

SHEPHERDS CARE MEDICAL CLINIC

New Patient Eligibility Form

Nombre: _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Número de Seguro Social ó TAX ID: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Empleador: _____ Teléfono de Trabajo: _____

¿Cuánto hace que vive en el Este del Condado de Wake? _____

¿Por cuánto tiempo planea vivir en el Este del Condado de Wake? _____

Información de Asegurancia Médica

	Sí	No
¿Su empleador ofrece asegurancia médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene usted Medicare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene usted Medicaid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene Asegurancia Médica privada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibe usted Ayuda de la Administración de Veteranos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es usted paciente de:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alliance Medical Ministry, Puertas Abiertas (Open Door)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuentes de Ingreso:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pay Stubs - Talón de Cheque
<input type="checkbox"/> Child support – Ayuda Financiera Para Niños
<input type="checkbox"/> Food Stamps – Asistencia de Estampillas
<input type="checkbox"/> 1040 Income Tax Forms - Impuestos | <input type="checkbox"/> Alimony (any Income)- Pensión
<input type="checkbox"/> Unemployment Check Stub – Talón de Cheque de Desempleo
<input type="checkbox"/> Social Security (Include Children)- Seguro Social (Incluyendo de Niños)
<input type="checkbox"/> Other source of income: Otro recurso de Ingreso/dinero |
|--|--|

Miembros de Familia e Ingreso: (Mencione todos en el hogar)					
Quién	Nombre	Edad	Fuente de Ingreso	Mensual	Anual
Patient					
Spouse					
Dependent					
Dependent					
Dependent					
Dependent					
Ingreso Total					

200% Bajo el Nivel de Ingreso Federal

Tamaño de Familia	Ingreso Mensual	Ingreso Anual Neto
1	\$1,805	\$21,780
2	\$2,428	\$29,420
3	\$3,052	\$37,060
4	\$3,675	\$44,700

Por cada persona adicional añadada \$3,820

_____ Paciente califica para Servicios de SCMC.
 _____ Paciente no califica para Servicios de SCMC .

Estoy de acuerdo que información de ingreso financiero esta correcto.

Firma de Paciente _____

Testigo _____

Fecha _____

Shepherds Care Medical Clinic

304 B Pony Road, Zebulon NC 27597

Date: _____

DOB _____

Name:
Nombre

Last / Apellido

First / Primer

M.I./ Inicial

Address:
Dirección

Street Address / Calle

Apartment/Unit #

City / Ciudad

County:

State

ZIP Code/Código

Home Phone
Teléfono

Social Security Number:
Numero de Segura Social

Do you have medical insurance, Medicare or Medicaid?
¿Tiene usted seguro medico, Medicare o Medicaid?

Yes/ Si No / No

Reason for visit / Razón de su visita

Diabetes / Hypertension *Diabetes / Hipertensión*

Primary Care/ *Medicina Primaria*

Gynecology / *PAP Ginecología / PAP*

Other / *Otro*

Do you have an immediate medical need? / ¿Necesita atención médica inmediata?

Yes/ Si No / No

Why? / ¿Porque? _____

Are you... / Esta usted...

Employed / *Empleado*

Unemployed / *Sin empleo*

Retired / *Jubilado*

Disabled / *Disabilitado*

Student / *Estudiante*

Other / *Otro*

Name and address of employer
Nombre y dirección de empleador _____

Race / *Raza*

American Indian/Alaskan

Asian/Pacific Islander

Black/African American

Hispanic/Latino

White/Caucasian

Other / *Otro*

Country of origin / *País de origen* _____

County you live in: _____

Language Preference / *Idioma Preferido* _____

Do you need an interpreter? / ¿Usted necesita intérprete?

