

Resumen de los documentos de inscripción:

1. Necesitará identificación, DL, o Pasaportes (está bien si esta expirado debido a Covid)

Finanzas-2021 declaraciones de impuestos, o 4 de sus más recientes talones de cheques, o Carta de Empleador (nosotros se la proporcionamos)

2. Si está desempleado necesitaremos-

Carta de adjudicación de desempleo, carta de adjudicación de la seguridad Social actualizada, carta de adjudicación de estampillas de comida.

3. Si no hay ingresos, necesitaremos-

Declaración de no tener ingresos y carta de apoyo (nosotros se la proporcionamos)

4. Prueba de dirección –

Factura de servicios públicos - debe estar a su nombre 1. Gas, 2. Agua, 3. Luz), si vive en un apartamento entonces el contrato de arrendamiento más reciente.

5. Si vive con alguien-

Proporcione la factura de servicios más reciente o el contrato de alquiler, junto con la identificación de la persona encargada/o de las utilidades.

Correos con el nombre del paciente en la dirección actual, y eso puede ser cualquier cosa con su nombre y dirección.

****Si usted es nuevo paciente, la solicitud se aceptará solamente los Miércoles de 8-10am****

****La solicitud debe estar completa antes de su procesamiento****

800 S. 6th Street, Suite 100
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500
hopeclinic-garland.org

Información y Historia sobre el Paciente

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Hombre Mujer

Número de Seguro Social: _____

Estado Civil

Casado/a Separado/a Divorciado/a Soltero/a Viudo/a

Dirección: _____

Código Postal: _____

Numero de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Origen:

Indio americano/ Aleusiano Hispano Africano Americano Americano Asiático/occidental

Desconocido Otra: _____

Lenguaje preferido

Inglés Español Otro: _____

Asistencia

¿Usted está recibiendo asistencia del estado?

Sí No

¿Si contesto sí, que tipo de asistencia está recibiendo?

Medicaid Medicare Discapacidad SSI Beneficios de Seguro Social

Otra: _____

¿Que describe mejor su estatus de empleo?

Empleador (Nombre, Dirección, Número de teléfono): _____

Desempleado Trabaja por su cuenta Retirado Otro

¿Alguna vez, ha aplicado para el programa Parkland Health Plus?

Sí No

Forma para referencia comunitaria

Nombre: _____

Fecha: _____

Código Postal: _____

Teléfono: _____

Nos gustaría saber si hay otras dificultades, aparte de su necesidad médica, que usted o su familia están experimentando en estos momentos. Nuestro voluntario puede revisar esta forma con usted y explorar referencias apropiadas para varias agencias sociales en esta comunidad.

Quisiera hablar con nuestro/a voluntario/a acerca de cualquier de los siguientes temas?

- | | | |
|---|----------|----------|
| 1. Ansiedad/Depresión/Estrés | Sí _____ | No _____ |
| 2. Ropa/Comida/Estampillas de Comida | Sí _____ | No _____ |
| 3. Dental | Sí _____ | No _____ |
| 4. Asistencia Financiera/Renta/Facturas | Sí _____ | No _____ |
| 5. Vivienda | Sí _____ | No _____ |
| 6. Emigración/Legal | Sí _____ | No _____ |
| 7. Trabajo/Educación/GED | Sí _____ | No _____ |
| 8. Mamograma/Papanicolaou | Sí _____ | No _____ |
| 9. Nutrición/Ejercicios | Sí _____ | No _____ |
| 10. Crianza de niños | Sí _____ | No _____ |
| 11. Perdida reciente de un ser querido | Sí _____ | No _____ |
| 12. Fumar/Drogas/Alcohol | Sí _____ | No _____ |
| 13. Violencia/Abuso | Sí _____ | No _____ |
| 14. Visión | Sí _____ | No _____ |

Por favor circule la respuesta que mejor describa su situación Circule la respuesta correcta

En los últimos 12 meses, hemos estado preocupados de que nuestra comida se acabe antes de agarrar más dinero para comprar más.

