

¡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. En este formulario, el término hogar se define como todas las personas que ocupan una unidad de vivienda como su lugar de residencia habitual. Una unidad de vivienda es una casa, un apartamento, una casa móvil, un grupo de habitaciones o una habitación individual que está ocupada (o si está desocupada, está destinada a ser ocupada) como viviendas separadas.

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente: _____ Edad del paciente: ____ años

Código postal del paciente:(zip code) _____

Sexo del paciente: MUJER HOMBRE OTRO: _____

1) ¿El paciente en el último año ha tenido dificultad para obtener atención de salud mental inmediata y asequible? 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) El paciente trabaja: JORNADA COMPLETA MEDIA JORNADA DESEMPLEADO NO SE APLICA

4) ¿La falta de transporte impide al paciente: OBTENER COMIDA RECIBIR ATENCION MEDICA TRABAJAR

5) Vivienda del paciente: RENTA PROPIETARIO NO TIENE VIVIENDA OTRO: _____

6) En los últimos 6 meses, ¿el paciente no ha podido pagar u obtener alimentos? SI NO

7) En los últimos 6 meses, ¿el paciente no ha podido pagar sus servicios públicos ? SI NO NO SE APLICA

8) ¿El paciente ha recibido asistencia de la oficina de su municipio (Township Trustee) en los últimos 12 meses? SI NO

9) ¿Se ha liberado al paciente de su encarcelamiento en los últimos 90 días? SI NO

10) ¿Fuma el paciente? SI NO

En caso afirmativo, ¿le gustaría al paciente recibir información sobre el Programa para dejar de Fumar de Indiana?

SI NO

11) En los últimos 6 meses, ¿el paciente ha tenido alguna preocupación con las drogas o el alcohol? SI NO

12) ¿Cuál es el idioma principal del paciente (es decir, inglés, español, árabe, mandarín)? _____

13) ¿El paciente necesita un intérprete? SI NO

14) ¿El paciente siendo visto tiene seguro médico? SI NO

Si está asegurado, el tipo de seguro es: (e.g. Medicare, Medicaid, Empleador): _____

15) ¿El paciente siendo visto tiene un médico de atención primaria? SI NO

16) ¿El paciente siendo visto tiene seguro dental? SI NO

Si está asegurado, el tipo de seguro es: (e.g. Medicare, Medicaid, Empleador): _____

Por favor gire la página al otro lado

17) 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 individuos en el hogar del paciente.

1	0 - \$16,250	\$16,251 - \$27,050	\$27,051 - \$43,250	More than \$43,250
2	0 - \$18,550	\$18,551 - \$30,900	\$30,901 - \$49,400	More than \$49,400
3	0 - \$20,850	\$20,851 - \$34,750	\$34,751 - \$55,600	More than \$55,600
4	0 - \$25,100	\$25,101 - \$38,600	\$38,601 - \$61,750	More than \$61,750
5	0 - \$29,420	\$29,421 - \$41,700	\$41,701 - \$66,700	More than \$66,700
6	0 - \$33,740	\$33,741 - \$44,800	\$44,801 - \$71,650	More than \$71,650
7	0 - \$38,060	\$38,061 - \$47,900	\$47,901 - \$76,600	More than \$76,600
8	0 - \$42,380	\$42,381 - \$51,000	\$51,001 - \$81,550	More than \$81,550

18) 19) Número de personas en la casa: adulto(s) _____ niños _____

19) ¿Cómo se identifica el paciente? (Marque con un círculo todo lo que aplique.)

Nativo del América de Norte/Nativo de Alaska.
Asiático
Negro/Afroamericano
árabe

Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
Blanco
hispana, latina
OTRO: _____

20) Estado civil del paciente: CASADO(A) SOLTERO(A) VIUDO(A)

21) ¿Reside el paciente en un hogar monoparental? SI NO

El individuo parental es: MUJER HOMBRE OTRO

22) Nivel de educación del paciente (marque uno)

Estudiante actual (menor de 18 años)

Alguna escuela (sin diploma)

Asiste a la escuela: _____

Graduado de secundaria / GED

Estudiante actual (mayores de 18 años)

Alguna educación superior

Asiste a la escuela: _____

Graduado de la Universidad

23) ¿Recibe el paciente alguno de los siguientes? (Marque con un círculo todo lo que aplique.)

