

Nombre del paciente:	MRN#:
----------------------	-------

Estamos emocionados de tener la oportunidad de proveer por sus necesidades médicas.

**APLICACION DE PACIENTE NUEVO PUEDEN SER ENTREGOS
LOS MARTES DE 9AM-11AM O LOS JUEVES DE 3PM-5PM.**

Para aceptar y comenzar revise esta aplicación, este paquete debe incluir:

<input type="checkbox"/>	Identificación Valida Puede incluir copia, o identificación presente y nosotros hacemos una copia.
<input type="checkbox"/>	Recibo de Utilidades Reciente Para comprobante de residencia dentro de nuestra área de servicio, en caso que su nombre no esté en el recibo, necesita proveer una alternativa como: cartas dirigidas así usted con la dirección exacta.
<input type="checkbox"/>	Comprobante de Ingresos del Hogar la más reciente hoja de reembolso de impuestos de TODOS los miembros del hogar que contribuyen económicamente. Cualquier carta o documento oficial que compruebe la necesidad de asistencia financiera, por ejemplo: Seguridad Social, desempleo, asistencia de vivienda o comida (SNAP), manutención de los hijos, compensación de trabajador, o discapacidad etc. *Tome en cuenta: Para poder proveer remisiones de tratamiento gratis y/o de costo bajo a: especialistas, laboratorio, servicios de imágenes. Nosotros no aleamos con otras instituciones fuera de la clínica tal como Health Alliance for the Uninsured (HAU). Estas agencias REQUIEREN que nosotros podamos proveer los comprobantes de ingresos de nuestros pacientes. Nosotros tenemos que tener estos comprobantes actualizados en su expediente. Si usted no cuenta con los documentos específicos mencionados, por favor contacte a alguien en la clínica para poder aconsejarle que necesita proveer.
<input type="checkbox"/>	Paquete de Aplicación Completado. Formulario de registro, Historial médico, documento de Informes, Autorización y Privacidad.

Si tiene alguna duda o pregunta con respecto al procesos de aplicación por favor llame al (405) 242-5558 para asistencia.

Packet accepted by:	Date:
Financial Document review by:	Date:
Nurse Review by:	Date:
<input type="checkbox"/> APPROVED/ Appt Date & Time:	<input type="checkbox"/> DENIED/ Reason:
Date:	Note:

_____ **Iniciales de paciente**

Crossings Clinic NO puede asistir con tratamiento de emergencias o lesiones relacionadas con Workman's Comp, tampoco asistimos con papeleo de Discapacidad de Seguridad Social y/o asistencia con procedimientos tribunales con respecto a sus condiciones médicas. La clínica no tiene la habilidad de determinar si un paciente tiene o no tiene la capacidad de realizar cualquier tipo de oficio.

Estimado posible nuevo paciente,

Estamos bendecidos que está considerando Crossings Community Clinic para servirle con sus necesidades médicas. Nos da emoción comenzar a atender sus preocupaciones de salud, para poder calificar como nuestro tiene que cumplir con los siguientes requerimientos:

1. No tener seguro médico.
2. Tener la edad de 18 a 64.
3. Vivir en los códigos postales: 73114, 73120, 73132, 73162
4. Tener comprobante de ingresos y vivir al o debajo del 200% de las pautas de pobreza federal.

Nota: Pacientes quienes únicamente hablen español son responsables de conseguir un intérprete mayor de 18 años de edad para cada cita.

Si usted cree estar dentro de los requerimientos, favor de completar nuestro paquete de aplicación de paciente nuevo. **También proveer recibo de utilidades, la más reciente hoja de reembolso de impuestos de TODOS los miembros del hogar que contribuyen económicamente, e identificación con fotografía.** Nosotros verificaremos que califique, después de aprobación nosotros haremos contacto con usted para ofrecerle una cita de paciente nuevo.