_____ A menudo cierto _____ A veces cierto _____ Nunca cierto

15. En los últimos 12 meses, la comida que hemos comprado no ha durado y se ha acabado pronto

_____ A menudo cierto _____ A veces cierto _____ Nunca cierto

Notas: Cualquier información proveída es estrictamente confidencial y será compartida solamente con las organizaciones indicadas.

ACTO FEDERAL DE DEMANDAS POR AGRAVIO DE PARTE DE LA CLINICA GRATUITA (FTCA)

NOTIFICATION DE SEGURO LIMITADO PARA EL PACIENTE

Debe proveérsele al paciente antes de practicarle cualquier servicio de salud con la excepción de casos de emergencia cuando esta puede ser entregada después de haberse atendido dicha emergencia o dársela también a los padres o guardian legal en caso de que el paciente carezca de responsabilidad legal para su cuidado bajo la ley del estado.

Notificación al paciente:

Esto es para notificarle a usted que bajo la ley federal y en relación al funcionamiento de las clínicas gratuitas la FTCA, (Ver 28 U.S.C 1346 (b), 2401 (b), 2671-80) le provee una cobertura exclusiva por los daños personales incluyendo muerte como resultado de negligencia medica, cirugía, tratamiento dental o acciones ejecutadas por cualquier practicante voluntario de cuidados de salud de la clínica, a quien el Departamento de Salud y Servicios Humanos ha considerado como empleado del Servicio de Salud Publica. Esta cobertura de FTCA por negligencia incluye a los practicantes voluntarios de cuidados de salud de la clínica que han comprobado la autorización para sus servicios bajo el Título XIX de la ley de Seguro Social (Medicaid Program) directamente a la clínica, por otros medios, programas o eventos de la misma (Ver 42 U.S.C 233 (a), (o)).

La ley federal mencionada arriba incluye a algunos profesionales de la clínica que proveen servicios de cuidado de salud a los pacientes.

CONSENT FOR CHARITY CARE

Yo, _____, entiendo que los medicos de Hope Clinic de Garland, Inc. son voluntaries proveedores de cuidados medicos que practican estos cuidados sin el propósito de ser remunerados financieramente. También entiendo que estos medicos como voluntaries no son responsables por cualquier acto o omisión que tenga como resultado de daños, lastimaduras o muertes; siempre y cuando estén actuando de buena fe dentro del limite de su responsabilidad para con la organización al momento de administrar cualquier cuidado medico.

También entiendo que la responsabilidad civil tanto la organización caritativa como la de los empleados de la misma esta limitada. Estos limites que aplican a empleados y organización por separado, no son limites combinados.

Firma del paciente

Nombre del paciente en letra molde

Fecha

Padre/Madre/Guardian Legal Del Menor de Edad

HOPE CLINIC



DEFENDING THE UNDEFENDED

800 S. 6th Street, Suite 100
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500
hopeclinic-garland.org

PERMISO PARA DAR INFORMACION

Para: _____ Fecha: _____
Dirección: _____

Yo le autorizo y solicito que de la información de mis registros medicos pasados, registros financieros, registros psicológicos y/o otra información concerniente a mi enfermedad y/o tratamiento a:

Para: _____
(Doctor, hospital, individuo, o agencia recibiendo la información)
Dirección: _____

Documentos Pedidos: _____

Yo autorizo a Hope Clinic de Garland o a su personal de mandar toda y cualquier información que ellos creen apropiada a otras personas o agencias que estén participando o planeando darme cuidados medicos.

Este consentimiento sera considerado valido mientras yo sea paciente de Hope Clinic de Garland, Inc. a menos que notifique a la clínica por escrito que no lo autorizo.

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente con letra molde

Fecha de nacimiento del paciente

Firma de testigo



D. ILLINOIS HOPE AND ACUTE

800 S. 6th Street, Suite 100
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500
hopeclinic-garland.org

AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

Yo _____, he leído una copia del Aviso de Practica de Privacidad de Hope Clinic de Garland, Inc.

