

**Community Care Center for Forsyth Inc.**

**Información del Paciente**

<b>Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	<b>Apellido</b>
_____	_____	_____
<b>Dirección</b>	<b>Apto. #</b>	<b>Ciudad</b>
_____	_____	_____
<b>Fecha de Nacimiento</b>	____/____/____	<b>Masculino</b> <b>Femenino</b>
Mes      Día      Año		
<b>Numero de Teléfono de Casa</b>	<b>Numero de Celular</b>	<b>Numero del Trabajo</b>
_____	_____	_____
<b>Correo Electrónico:</b>	<b>Nombre de Contacto de Emergencia:</b>	<b>Numero de Emergencia #1</b>
_____	_____	_____
<b>Empleador:</b>	<b>Relación:</b>	<b>Numero de Emergencia #2</b>
_____	_____	_____
<b>Grupo Étnico (Por favor escoja uno):</b>	<b>Raza (Por favor escoja una):</b>	<b>Información sobre su Educación (Por favor escoja uno):</b>
____ Hispano ____ No Hispano	____ Afroamericano/Negro ____ Asiático ____ Indio Americano ____ Blanco    Otro	____ Ninguna    ____ Secundaria    ____ Colegio ____ Grado Asociado    ____ Licenciatura    ____ Otro
<b>Información sobre su Empleo (Por favor escoja uno):</b>	<b>En que Condado Vive?(Por favor escoja uno)</b>	<b>Como escucho acerca de nosotros? (Por favor escoja uno)</b>
____ Empleado ____ Empleado por cuenta propia ____ Desempleado    ____ Estudiante ____ Ama de Casa    ____ Menor	____ Forsyth    Otro: ____ Stokes ____ Davie	____ Familiar    ____ Paginas Amarillas ____ Amigo/a    ____ Radio ____ Hospital    ____ TV ____ Red Social    ____ Otro: _____

**Consentimiento del Paciente (Lea Cuidadosamente)**

Yo entiendo que el Centro Clínico Comunitario ("CCC") no podrá satisfacer todas mis necesidades médicas. Los doctores están disponibles en CCC solo durante el horario clínico. No tenemos doctores fuera del horario clínico. Yo entiendo que tendré que buscar cuidados médicos en otro lugar durante una emergencia sino puedo esperar a que abra la clínica.

Yo doy mi permiso para ser examinado y tratado por los doctores de la clínica. Yo entiendo que estudiantes y otros proveedores de salud no licenciados pueden asistir a los doctores.

Yo entiendo que algunos servicios pueden ser cancelados o cambiados sin previo aviso. Yo entiendo que el personal de la clínica puede necesitar contactarme por teléfono o correo por razones medicas. Yo acepto que mi información de salud protegida pueda ser usada y compartida con otros proveedores cuando sea necesario para mi tratamiento medico. Cuando se me refiera aun lugar fuera de CCC, yo entiendo que esos servicios a lo mejor no sean completamente gratis. Yo entiendo que CCC puede hacer un referido en mi nombre a HealthCare Access u otro lugar que ellos escojan. Yo también entiendo que es mi responsabilidad darle seguimiento con el Dr. Del Centro Clínico Comunitario en un tiempo oportuno si no he recibido información sobre mi referido. CCC no tiene ningún control sobre el horario de atención en otras instalaciones. Si la espera es excesiva, yo entiendo que tengo la opción de solicitar una copia de mi referido y elegir otro proveedor /centro de mi elección, que pueden o no cobrarme.

Yo también entiendo que tengo que cumplir los requerimientos de elegibilidad de CCC para poder ser aceptado como paciente por la clínica. Yo entiendo que si proveo información falsa o incompleta o no renuevo mi información mis servicios como paciente en la clínica pueden ser terminados. Yo entiendo que es mi responsabilidad avisar al personal de la clínica cuando los ingresos de mi familia aumenten o alguien en la familia sea elegible o reciba seguro de salud, Medicare, Medicaid o beneficios de veteranos. Por favor tenga en cuenta que al firmar abajo, usted reconoce que la conducta grosera u ofensiva hacia el personal o los voluntarios pueden ser motivo para su terminación como paciente del Centro Clínico Comunitario Forsyth, Inc.