Yes / Si No / No

Gender / *Género*

Female / *Femenino*

Male / *Masculino*

Marital Status / *Estado Marital*

Single / *Soltero*

Married / *Casado*

Divorced / *Divorciado*

Widowed / *Viudo*

Do you live... / *Usted vive...*

Alone / *Solo*

With spouse / *con esposo*

With children / *Con hijos*

With family / *Con familia*

Other / *Otro*

Own _____ Rent _____ County _____

Spouse Name / *Nombre de esposo(a)* _____

Emergency Contact / *Contacto de emergencia* _____

Name / Nombre

Telephone / Telefono

Shepherds Care Medical Clinic is a free health clinic for low-income, uninsured adults. We will ask for documentation of your income.

Clinica Shepherds cari medica clinica gratis para adultos de bajos ingresos, sin seguro medico. Nosotros pediremos de Salud Comunitaria documentación de sus ingresos.



Shepherd's Care Medical Clinic

Serving the uninsured one person at a time

Estimado paciente:

Debido al gran volumen de Citas perdida sin Aviso, se ha decidido que la clínica solo permitirá One (1) Cita Perdida sin Aviso. Si tiene otra Cita Perdida sin Aviso, se le dará de baja en la clínica por un (1) año calendario a partir de la fecha del la segunda Cita Perdida sin Aviso. Por favor, tenga en cuenta que, si se le da de baja, el médico no podrá surtir sus recetas. Si no puede asistir a su cita, comuníquese con la clínica y cancele o re programe. Esto abrirá un espacio para citas en la cual otro(a) pueda ser visto.

Estas medidas se han tomado debido a una gran cantidad de espacios de citas ocupados innecesarios que potencialmente pueden llenarse con pacientes necesitados.

Para evitar ser dado de baja de nuestra clínica, permítanos por lo menos 24 horas para cancelaciones.

Gracias por su paciencia.

Sinceramente,

Leona doner
Directora Ejecutiva

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____



Shepherd's Care Medical Clinic

Serving the uninsured one person at a time

Querido Paciente,

Estamos contento que has escogido venir a Shepherds Care Medical Clinic para su cuidado medico. Somos una clinica gratis en el sentido de que nosotros no cobramos para ser visto por ninguno de nuestros proveedores de cuidado de salud.

Unos de los servicios que preveemos son laboratorios, extractando sangre y mandandola al laboratorio de Rex para evaluación. Shepherds Care tiene una asociación con Rex para un costo bien bajo para hacerle los laboratorios. Pedimos que consideres donar el costo de los laboratorios. Haciendo esto nos ayuda extender el Ya presupuesto bajo que tenemos, para mantener nuestras puertas abiertas para servirles a usted y otros como tu sin seguro médico y necesidades médicas.

Si tienes preguntas, sea libre a preguntar en cualquier momento.

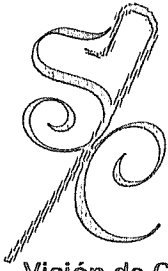
Gracia por su ayuda.

Sinceramente,

Leona Doner
Directora Ejecutiva
Shepherds Care Medical Clinic

Reconozco que he leído y entendido esta carta.

Paciente: _____ Date: _____



Shepherd's Care Medical Clinic

Serving the uninsured one person at a time

Visión de Conjunto del Programa

Medicos del area y Shepherds Care Medical Clinic están extendiendo sus servicios como trabajo voluntario para ayudarlos mejorarse y mantenerse saludables. Esto no es un programa del gobierno o un "derecho". Shepherds Care Medical Clinic busca a enlazar con residentes de Wake, Johnston, Nash and Franklin, con una casa médica para qué ayuda médica pueda ser recibida regularmente. Shepherds Care Medical Clinic no cubre casos de no emergencia en la sala de emergencia o servicios de ambulancia. Firmando este formulario estas autorizando a Shepherds Care Medical Clinic verificar su informacion financiera y residencial realizando que este programa podría ser parada si no hay fondos disponibles.