Nuestra meta es ayudarle en este tiempo de en el cual usted se encuentra sin seguro médico y no puede pagar por un instituto privado. Nosotros tenemos la esperanza de aliarnos con usted de una manera holística para su bienestar general, incluyendo su salud física, emocional, y espiritual. Como paciente de Crossings Community Clinic, usted va a recibir atención limitada médica, dental, visual sin costo alguno. Podemos proveer medicamento limitado o prescripciones escritas para llevar a su farmacia de presencia. Nosotros animamos a nuestros pacientes que participen en nuestras clases de recuperación emocional, nutrición, educación diabética, y aptitud física. Estas clases las proveemos para usted sin costo alguno. Cuando mejore su situación económica financiera, nosotros lo apoyaremos para conseguir seguro médico o seguro privado a costo bajo.

Nosotros creemos que Dios nos dirigió así a usted para servirle de la mejor manera posible. Si por algún motivo nosotros no podemos asistirle con sus necesidades, le daremos una lista de otros recursos gratuitos o de costo bajo cerca de usted.

Sobre todo, queremos que usted sepa que Dios lo ama y El cuida de usted.

Bendiciones,

Crossings Community Clinic

“Ama a tu prójimo como a ti mismo”

Marcos 12: 30-31

PATIENT INFORMATION

Nombre completo legal: (apellidos, nombre, segundo nombre)			Fecha de Nacimiento:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> a casado <input type="checkbox"/> a viuido <input type="checkbox"/> a divorciado <input type="checkbox"/> a Separado <input type="checkbox"/> a nunca casado <input type="checkbox"/> a unión libre		Edad:	Numero de seguridad social: - -	
Elije un Raza: (Elija todo lo que sea aplicable.) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Caucásico/a <input type="checkbox"/> Otra			Grupo: <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No hispano / latino		
¿Ciudadano Americano? (únicamente para uso de la clínica) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Primary Language Spoken: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____		
Domicilio actual: (Incluir estado, ciudad, y código postal)					¿Sin hogar? Circle: SI / NO
Número telefónico de casa: () -		Número telefónico Celular: () -		Correo Electrónico	
Contactos de Emergencia					
Nombre: Parentesco: Número Telefónico: ¿Podemos compartir información médica? SI / NO			Nombre: Parentesco: Número Telefónico: ¿Podemos compartir información médica? SI / NO		

Cobertura o Elegibilidad de Seguro Médico

Usted califica o tiene:	SI	NO	Aplicando	Pendiente	Negado
MEDICARE (Edad 65+)					
MEDICAID/SOONERCARE (De parte del estado)					
INDIAN HEALTH SERVICES (CDIB card)					
Seguro médico privado (De parte de empleo)					
Beneficios de Veterano					

Información financiera del hogar

¿Cuántos adultos (+18) Viven en el hogar?		¿Cuántos niños (menores de 18)?	
¿Cuántas personas que viven en el hogar tienen ingresos de cualquier tipo? (incluyendo: desempleo, discapacidad, SSI, ingresos de retiro)			
¿Total, cantidad que USTED provee al hogar? \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual			
¿Ingresos COMBINADOS de TODOS los miembros del hogar? \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		¿Hizo aplicación de impuestos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE	

ADDITIONAL INFORMATION

Usted ha sido paciente de Crossings Community Clinic antes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿Preocupaciones Primarias de su Salud?		
¿Necesita asistencia de VISION? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Necesita asistencia DENATAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuánto tiempo has estado sin seguro médico? ¿Quién es el último doctor que cuido de usted?
Farmacia de preferencia:		

Historial Médico – Del Paciente estableciendo cuidado médico:

Medicamento (incluyendo herbales, control prenatal, medicamentos sin receta)					<input type="checkbox"/> Ninguna
	Nombre	Dosis (mg)	Tomando	No tomando	Necesitá relleno
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial Médico actual y anterior (Elija todo lo que sea aplicable)			<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Ansiedad/depresión	<input type="checkbox"/> Cáncer o Leucemia	<input type="checkbox"/> Hemofilia	
<input type="checkbox"/> Pensamientos de hacerse daño o dañar a otros	<input type="checkbox"/> Endocarditis	<input type="checkbox"/> Hepatitis, ictericia, enfermedad de hígado	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfisema, EPOC, Bronquitis Crónica	<input type="checkbox"/> VIH positivo o SIDA	
<input type="checkbox"/> Actualmente embarazada	<input type="checkbox"/> Corazón agrandado/Fallo Cardíaco congestivo	<input type="checkbox"/> Marcapasos o desfibrilador	
<input type="checkbox"/> Amamantando	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Diálisis renal	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia/bipolar	
<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Ataques de corazón o dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Paro cardíaco	
<input type="checkbox"/> Alergias, Alergia temporales	<input type="checkbox"/> Defecto de la válvula del corazón/ cirugía	<input type="checkbox"/> Rasgo de células falciformes	
<input type="checkbox"/> Reemplazo artificial de articulaciones o huesos	<input type="checkbox"/> revascularización quirúrgica/angioplastia	<input type="checkbox"/> Trasplante de órgano	
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar	<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco		
<input type="checkbox"/> Enfermedad de hueso, músculo o articulación			
Otro Historial Médico: _____			

Alergias	<input type="checkbox"/> Ninguna
Alergias a la comida: _____	Tiene alergias al yodo o mariscos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Alergias a medicamentos: _____	Tiene alergia al látex o hule? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Cirugías		<input type="checkbox"/> Ninguna
Mes / año	Tipo de cirugía	

Hospitalizaciones / Visitas al salón de emergencias		<input type="checkbox"/> Ninguna
Mes / año	Motivo de su estancia y/o visita	

Historial Familiar (Elija todo lo que sea aplicable)									<input type="checkbox"/> Ninguna / Unknown
Miembro de la Familia	Aún Vive	Diabetes	Presión alta	Enfermedad Cardíaca	Cáncer	Asma	Defectos de Nacimiento	Enfermedad mental	Abuso de sustancias
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano/a s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuela Materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo Materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuela Paterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo Paterno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros familiares: _____

Uso de tabaco / Humar					
¿Usted actualmente es fumador?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿usted consume otras formas de tabaco? (elija todo lo que sea aplicable)	<input type="checkbox"/> Pipa	<input type="checkbox"/> inhalación de tabaco en polvo
	<input type="checkbox"/> Anterior			<input type="checkbox"/> Puro	<input type="checkbox"/> masticable
¿Usted fuma todos los días?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Cuántos años a fumado?	<input type="checkbox"/> Cigarro eléctrico	<input type="checkbox"/> En Vapor
¿cuantos paquetes de cigarro fuma por día?	<input type="checkbox"/> Menos de la mitad		¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?	<input type="checkbox"/> < 1 mes	<input type="checkbox"/> 1-5 años
	<input type="checkbox"/> 1 paquete			<input type="checkbox"/> 3-6 meses	<input type="checkbox"/> 6-10 años
<input type="checkbox"/> más de 1 paquete				<input type="checkbox"/> 7-12 meses	<input type="checkbox"/> > 10 años
Usted:	<input type="checkbox"/> quiere dejar de fumar <input type="checkbox"/> está pensando en dejar de fumar <input type="checkbox"/> no quiere dejar de fumar				

Uso de alcohol		
¿usted ha consumido una bebida alcohólica en el ultimo año?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿En caso que la respuesta sea Si que tan seguido tomas?	<input type="checkbox"/> Mensualmente o menos <input type="checkbox"/> 2-4 veces al mes <input type="checkbox"/> 2-3 veces a la semana <input type="checkbox"/> 4 + veces a la semana	
¿Cuántas bebidas alcohólicas consumías típicamente por día cuando bebías en año pasado?		
¿Qué tan seguido tomas más de 6 bebidas alcohólicas en una ocasión?		