Nombre del Paciente en letra molde

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre/Guardián Legal del Menor

Para uso de la oficina solamente

Hemos tratado de obtener reconocimiento escrita de que una copia del Aviso de Practica de Privacidad fue leída pero no pudimos obtener el reconocimiento por la siguiente razón:

- El individuo se negó a firmar
- Barrera en comunicación prohibieron que se obtenga el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió en obtener el reconocimiento
- Otra razón (por favor especifique)

800 S. 6th Street, Suite 100
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500
hopeclinic-garland.org

Autorización para Divulgar Información

Por la presente, yo autorizo a Hope Clinic of Garland, a revelar mi información de salud individualmente identificable descrita a continuación, la cual puede incluir información sobre enfermedades contagiosas tales como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedades mentales (excluyendo los apuntes de sicoterapia), la dependencia en el alcohol o drogas, los resultados de las pruebas del laboratorio, mi historial medico, tratamiento o cualquier otra información relacionada. Yo comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negar de firmar esta autorización. Además, yo comprendo que mi cuidado medico y el pago de mi tratamiento medico no sera afectados si no firmo esta forma.

Yo comprendo que si la entidad autorizada a recibir esta información no es una entidad cubierta (por ejemplo: una compañía de seguros o no es un proveedor de cuidado medico), la información revelada no puede ser protegida por los reglamentos estatales o federales de confidencialidad.

Nombre del paciente en letra molde: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social _____
Dirección del paciente: _____ Numero de Teléfono: _____
Fechas de servicio (si son conocidas): _____
Descripción de información que puede ser revelada: (Marque todo lo que corresponde)

<input type="checkbox"/> Sala de emergencia	<input type="checkbox"/> Expedientes de Admisión/Registración	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Reportes de Radiología	<input type="checkbox"/> Reportes de Consulta	<input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio: _____
<input type="checkbox"/> Historial y Físico	<input type="checkbox"/> Ordenes del medico	<input type="checkbox"/> Reportes de Facturas: _____
<input type="checkbox"/> Notas de enfermera	<input type="checkbox"/> Reportes de Operaciones	<input type="checkbox"/> Radiografías
<input type="checkbox"/> Notas del progreso del paciente	<input type="checkbox"/> Resumen de alta	

Descripción de información que se puede divulgar: _____

La información descrita aquí puede ser divulgado a: (Marque la categoría apropiada)
 Hospital Medico Compañía de Aseguranza Abogado Paciente Otro

Nombre: _____ (Check the appropriate delivery method)
Dirección: _____ Correo
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Fax
Numero de Teléfono: (____) _____ Numero de Fax: (____) _____ Recoger expediente
 Otro

Yo entiendo que esta autorización por ley se vencerá en 180 días de la fecha de esta autorización a menos que yo especifique lo contrario. Yo deseo que esta autorización sea efectivo hasta _____ (Fecha de vencimiento/evento).

Además, yo comprendo que puedo suspender esta autorización en cualquier momento al avisarle a Hope Clinic de Garland por escrito a la dirección mencionado abajo. Yo comprendo que la revocación debe ser firmado y fechada con una fecha que es posterior a la fecha puesta en esta autorización. La revocación no afectara las acciones tomadas antes de recibir la revocación escrita.

Firma del Paciente o de Representante: _____ Fecha: _____
Nombre de Representante en letra molde: _____
Relación al Paciente: _____
Autoridad legal (Incluya documentos apropiados): _____



Preferencia del Paciente para Comunicar Información Sobre su Salud

I. A quien contactar

Yo autorizo el personal de Hope Clínic de Garland para divulgar cualquier información relacionada con mi condición médica son los siguientes miembros de familia, otros parientes, y/o amistades personales:

Nombre	Relación	Numero de Teléfono
Nombre	Relación	Numero de Teléfono
Nombre	Relación	Numero de Teléfono

