estar cubiertos por la Ley Federal mencionada anteriormente.

Yo, _____ (nombre impreso) he leído los terminus de la política de “No Presentarse” y entiendo las consecuencias de no cumplir con tres (3) citas en seis (6) meses.

Fecha

Firma

LEBANON FREE CLINIC Política de “ No Presentarse”

La Clínica Gratis de Lebanon implementó la política de “No Presentarse” a citas a partir del 1 de Octubre del 2010.

Tenga en cuenta que debe de notificar a la Clínica no más tarde a las 8:00am del día anterior de su cita o se contará como una ausencia. Puede dejar un mensaje de voz en los teléfonos de la Clínica las 24 horas del día y los 7 días de la semana

Después de tres (3) citas de “No Presentarse” en seis (6) meses, se le negará servicio.

Es su responsabilidad buscar servicio médico en otro lugar.

Yo, _____ (nombre impreso) he leído los terminus de la política de “No Presentarse” y entiendo las consecuencias de no cumplir con tres (3) citas en seis (6) meses.

Fecha

Firma