Uso de drogas u otras sustancias			
¿ha consumido drogas que no sean medicamento en los últimos 12 meses?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
En caso que la respuesta sea Si ¿Cuáles sustancias a consumido? (esto incluye marihuana):		Aun consume?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Hace cuantos meses fue la última vez que consumió?		<input type="checkbox"/> <6 meses <input type="checkbox"/> 6-12 meses <input type="checkbox"/> 12-24 meses <input type="checkbox"/> 24+ meses	

Historial Sexual					
¿Es sexualmente activa?	<input type="checkbox"/> Si, en el último mes <input type="checkbox"/> Si, en el pasado <input type="checkbox"/> Nunca he tenido actividad sexual		¿Tienes historial de infecciones de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Cuál es tu preferencia sexual?	<input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres		<input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Ninguno	En caso que la respuesta sea Si, ¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> VPH <input type="checkbox"/> Tricomoniasis <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> _____
¿usted usa control prenatal/preservativos?					

Historial de Mujer
¿Tiene periodos menstruales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IRREGULAR
Fecha del ultimo Papanicolaou: Fecha del ultimo mamo grama: Descarga o hinchazón de pechos:
Preocupaciones de salud femenina: Historial de infecciones sexuales o pélvicas/infertilidad/quistes/VPH/ PAPA anormal: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso que SI explique:
Historial Obstétrica: Total, de embarazos en la vida: Total, de perdidas/ abortos: Total, de partos que llegaron a término: Total, de partos prematuros: Número de hijos vivientes:

Historial de Hombre
Historia de trauma o cirugía testicular: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Infección venérea /Infección de transmisión sexual / dolor testicular / dolor de pene / ronchas visuales / dificultad sexual <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fecha de último examen de próstata o rectal:
Preocupación Próstata: ¿Tiene problemas urinarios o para vaciar la vejiga? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Despierta en la noche para orinar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Sangre en el orine? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infección en las vías urinaria/ riñones/ próstata <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dolor Testicular o inflamación cuando: Se esfuerza/ tose/ levanta algo pesado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Extensión			
¿De niño completo las vacunaciones requeridas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SE
¿Usted ha sufrido de cualquiera de las siguientes enfermedades? <input type="checkbox"/> SI (check all that apply & write year) <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubilla <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Fiebre reumática		
¿Ha recibido las siguientes vacunas de adulto? <input type="checkbox"/> SI (Si la respuesta es SI indique cual y cuando:) <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Tétanos/Tdap/dTap _____ <input type="checkbox"/> Influenza _____ <input type="checkbox"/> neumonía _____ <input type="checkbox"/> Otros _____		
¿Hace ejercicio regularmente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso que SI explique:			
¿Ha tenido una colonoscopia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso que SI cuando:			

Información demográfica	
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> a casado <input type="checkbox"/> a viudo <input type="checkbox"/> a divorciado <input type="checkbox"/> a separado <input type="checkbox"/> a nunca casado <input type="checkbox"/> a unión libre
Nombre de su conyugue:	Cantidad de hijo/a s:
¿Cuál es su nivel de estudios?	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> secundaria <input type="checkbox"/> preparatoria <input type="checkbox"/> universidad <input type="checkbox"/> maestría
¿Cuál es el certificado más alto que has obtenido?	<input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Certificado Vocacional <input type="checkbox"/> Título universitario <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado

La salud comienza donde nosotros trabajamos, jugamos, aprendemos, comemos, y dormimos. Problemas en cualquiera de estas áreas puede afectar tu salud. Es posible que nosotros podamos proveer asistencia, así que esperamos que pueda responder a las siguientes preguntas. Usted no tiene que responder a las preguntas si usted no gusta. Cualquier cosa que usted escriba va a ser confidencial en su expediente médico.

Por favor marque una caja para indicar su respuesta.

¿Cuál opción es la mejor descripción de su ocupación actual?

- Ama de casa / no trabaja fuera de casa
- Empleado (empleado por sí mismo) Tiempo completo
- Empleado (empleado por sí mismo) medio tiempo
- Empleado, pero en pausa por razones medicas
- Empleado, pero temporalmente en pausa por otros motivos
- Sin trabajo, menos de 6 meses
- Sin trabajo, más de un año

¿Cómo es tu situación de vivienda?