Yo _____ no deseo revelar ninguna información a nadie

II. Como ser contactado/a—Deseo que me contacten en la siguiente manera:

Teléfono de casa: _____ <input type="checkbox"/> Autorizo dejar mensajes detallados <input type="checkbox"/> Solamente dejar mensaje con numero de teléfono	Teléfono del trabajo: _____ <input type="checkbox"/> Autorizo dejar mensajes detallados <input type="checkbox"/> Solamente dejar mensaje con numero de teléfono
--	--

Teléfono celular: _____ <input type="checkbox"/> Autorizo dejar mensajes detallados <input type="checkbox"/> Solamente dejar mensajes con numero de teléfono

Comunicación por escrito: Autorizo mandar información por correo a mi dirección de casa: _____ _____ Autorizo mandar información por correo a mi dirección de trabajo: _____ _____ Autorizo mandar information por fax al siguiente numero: _____ _____
--

La duración de esta autorización es válida indefinitivamente a menos que sea revocada por escrito. Yo comprendo que cualquier otra persona que no esté en esta lista, necesitara una autorización previa antes de recibir cualquier información medica

Nombre del paciente o guardián legal: _____
 Fecha de nacimiento del paciente: _____

HOPE CLINIC

Delivering Hope and Health

800 S. 6th Street, Suite 100
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500
hopeclinic-garland.org

Acuerdo y Permiso Para Tratar al Paciente

Nombre del Paciente (letra molde): _____

Hope clinic de Garland, Inc. Es una agencia no gubernamental y no lucrativa. Ha sido diseñada para proveer cuidado médico a familias de Garland que no tienen ningún otro medio o asistencia médica.

Abajo se encuentra una lista de reglas a seguir para recibir tratamiento en Hope clinic de Garland, Inc.

1. Yo entiendo que los exámenes y tratamientos médicos que se me proveerán serán por un médico, asistente médico, o una enfermera especial practicante de medicina.
2. Yo soy completamente responsable de llevar a cabo los exámenes y/o tratamientos
3. Yo autorizo a cualquier profesional de cuidados médicos asociados con Hope clinic a revelar cualquier información personal, evaluación, y/o información del tratamiento a otros proveedores profesionales para continuar mis cuidados médicos o con el propósito de obtener información de otros lugares cuando sea medicamente necesario
4. Yo comprendo que soy responsable por el seguimiento de pruebas y tratamientos ordenados por Hope clinic. Yo comprendo que si fallo en seguir las órdenes del médico o enfermeras, mi tratamiento será en vano.
5. Yo estoy de acuerdo en informar a Hope clinic en 30 días si ay algún cambio en mi nombre, dirección, números de teléfono, estado financiero, o si he calificado para obtener seguro medico
6. Yo estoy de acuerdo que uno de los requisitos consiste en renovar la aplicación cada año con mi información financiera más reciente. De no cumplir con este requisito en un periodo de 30 días, ya no podre ser paciente de Hope clinic y tendré que esperar un año para volver a aplicar.
7. Yo entiendo que si falto a 3 citas consecutivas se me quitara los beneficios de la clínica. Si llamo 24 horas antes de mi cita, no se contará en mi contra. Si llego 15 minutos tarde se me hará otra cita
8. Yo entiendo que, si no coopero, si tengo una actitud abusiva verbal o física, si estoy intoxicado, o tengo un comportamiento inapropiado, no seré elegible para recibir servicios en la clínica de Hope Clinic

Al firmar este documento significa que he leído, entendido y estoy de acuerdo con las reglas de Hope Clinic de Garland, Inc. Yo entiendo que se me pueden negar los servicios de Hope clinic of Garland, Inc. Si he dado información falsa.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Escribir el nombre en letra molde (si no es el paciente): _____

Relación con el paciente: Padre o Guardián Otra (especifique)

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

HOPE CLINIC

Definición: Hope and Health

800 S. 6th Street, Suite 100
Garland, TX 75040

Phone: 469-800-2500
hopeclinic-garland.org

Verificación de Ingresos

¿Es su primera visita a Hope Clinic durante el último año? _____ Si _____ No
¿Tiene algún tipo de aseguranza medica, Medicaid, o Medicare? _____ Si _____ No