**\*\*\*\*\*Este paciente es menor de edad?    \_\_\_\_NO    \_\_\_\_ SI Si es menor de edad el padre/madre deben firmar.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Padres

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Historia Clínica Confidencial

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Motivo de visita:** Porque viene a la clinica? (Por favor describa el problema en detalle):

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

**Historia Medica:** Por favor marque todas las que se apliquen a usted:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma / enfisema | <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad siquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Cáncer          | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón    | <input type="checkbox"/> Derrame / Ataque       |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Hipertensión             | <input type="checkbox"/> Tiroides               |
| <input type="checkbox"/> Diabetes        |   | <input type="checkbox"/> Otra: _____            |

**Cirugías Previas:** Por favor liste las cirugías que haya tenido y coloque la fecha aproximada:

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

**Lesiones / Accidentes graves:** Por favor describa cualquier lesión / accidente serio que haya tenido:

\_\_\_\_\_

**Medicaciones:** Por favor liste medicamentos que este tomando ahora además de la dosis y frecuencia:

<i>Medicamento</i>	<i>Dosis / Frecuencia</i>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Alergias:** por favor liste alergias que tenga / haya tenido. \_\_\_\_\_

**Historia Social:**

Consumo alcohol?  Si  No Si si, cuantas veces a la semana? \_\_\_\_\_

Fuma?  Si  No Si si, cuantos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_

Usa drogas (marihuana, cocaína, etc)?  Si  No Si si, cuales y con que frecuencia? \_\_\_\_\_

Esta haciendo una dieta especial?  Si  No Si si, como es? \_\_\_\_\_

**History Familiar:** Usted sabe si alguno de sus familiares cercanos tiene o ha sufrido de:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad siquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma                | <input type="checkbox"/> Presión alta          | <input type="checkbox"/> Derrame / ataque       |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, Tipo: _____      | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal      | <input type="checkbox"/> Tiroides               |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar   |   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones | <input type="checkbox"/> Migraña               |   |

# Historia de salud del Paciente

A medida que usted revisa la siguiente lista, por favor marque las enfermedades o problemas que usted tiene o ha tenido. Si usted no ha sufrido de ninguna enfermedad o problema, marque ninguno en cada sección.

## Salud General

- Buena salud general
- Cambio reciente en peso
- Perdida del apetito
- Fiebre / escalofríos

## Alergia

- Alergia a drogas
- Alergia a comidas
- Fiebre del heno
- Otra: \_\_\_\_\_
- Ninguno

## Oídos, nariz, boca, y garganta

- Dificultad para tragar
- Dolor de oídos
- Perdida de la audición
- Ruidos en los oídos / pitidos
- Ninguno
- Otro: \_\_\_\_\_

## Ojos

- Puntos ciegos
- Visión doble / borrosa
- Glaucoma
- Trauma ocular
- Dolor
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno

## Gastrointestinal

- Sangre en las heces
- Constipación
- Diarrea persistente
- Dolor de estomago / barriga
- Ulcera
- Vomito
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno

## Genitourinario

- Sangre en la orina
- Mujer: periodos irregulares
- Mujer: #embarazos \_\_\_\_\_  
#abortos \_\_\_\_\_
- Mujer: flujo vaginal
- Piedras en los riñones

Mujer: ultimo Papanicolou en:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mujer: ultima mamografía en:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Hombre: enf. de la próstata
- Dolor / ardor al orinar
- Dificultades Sexuales
- Enf. transmitida sexual
- Urgencia al orinar
- Retención urinaria
- Incontinencia
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno

## Corazón

- Dolor en el pecho
- Colesterol alto
- Ritmo cardiaco irregular
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno

## Músculos, Articulaciones

- Dificultad para caminar
- Dolor en las articulaciones
- Articulaciones inflamadas
- Dolor muscular
- Dolor de cuello
- Ninguno

## Neurológico

- Problemas con el balance
- Perdida de conciencia
- Dificultad para hablar
- Dolor de cabeza / migraña
- Daño en cerebro / medula
- Mareo / vértigo
- Perdida de la memoria
- Confusión Mental
- Hormigueo
- Parálisis
- Derrame / apoplejía / ataque
- Temblor
- Debilidad
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno

## Siquiátrico

- Depresión
- Ansiedad
- Desorden alimenticio
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno

## Pulmones

- Asma
- Sangre al toser
- Tos crónica / frecuente
- Enfisema
- Neumonía
- Falta de aire
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno

## Piel

- Rash o rasquiña
- Sensibilidad al sol
- Perdida del cabello
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno

## Endocrinología

- Intolerancia al frío
- Mucha sed
- Frecuencia urinaria

## Sueño

- Ronca
- Usted duerme bien?  Si  No

**Free Clinics Federal Tort Claims Act (FTCA) Program**  
**Patient Notice of Limited Liability of**  
**FTCA Deemed Volunteer Free Clinic Health Care Professionals**

**Información para los pacientes**

Para ser entregada  
a cada paciente antes de que los servicios de salud sean prestados,  
excepto en emergencias cuando la información puede ser entregada  
después de la emergencia tan pronto como sea posible

o

al padre, la madre o el custodio legal cuando el paciente no sea legalmente responsable de su  
cuidado bajo la ley estatal.