- No tengo hogar (vive en un hotel, albergue, calle, o vehículo)
- Tengo hogar, pero tengo miedo a perderlo
- Tengo hogar

¿En los últimos 12 meses has tenido orden de cortar tu electricidad, gas, o agua?

- Si
- No
- Ya lo cortaron

**Con respecto al lugar donde vives, ¿tienes algunos de los siguientes problemas?
(Check all that apply)**

- Plaga de animales
- Moho
- Pintura o pipas de plomo
- Calefacción inadecuada
- Estufa u horno que no funcione
- Detector de humo que no funcione o falta de
- Goteadero de agua
- Ninguna de las opciones

¿Te sientes capaz de llenar formularios?

- Para nada
- Más o menos
- Completamente

¿Sientes que tienes la capacidad de controlar y mantener tu salud? (1 = no creo tener la capacidad 10 = soy muy capaz)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué tan difícil es para ti pagar las cosas cotidianas como comida, alojamiento, cuidado médico, y calefacción?

- No es difícil para nada
- No es muy difícil
- Es algo difícil
- Difícil
- Muy difícil

¿En los últimos 12 meses, Te has preocupado de que se acabe tu comida y no tener dinero para comprar más?

- Nunca
- Algunas veces
- Siempre

¿En los últimos 12 meses la comida que compraste no te alcanzo y ya no tenías dinero para comprar más?

- Nunca
- Algunas veces
- Siempre

En los últimos 12 meses ¿la falta de transporte a causado que faltes a citas médicas y/o recoger medicamento?

- Si
- No

En los últimos 12 meses ¿la falta de transporte a causado que falles al trabajo, juntas, u otras actividades cotidianas?

- Si
- No

¿Te sientes estresado, inquieto, nervioso, ansioso, o sin poder dormir por preocupaciones?

- Para nada
- Un poco
- Más que menos
- Mucho
- Todo el tiempo

En una semana común, ¿Cuántas veces platicas por teléfono con familiares, amigos o vecinos?

- Nunca
- Una vez a la semana
- Dos veces a la semana
- Tres veces a la semana
- Más de tres veces a la semana

¿Qué tan seguido te reúnes con amigos o familia?

- Nunca
- Una vez a la semana
- Dos veces a la semana
- Tres veces a la semana
- Más de tres veces a la semana

¿Qué tan seguido vas a la iglesia o servicios religiosos?

- Nunca
- 1 a 4 veces por año
- Más de 4 veces por año

¿Usted pertenece a alguna organización, grupo de iglesia, unión, fraternidad, grupo atlético, o escolar?

- Si
- No

En los últimos 12 meses ¿usted sentido miedo, de sus pareja o ex pareja?

- Si
- No

En los últimos 12 meses ¿usted ha sido humillado o abusado emocionalmente de parte de su pareja o ex pareja?

- Si
- No

En los últimos 12 meses ¿usted ha sido pateado, golpeado, recibido una cachetada, o de otra manera físicamente abusado de parte de su pareja o ex pareja?

- Si
- No

En los últimos 12 meses ¿usted ha sido violado/a o forzado/a a un acto sexual de parte de su pareja o ex pareja?

- Si
- No

Derechos y Responsabilidades del paciente

Nombre completo legal:
(apellidos, nombre, segundo nombre)

Fecha de Nacimiento:

En la Clínica Crossings, nosotros creemos que el cuidado de su salud se basa en la participación de equipo. Esto significa que nosotros como proveedores de salud activamente participamos en el cuidado de su salud, tanto como usted el paciente, también debe de participar en su cuidado médico.