Nombre: _____ Fecha: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Escriba todos los miembros de familia que viven en la misma casa, incluyendo el paciente

NOMBRE Y APELLIDO	RELACION	EDAD	PARA USO DE LA OFICINA Ingresos Documentados	PARA USO DE LA OFICINA Ingreso Anual
1.	PACIENTE			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
				TOTAL

To figure total projected annual Gross income-weekly x 52; bi-monthly x 26, monthly x 12

(If income varies please use average)

Estatus Familiar:

Cabeza del Hogar _____ Discapacitado _____ Anciano _____ Niños _____ (menores de 18 años) _____

Razo: (escoja uno)

Blanco Afro-Americano Asiático Indio Americano o Nativo Hawaiano o de otra isla Pacifica

Multi-Racial Otro _____

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o latino

Para Uso de la Oficina solamente
2016 Nivel de Pobreza Federal (200%)

Circule la categoría de ingresos que el hogar refleja: EXT. BAJO MUY BAJO BAJO

Fecha de Verification de Ingresos: _____ Persona de Admisión: _____ Distrito: _____

Advertencia: Title 18, Section 1001 of U.S. Code dice que una persona es culpable de una felonía si intencionalmente dice declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier Departamento del Gobierno de los Estados Unidos. Asistencia proveída usando esta application es por medio del Departamento de los Estados Unidos del desarrollo de vivienda y Urbano.



Solicitud de ayuda financiera de Baylor Scott & White Health

Número de Cuenta del Paciente

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) Número de seguro social

Dirección de residencia del paciente Ciudad Estado Código postal Condado
Estado civil: Casado/a, Separado/a; Soltero/a, Viudo/a, Divorciado/a

Fecha de nacimiento (mes/día/año) Número de teléfono Nombre del cónyuge

Empleado/a Si No Empleador del paciente; Empleado/a Si No Empleador del cónyuge

Núm. de teléfono; ¿Los centros de BSWH (Baylor Scott & White Health) donde recibí los servicios son los centros de la red más cercanos a su residencia principal? Si respondió que no, ¿los centros más cercanos no pudieron brindarle atención o se negaron a hacerlo?

Si está desempleado/a, incluya el nombre y número de teléfono del empleador anterior

A. Ingresos: Proporcione el ingreso para cada una de las siguientes personas en su hogar.
Paciente: Jornada completa, Jornada parcial - Horas/semana = \$; Hora, Semana, Quincenal, Mensual, Anual, Ingreso adicional
Cónyuge: Jornada completa, Jornada parcial - Horas/semana = \$; Hora, Semana, Quincenal, Mensual, Anual, Ingreso adicional
Padre del paciente: Jornada completa, Jornada parcial - Horas/semana = \$; Hora, Semana, Quincenal, Mensual, Anual, Ingreso adicional
Madre del paciente: Jornada completa, Jornada parcial - Horas/semana = \$; Hora, Semana, Quincenal, Mensual, Anual, Ingreso adicional
Ingreso total de la familia \$

B. Verificación de ingresos: Proporcione verificación (envíe solo copias, no la documentación original) para todas las fuentes de ingreso familiar (la documentación aceptable se indica a continuación)
Controle los documentos adjuntos:
Envío de cheque de pago, Verificación del empleador, Consulta de crédito (completada por BSWH), Formulario W-2 del IRS, Declaración de impuestos, Ayuda gubernamental (cupones de alimentos, COIC, Medicaid, TANF), Estados de cuenta, Otros (describa a continuación), Cartas de resolución de seguridad social, compensación laboral o compensación por desempleo
Si no puede proporcionar alguna de las documentaciones de las fuentes de ingresos mencionadas anteriormente, explique el motivo:

C. Familiares: Proporcione la cantidad total de personas en la casa del paciente. (Este número solo debe incluir al paciente, al cónyuge del paciente y a los dependientes del paciente)