Cupones de alimentos (Food Stamps)

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

WIC

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Vivienda pública / Sección 8

Programa de seguro médico para niños (CHIP)

Asistencia médica

Beneficiario calificado de Medicare

24) ¿Cómo se enteró el paciente de la Clínica Heart and Soul? (e.g. amigo, familia, Grace Care Center, otra clínica gratuita.)

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)

HS009A
3/14/15

HEART AND SOUL

FORMULARIO DE REGISTRO DE LA CLÍNICA DENTAL

(Escriba por favor)

Fecha:							
INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE							
Apellido del paciente:		Nombre:		Segundo nombre:	☐ Sr. ☐ Sra.	☐ Srta. ☐ Sa.	Estatus marital (dibuje usted un círculo alrededor uno) Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)
¿Esto es su nombre legal? ☐ Yes ☐ No	¿Si no es, que es su nombre legal?	(nombre anterior):			Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo: ☐ H ☐ M
Dirección :			Teléfono celular: ()		Teléfono fijo: ()		
Apartado de correos:		Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Ocupación:							
Elegió esta clínica porque/Estaba remitido a la clínica por:				☐ Dr.	☐ Plan de segura de salud		☐ Hospital
☐ Familia	☐ Amigo	☐ Está cerca de mi casa/trabajo		☐ páginas amarillas	☐ Otro		

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 (que no está viviendo en la misma dirección de usted):		Relación	Teléfono fijo: ()	Teléfono de trabajo: ()
Con la presente certifico que la información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.				

Doy a la clínica la permisión de compartir la información medical a las personas siguientes:

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Firma	Fecha
-------	-------

Heart and Soul Clinic

17338 Westfield Park Road • Westfield, IN 46074

(317)804-5782

Medical & Dental History Form

Patient Name: _____
Last First MI Preferred Name

Please take a moment to let us know about your medical and dental history so we may serve you more effectively and in a way that watches out for your overall health and well-being.

Would you consider yourself to be in fairly good health? ☐ Yes ☐ No

Within the past year, have there been any changes in your general health? ☐ Yes ☐ No

What is the date (or approximate date) of your last medical exam?

Your Primary Care Physician's name, address, & phone number:

Please mark any of the following to indicate Yes in response to the question:

- ☐ Have you ever had complications following dental treatment?
- ☐ Are you currently under the care of a physician due to a specific condition?
- ☐ Are you currently taking any prescription or non-prescription medications?
- ☐ Do you use tobacco (smoking or chewing)?
- ☐ Do you have any other conditions, diseases, etc., not listed above that we should be aware of?

If any of the previous questions are marked, please explain:

WOMEN ONLY: Are you pregnant? ☐ Yes ☐ No

If Yes, when is the due date? _____

Do you have any allergies? ☐ Yes ☐ No

If 'yes' to allergies, please list.

What is the reason for your dental visit today?

When was your last visit to the dentist (if to a different office)?

What was done on your last dental visit (if to a different office)?

How frequently do you brush your teeth?

☐ 3 (+) a day ☐ Twice a day ☐ Once a day ☐ Weekly ☐ Seldom

How frequently do you floss your teeth?

☐ 1 (+) a day ☐ 2 - 6 weekly ☐ 1 - 6 monthly ☐ Seldom ☐ Never

☐ To the best of my knowledge, all of the preceding information is true and correct. If I ever have a change in my health, I will inform the office at my next dental appointment without fail.