Beneficios del Programa

Cuando se inscribe en Shepherds Care Medical Clinic se le provee una casa medica. Otros beneficios incluyen

- ❖ Acceso a una casa médica la cual te conoce y proveerá cuidado de salud y enfermería.
- ❖ Acceso al programa de asistencia de medicamento (para largo termino, medicinas cronicas).
- ❖ Acceso a laboratorio y servicios diagnósticos, arreglado por su casa médica/médico regular.
- ❖ Acceso limitado a referidos a especialistas apropiados arreglada por su casa medica/medico.

Responsabilidad del Paciente

Yo entiendo/estoy de acuerdo que

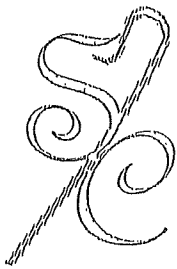
- 1. Referidos especiales serán arreglados por su casa médica/médico regular según sea necesitado por su cuidado. Citas de cuidado especial limitadas son disponibles y dadas a base de orden de llegada y podría tener una lista de espera.
- 2. Mantendras cada cita médica o dar por lo menos 24 horas aviso de cancelación. Estarás a tiempo para tus citas y darás tu apreciación a la proveedora con sus gracias.
- 3. Seguirás tu plan de tratamiento. Por ejemplo, recibe medicamento recetada y siga según las indicaciones.
- 4. En seguida, supliras cualquier información requerida por el programa.
- 5. Estarás al tanto de la fecha de expiración de tu elegibilidad de este programa.
- 6. En seguida reportara a Shepherds Care Medical Clinic de cualquier cambio en su ingreso o si quedas asegurado por Medicare, Medicaid, Seguro Privado o Seguro de salud o beneficio Médico.
- 7. Inmediatamente contactara a Shepherds Care Medical Clinic con algún cambio en direccion o numero de telefono.
- 8. Durante la duración de su inscripción dejaras toda información de salud y financiera ser compartida con otro individuos, organizaciones y agencias solamente a la discreción de Shepherds Care Medical clinic.
- 9. Tendrás que proveer todo documento y información necesitado por otra agencias como servicios de salud o departamento de servicio sociales para poder obtener cuidado de caridad.

Al firmar a continuación, confirmo que entiendo y estoy de acuerdo de las condiciones anterior. También entiendo que si no sigo las Responsabilidades del Paciente alistado, pues sere dado de alta de la clinica. Preguntas, porfavor llame al 919-404-2474.

Firma del Paciente: _____

Direccion: _____

Nombre: _____ Fecha: _____ Correo electrónico: _____



Shepherd's Care Medical Clinic

Serving the uninsured one person at a time

PERMISO PARA TRATAMIENTO, LIBERACIÓN Y FORMA DE RECONOCIMIENTO

Nombre de Paciente: _____

Permiso para tratamiento

Yo solicito aquellos Médicos y otros proveedores de cuidado de salud que me da cuidado para exámenes de rutina, procedimiento diagnósticos, cuidado de hospital y tratamiento terapéutico, la cual en su juicio, se hace necesario mientras soy paciente de Shepherds Care Medical Clinic. Exámenes diagnósticos y tratamientos médico incluye pero no son limitados a ECG's, rayo-x, terapia física, prueba de sangre y administración de medicamentos. También doy permiso a grabación médica o filmación necesario en el juicio de mi médico, para documentar el curso de mi lesión o enfermedad y para proveer el cuidado médico apropiado, mejora del rendimiento y educación. Reconozco que tengo el derecho de solicitar el pare de cualquier el pare de cualquier filmación o grabación y hasta un tiempo razonable antes de que sea usada la filmación o grabación. Estoy consciente que la práctica de medicina y cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se ha hecho garantía concerniente a los resultados de mi tratamiento o exámenes. Autorizo a Shepherds care Medical Clinic retener, preservar y usar para propósitos científicos o educativos o disponer a su conveniencia cualquier muestra o tejido tomado de mi cuerpo para examen patológico. Autorizo el uso de cualquier tejido exceso para propósitos de educación.