Por medio de este documento le estamos notificando que bajo la ley Federal que cubre la  
operación de clínicas gratis, el Acto Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA), (Ver 28  
U.S.C. §§ 1346(b), 2671-80) es exclusivamente responsable de responder por perjuicios  
causados por lesiones personales, incluyendo la muerte, que sea el resultado directo o indirecto  
de un servicio médico o dental realizado por un proveedor de servicios de salud voluntario, a  
quien el Departamento de Salud y Servicios Humanos considera como un empleado del Servicio  
Público de Salud. Este cubrimiento de mala práctica médica del FTCA se aplica a proveedores  
de servicios de salud en clínicas gratis que sean voluntarios y elegibles, y que hayan prestado un  
servicio requerido o autorizado de acuerdo al Título XIX del Acto de Seguridad Social (el  
programa de Medicaid) directamente en la clínica gratis o a través de programas o eventos  
realizados por la clínica en otro sitio (ver 42 U.S.C. § 233(a), (o)).

Ciertos profesionales de la salud de clínicas gratis que están prestando servicios de salud a  
pacientes en esta clínica gratis pueden estar cubiertos por la ley Federal descrita arriba.

Recibido por: \_\_\_\_\_ (firma del paciente)

\_\_\_\_\_ (nombre del paciente en letra legible)

Fecha: \_\_\_\_\_

COMMUNITY CARE CENTER – Cuestionario Anual

Una vez al año le pediremos a nuestros pacientes que completen este formulario, por ayúdenos a brindarle una mejor atención : responder las preguntas que aparecen a continuación.

Nombre y Apellido(s): \_\_\_\_\_

Número de Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes      Día      Año

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Condado de Residencia: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es su género?       Masculino       Femenino       Transgénero
2. ¿Es usted Hispano o Latino?       Si       No
3. Si su respuestas es *SI* ¿De qué grupo étnico se considera usted?
- Centroamericano(a)       Cubano(a)       Dominicano(a)       Mexicano(a)
- Puertorriqueño(a)       Sur Americano(a)       Otro – ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es su raza? Puede responder sí a más de un grupo.

- Raza negra o afro americano       Raza blanca       Nativo de Alaska
- Hawaiano o de las islas del pacífico       Indígena o Americanos Nativos       Asiático

5. ¿Cuántas veces durante el último año ha consumido alguna droga o a utilizado un medicamento recetado para fines que no hayan sido médicos?

- Ninguno       1 o más

Si es **HOMBRE**: ¿Cuántas veces durante el último año ha bebido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?

- Ninguno       1 o más

Si es **MUJER**: ¿Cuántas veces durante el último año ha bebido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?

- Ninguno       1 o más

CONTINUA DETRÁS →

## FAMILIA Y DESPLIEGUE MILITAR

6. ¿Alguna vez prestó servicio en las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional?

- No       Si

¿En que sector presto servicio?     Guardia Nacional       Fuerzas Armadas       Reserva

7. ¿Se encuentra actualmente en servicio activo en las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional?

- No, dado de baja o retirado de las Fuerzas Armadas o, la Reserva o Guardia Nacional  
 Si

Por favor elija en que servicio esta:     Fuerzas Armadas       Reserva       Guardia Nacional

8. ¿Alguna vez fue desplegado/enviado a una zona de combate? *[SELECCIONE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN]*

- Nunca fue desplegado/enviado  
 Nunca fue desplegado/enviado a Irak o Afganistán (POR EJ., OEF/OIF/OND)  
 Fue desplegado/enviado al Golfo Pérsico (OPERACIÓN ESCUDO DEL DESIERTO/TORMENTA DEL DESIERTO)  
 Fue desplegado/enviado a Vietnam/Sudeste de Asia  
 Fue desplegado/enviado a Corea  
 Fue desplegado/enviado a la Segunda Guerra Mundial  
 Fue desplegado/enviado a una zona de combate no mencionada anteriormente (POR EJ., BOSNIA/SOMALIA)