Signature of patient, parent, or guardian:

Signature _____ Date _____

Name and relationship to patient:

Response Date: ____/____/____

HEART AND SOUL CLINIC, INC.
P.O. Box 478
Westfield, IN 46074
RELEASE OF INFORMATION
(English)

For and in consideration of the medical treatment and/or consultation made available to me without charge at Heart and Soul Clinic, Inc., I hereby agree to the following terms:

I hereby grant Heart and Soul Clinic, Inc. full and unrestricted access to all of my health records, regardless of their location and/or of whose custody the health records are currently in.

I hereby release, relieve and discharge from liability Heart and Soul Clinic, Inc., its officers, directors, agents employees, and volunteers of and from all liability for any and all losses, injuries, or damages to either my person or to my property, occasioned by, in any manner growing out of, or as a direct or indirect result of my receipt of any diagnosis, consultation, procedures, medications, treatments or advise or by anyone providing any such diagnosis, consultation, procedures, medications, treatment or advise in which the Heart and Soul Clinic, Inc. has any responsibility or its made available by it.

I hereby give my permission to the Heart and Soul Clinic, Inc. its agents and volunteers to treat me during this clinic visit and all subsequent visits and to provide drugs, medical care and other services and supplies as are needed for my health and well-being. I acknowledge that no representations, warranties or guarantees as to results or cures have been made to me by Heart and Soul Clinic, Inc., or its agents, nor have I relied upon any such representations, warranties or guarantees.

I hereby give my permission for the Heart and Soul Clinic, Inc., to pursue other health professionals in consultation/referral regarding my medical condition for the purpose of continuity of health care. I am aware that the Heart and Soul Clinic, Inc., cannot guarantee the care provided by a referring physician or health care specialist will be rendered free of charge to me and that the Heart and Soul Clinic, Inc., cannot assume responsibility for payment.

By my signature below, I certify that I have read this **Release of Information** (or have had the same read to me) and that I fully understand its provisions I now voluntarily sign the **Release** as evidence of my intent and agreement to be bound by it.

-----*(Spanish ~ Espanol)*-----

En consideracion a la consulta y al tratamiento medico que gratuitamente he reeibido por parate de la clinica, Heart and Soul Clinic, Inc., por este conducto doy me consentimiento a los siguientes terminus:

Doy mi consentimiento para que Heart and Soul Clinic, Inc., tenga acceso sin restriccion alhuna a mis expedients medicos, sin importer el lugar y/o la custodia donde se encuentren actualmente.

Libero de toda responsabilidad o cargo de demanda a la clinica, Heart and Soul Clinic, Inc., a sus oficiales, directores, agents, resultado de, o directa o indirectamente como resultado del diagnostico, consulta, procedimientos, medicamentos, tratamientos o consejo en los cuales la clinica, Heart and Soul Clinic, Inc., tenga responsabilidad alguna o este involucrate en la disponibilidad de dichos servicios.

Por medio de este documento, doy mi consentimiento a la clinica, Heart and Soul Clinic, Inc., sus agencies y voluntarios para que me dentratamiento durante mi visita a la clinica y todas las visitas subsecuentes, asi comom para recetarme medicamentos, darme cuidados medicos y otros servicios y materiales, segun sea necesario para mi salud y mi bienestar. Reconozco que, ni Heart and Soul Clinic, Inc., ni sus volungarios me han ofrecido nongun tipo de esa garantias.

Por medio de este documento, doy mi consentimiento a la clinica, Heart and Soul Clinic, Inc., para consultar con ostros medicos profesionales respecto a mi condicion medica con el proposito de continuar con mis cuidandos de salud. Estoy consciente de que la clinica Heart and Soul Clinic, Inc., no so hara responsable por pagos que se puedan adeudar a dichos especialista.

Por medio de mi firms en este documento, certifleo que he tenido la oportunidad de leer este consentimiento (o que el mismo me has sideo leído por una tercera persona) y ratifico que comprndo en su totalidad su contenido. A continuacion firmu voluntariamente este consentimiento como evidencia de me acuerdo a lo aqua antes estipulado.

Printed Name/Nombre del paciente impreso

Date/Feche

Patient Signature/Firma del paciente

Patient Representative/Reprosentante del pacient

Relationship/Relacion con el pacente