Entiendo que Shepherds care Medical Clinic, para ejecutar cuidado médico de calidad, desarrolla y mantiene información médica la cual puede incluir notas del médico, historico y medico, reporte de medicamentos, exámenes y resultados y planes de tratamiento. Estoy de acuerdo de esta información de salud es usada para lo siguiente

- cuidado y planes de tratamiento
- la comunicación entre los profesionales de la salud interdisciplinarios
- control de calidad por Shepherds Care Medical Clinic

Acuse de Recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la práctica médica ("Aviso"). Entiendo que la información Shepherds Care Medical Clinic adquiere o crea por mí sólo se revelará a los demás para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud como se establece en el Aviso o que yo lo autorice por escrito.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO SU CONTENIDO

Firma _____

Tesigo _____

_____ Paciente _____ Tomador de decisiones Sustituto

_____ Fecha Completada

Relación de Tomador de decisiones Sustituto _____

Razón de Tomador de decisiones Sustituto _____



Shepherd's Care Medical Clinic

Serving the uninsured one person at a time

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente _____ MR# _____

Usted puede otorgar a Shepherds Care Medical Clinic una autorización por escrito para divulgar su información médica protegida (PHI) a cualquier persona que designe y para cualquier propósito.

Por favor complete las siguientes preguntas. Solo proporcionó información que considere aceptable como medio de contacto con usted y con sus contactos designados. En el caso de una emergencia médica grave o en los casos permitidos o exigidos por la ley, no será necesaria esta autorización por escrito. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información.

Puede revocar cualquier autorización por escrito en cualquier momento. Al recibir la revocación por escrito, dejaremos de usar o divulgar su PHI.

Número de teléfono de mi casa: _____ Mensaje? Si/No
 Mi número de trabajo: _____ Mensaje? Si/No
 Mi número de teléfono celular: _____ Mensaje? Si/No
 Mi dirección de correo electrónico: _____ Mensaje? Si no
 Mi dirección de correo para resultados de pruebas, citas, problemas de facturación:

 (Dirección) _____ NC _____
 (Ciudad) _____ (Código postal)

A mi solicitud, autorizo a Shepherd's Care Medical Clinic a divulgar mi información de salud protegida (PHI) a:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Relación con el paciente: _____

Información específica que le gustaría que ellos conozcan o no:

Firma del paciente / Tutor Legal / Poder de Abogado

(Fecha)

PERSONAL HISTORY REVIEW
HISTORIAL PERSONAL

NAME: _____
NOMBRE

DATE OF BIRTH: _____ AGE: _____
FECHA DE NACIMIENTO EDAD

REASON FOR VISIT: _____
RASÓN DE LA VISITA

PRESENT MEDICATIONS: _____
PRESENTE MEDICACIONES

PHYSICIANS SEEN IN THE LAST 5 YEARS
MEDICOS VISTO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS:

NAME OF DOCTOR OR PROVIDER _____
NOMBRE DEL DOCTOR O PROVEEDOR

NAME OF DOCTOR OR PROVIDER _____
NOMBRE DEL DOCTOR O PROVEEDOR

LOCATION (CITY, STATE) _____
LOCALIDA (CIUDAD/ESTADO)

LOCATION (CITY, STATE) _____
LOCALIDA (CIUDAD/ESTADO)

PRIMARY PROBLEM CARED FOR _____
PROBLEMA PRINCIPALE

PRIMARY PROBLEM CARED FOR _____
PROBLEMA PRINCIPALE

SOCIAL HISTORY/ HISTORIAL SOCIAL

SINGLE MARRIED DIVORCED WIDOWED SEPARATED
SOLTERO CAZADO DIVORCIADO VIUDO SEPARADO

OCCUPATION/PRIOR JOBS: _____
OCUPACIÓN PREVIOS TRABAJOS

WHO LIVES AT HOME WITH YOU? _____
¿QUIEN VIVE EN CASA CON USTED?