D. Activos y otros recursos:
¿Tiene algún activo u otros recursos a su disposición? (Los ejemplos incluyen cuentas de ahorro, fideicomisos, acciones, bonos, cuentas de jubilación, fondos mutuos, etc.) Si No Si es afirmativo, monto actual disponible:
¿Tiene seguro médico? Si No Si es afirmativo, indique el nombre del proveedor:
¿Tiene una cuenta de ahorro para la salud o una cuenta de gastos flexibles? Si No Si es afirmativo, monto actual disponible:

Comprendo que Baylor Scott & White Health ("BSWH") puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de ayuda financiera ("Solicitud") con relación a la evaluación de BSWH de esta Solicitud y, mediante mi firma, por la presente autorizo a mi empleador o a cualquier persona indicada en esta Solicitud a certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta Solicitud. Además, autorizo a BSWH a solicitar informes de agencias de Información de crédito y de la Administración de Seguro Social. Certifico que las declaraciones realizadas en esta Solicitud son verdaderas y correctas, a mi fiel saber y entender, y están hechas de buena fe. Soy consciente de que la falsificación o tergiversación de la información en esta Solicitud puede tener como resultado el rechazo de la ayuda financiera.

También comprendo que algunos médicos y proveedores pueden no ser empleados de BSWH. Comprendo que puedo recibir facturas por separado de esos proveedores y esta solicitud de ayuda financiera no se aplicará a dichos saldos adeudados.

Firma del paciente o la parte responsable Nombre en imprenta Fecha

For Hospital Use Only
Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.
Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative Date

Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:

Patient is part of community care program Program Name First Statement Date:

Hope Clinic of Garland, Inc.
800 S. Sixth St. Suite 100 Garland, TX 75040
Phone: 469-800-2500 Fax: 469-800-2520

Jennifer Kampas, MD | Donna Bailey, MD | Allen Hefner, APP | Lynne Orozco, MD

HISTORIA MEDICA PASADA: Por favor marque cualquier de las siguientes condiciones que usted ha tenido en el pasado. Por favor note la fecha que comenzó y el diagnóstico: (Ex. Diabetes -- 1979)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ritmo Cardíaco Anormal | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Reflujo | <input type="checkbox"/> Apnea Obstructivo del Sueño |
| <input type="checkbox"/> Rinitis Alérgica | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Anemia/Desorden de la sangre | <input type="checkbox"/> Infarto de Miocardio | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Úlcera Péptica |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Problemas de hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Colon | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancia/alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfisema/COPD | <input type="checkbox"/> Migrañas | |

HISTORIA DE SALUD ADICIONAL: Escriba cualquier otra condición médica que no está arriba que usted ha sido diagnosticado y la fecha.

HISTORIA DE CIRUJIAS: Escriba todas las cirugías que ha tenido con la fecha/año que ocurrió:

NOMBRE DE PACIENTE: _____ DOB: _____

Hope Clinic of Garland, Inc.
800 S. Sixth St. Suite 100 Garland, TX 75040
Phone: 469-800-2500 Fax: 469-800-2520

Jennifer Kampas, MD | Donna Bailey, MD | Allen Hefner, APP | Lynne Orozco, MD

Embarazos Total: _____ Nacimientos: _____

Método Anticonceptivo Actual: _____

HISTORIA SOCIAL

Ocupación: _____

Religión Preferida: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorclado/a Ley de Matrimonio Igualitario
 Other

Usted se considera:

Gay, Lesbiana, o homosexual
 Straight or heterosexual
 Bisexual

¿Usted se identifica como transsexual o transgenero?
 Yes no

USO DE TABACO: Nunca Actualmente En el pasado (cantidad/día _____ # años _____)

MEDICAMENTOS: (Apunte **TODOS** sus medicamentos, recetados y no recetados, hierbas, y suplementos):

ALERGIAS: (Apunte las alergias a medicamentos solamente y el tipo de reacción que tuvo al medicamento):

Farmacia: Numero de teléfono y calle de Intersección donde esta localizada la farmacia donde quiere que mande sus medicamentos.

Farmacia: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono de farmacia: _____

Numero de fax de farmacia: _____