DO YOU HAVE A LIVING WILL? YES NO HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY? YES NO
¿TIENE TESTAMENTO DE VIDA? SI No ¿POTESTAD DE ABOGADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD? SI No

PAST MEDICAL HISTORY/PASADO HISTORIAL MEDICO

ALLERGIES (MEDICATION & REACTION: _____
ALERGIAS MEDICINAS & REACCIONES

LIST SERIOUS ILLNESSES AND INJURIES OR OPERATIONS AND APPROXIMATE YEAR. EXCLUDE NORMAL PREGNANCIES.
LISTA DE ENFERMEDADES SERIAS Y FRACTURAS U OPERACIONES Y AÑO APROXIMADO. EXCLUYA EMBARAZOS NORMALES

YEAR AÑO	SERIOUS ILLNES, INJURY OR OPERATION ENFERMEDAD SERIA, FRACTURA U OPERACIÓN	NAME OF HOSPITAL NOMBRE DEL HOSPITAL	CITY AND STATE CIUDAD Y ESTADO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HAVE YOU EVER BEEN TREATED BY A PHYCHIATRIST/PHYCOLOGIST? YES NO
¿ALGUNA VEZ A SIDO TRATADO POR PSIQUIATRA O PSICÓLOGO? SI No

REASON? _____
¿RASÓN?

OBSTETRICAL: PREGNANCIES: _____ ABORTIONS: _____ MISCARRIAGES: _____
OBSTETRICO EMBARAZOS ABORTOS ESPONTANEOS

LIVING CHILDREN _____ SONS _____ DAUGHTERS _____
Niños VIVIENTES HIJOS HIJAS

IMMUNIZATIONS: TETANUS _____ YRS AGO RUBELLA HEPATITIS B PNEUMONIA
VACUNAS TETANO Años A TRAS RUBEOLA HEPATITIS B PULMONIA

EVER HAD TRANSFUSION? YES NO
¿ALGUNA VEZ A TENIDO UNA TRANSFUSION? SI No

CHART NO: _____

DATE: _____

CHECK IF YOU HAVE HAD / MARQUE SI HA TENIDO

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> HIGH BLOOD PRESSURE
PRESIÓN ALTA | <input type="checkbox"/> EMPHYSEMA
ENFISEMA | <input type="checkbox"/> THYROID
TIROIDES | <input type="checkbox"/> PELVIC INFECTION
INFECCIÓN DEL PELVIS |
| <input type="checkbox"/> HEART ATTACK
INFARTO | <input type="checkbox"/> GALLSTONES
BILIAR | <input type="checkbox"/> ANEMIA
ANEMIA | <input type="checkbox"/> VENEREAL DISEASE
ENFERMEDAD VENARIA |
| <input type="checkbox"/> HEART MURMUR
MURMULLO DELCORAZÓN | <input type="checkbox"/> STOMACH ULCER
ÚLCERA DEL ESTOMAGO | <input type="checkbox"/> CANCER
CANCER | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS
TUBERCULÓSIS |
| <input type="checkbox"/> HEART FAILURE
PARO CARDÍACO | <input type="checkbox"/> HIATAL HERNIA
HERNIA HIATAL | <input type="checkbox"/> STROKE
DERRAME CEREBRAL | <input type="checkbox"/> HEMATIC FEVER
FIEBRE REUMÁTICA |
| <input type="checkbox"/> DIABETES
DIABETIS | <input type="checkbox"/> COLON POLYPS
PÓLIPOS DEL RECTO | <input type="checkbox"/> CONVULSION
CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> SHINGLES
HERPES |
| <input type="checkbox"/> HIGH CHOLESTEROL
COLESTEROL ALTO | <input type="checkbox"/> DIVERTICULITIS
DIVERTICULÍTIS | <input type="checkbox"/> DEPRESSION
DEPRESIÓN | |
| <input type="checkbox"/> PNEUMONIA
PULMONÍA | <input type="checkbox"/> HEPITITIS
HEPETITIS | <input type="checkbox"/> ARTHRITIS
ARTRITIS | |
| <input type="checkbox"/> ASTHMA
ASMA | <input type="checkbox"/> PHLEBITIS
FLEBITIS | <input type="checkbox"/> ALCOHOLISM
ALCOHOLISMO | |
| | | <input type="checkbox"/> KIDNEY STONE
PIEDRAS DEL Riñón | |

FAMILY MEDICAL HISTORY/ HISTORIAL MEDICO FAMILIAR

	MOTHER MADRE	FATHER PADRE	SIBLING HERMANOS
HEART ATTACK/INFARTO			
HIGH CHOLESTEROL/ COLESTEROL ALTO			
DIABETES/ DIABETIS			
STROKE /DERRAME CEREBRAL			
CANCER (TYPE)/ TIPO			
TUBERCULOSIS/ TUBERCULÓSIS			
BLEEDING DISORDER / HEMORRAGIA			
ALCOHOLISM / ALCOHOLISMO			

MOTHER LIVING? YES NO
¿MADRE VIVE? SI NO

CAUSE OF DEATH? _____
CAUSA DE MUERTE

FATHER LIVING? YES NO
¿PADRE VIVE? SI NO

CAUSE OF DEATH? _____
¿CAUSA DE MUERTE?

HABITS/ HABITOS

HAVE YOU SMOKED? YES NO HOW MANY PACKS A DAY? _____ HOW MANY YEARS? _____ QUIT? _____ YEARS? _____
¿Ha FUMADO? SI NO CUANTAS CAJETILLAS AL DIA? _____ POR CUANTOS AÑOS DEJÓ _____ AÑOS

ANY OTHER TOBACCO USE? _____ CUPS OF COFFEE/CAFFEINATED BEVERAGES/DAY? _____
¿USA OTRO TABACO? _____ TAZAS DE CAFÉ/BEVIDAS CAFEINADAS AL DÍA

DO YOU DRINK ALCOHOL? YES NO HOW OFTEN? _____ HOW MUCH? _____
¿TOMA ALCOHOL? SI NO FRECUENCIA CUANTO

DO YOU EXERCISE? YES NO HOW OFTEN? _____ WHAT TYPE? _____
¿HACE EJERCICIOS? SI NO FRECUENCIA QUE TIPO

DO YOU SLEEP WELL? YES NO HOW MANY HOURS? _____
¿DUERME BIÉN? SI NO ¿CUANTAS HORAS?

DO YOU FOLLOW ANY SPECIAL DIET? YES NO WHAT TYPE? _____
¿SIGUE ALGUNA DIETA ESPECIAL? SI NO QUE TIPO

DO YOU WEAR SEATBELTS? YES NO HOW OFTEN? _____
¿USA CINTURÓN DE SEGURIDAD? SI NO FRECUENCIA?

DO YOU SELF-EXAM? (BREAST OR TESTICULAR) YES NO
¿SE HACE EXAMEN PROPIO? (CENOS O TESTICULAR) SI NO

DO YOU REGULARLY USE? ASPIRIN PAIN RELIEVERS LAXATIVES COLD PREPS CALCIUM VITAMINS
¿USA REGULARMENTE? ASPIRINA ALIVIANTES LAXANTES DE CATARRO CALCIO VITAMINAS

ARE YOU AT RISK FOR HIV INFECTION? YES NO
¿TIENE RIESGO DE LA INFECCIÓN VI? SI NO

DO YOU HAVE A HISTORY OF SUBSTANCE USE? YES NO WHAT TYPE? _____
¿TIENE HISTORIA DE USO DE DROGAS? SI NO ¿QUE TIPO?