Crossings Community Clinic es responsable de:

- Proveer cuidado de cabecera basado en evidencia medica
- Proveer cuidado respetuoso y considerado.
- Explicar todos los procedimientos y resultados de exámenes en su cita
- Hacer el mejor intento de responder a sus mensajes y llamadas dentro de las primeras 24 horas entre semana/ esto excluye fines de semana
- Mantener su información médica confidencial

Usted, como paciente, tiene la responsabilidad de:

- _____ Llegar puntalmente a sus citas. Si usted necesita reprogramar o cancelar, usted debe llamarnos al 405-242-5558 por lo menos 24 horas antes de la cita. Dejar un correo de voz es aceptable. Si usted falta a 3 o más citas sin llamar o previo aviso, la clínica tiene el derecho de negarle servicios a futuro.
- _____ Cumplir con estudios de laboratorio y/o imágenes que sean ordenados a tiempo apropiado para la siguiente cita.
- _____ Informar a Crossings Community Clinic, dentro de los primeros 30 días, si ocurren cambios de su estatus de seguro médico, ingresos, o información para contactarlo/a. El no cumplir con esta responsabilidad puede causar atrasos en su cuidado médico.
- _____ Proveer la información financiera de su hogar anualmente, a tiempo adecuado.
- _____ Participar activamente en cuidado de su salud.
- _____ Pacientes quienes únicamente hablen español son responsables de conseguir un intérprete mayor de 18 años de edad para cada cita.

***Por favor pongas sus iniciales en cada renglon para hacernos saber que comprende y acepta los Derechos y responsabilidades de paciente de Crossings Community Clinic.

Información para usted como paciente:

- **Medicamentos:** Crossings Community Clinic no prescribe ni distribuye narcóticos y/o sustancias controlada de ningún tipo. **Favor de notificarnos 10 días antes que se le acabe sus medicinas. No podemos rellenar medicamentos el mismo, ni aceptamos que los pacientes vengan a la clínica sin cita para solicitar medicamentos.**
- **Amabilidad:** Crossings Community Clinic NO tolerara lenguaje inapropiado y/o abusivo. Conducta inapropiada o abusiva dirigida a nuestros proveedores de salud/empleados/ voluntarios de parte del paciente y/o representante de paciente, resultara en ejercer de derecho de negar le servicio.
- **Limitaciones:** Crossings Community Clinic esta limitado a proveer ciertos servicios, no podemos garantizar estudios o acceso a proveedores espaciales. **La clínica no tiene la capacidad de dar tratamiento en casos de emergencia, lesiones de Work's Comp, casos solicitando Incapacitación social (Social security disability), o en juicios legales.** La clínica no tiene las medidas para determinar la habilidad o inhabilidad del paciente para realizar ciertas actividades de trabajo.

He leído y comprendo este documento de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Me comprometo a cumplir con todos los términos y condiciones

Firma: _____

Fecha: _____



10255 NORTH PENNSYLVANIA AVE
 OKLAHOMA CITY, OK 73120
 405.749.0800

RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD, INFORMACION Y AUTORIZACION

Nombre completo legal: (apellidos, nombre, segundo nombre)	Fecha de Nacimiento:
--	-----------------------------

AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION PERSONAL DE SALUD EN MENSAJE

Yo autorizo los empleados, proveedores, y voluntarios de Crossings Community Clinic dejarme mensajes con los números telefónicos que yo proporcione como información personal de contacto. Yo entiendo que estos mensajes puedan incluir Información Medica Privada (PHI) en referencia a mis citas como fechas, horas, cuidado, y tratamiento y puede recibirse en forma de mensaje telefónico.

YO AUTORIZO A CROSSINGS COMMUNITY CLINIC DEJARME MENSAJES CON INFORMACION MEDICA PRIVADA			
Escoja los que apliquen: <input type="checkbox"/> Mensaje Telefónico <input type="checkbox"/> No mensaje de texto <input type="checkbox"/> Con Familia/Amigos <input type="checkbox"/> Por favor no dejar mensaje			

AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION PERSONAL DE SALUD

Yo doy permiso a Crossings Community Clinic proveer mi Información Medica Privada a las personas siguientes:

NOMBRE	PARENTESCO	NUMERO TELEFÓNICO

Yo reconzco y entiendo que esta autorización será parte de mi record medico y permanecerá en efecto hasta que yo presente una renuncia en escrito. Es mi responsabilidad informar Crossings Community Clinic si deseo cambiar mi información de contacto.

RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo certifico que he recibido la oportunidad de revisar Las Prácticas de Privacidad de Crossings Community Clinic y he leído y comprendo esta notificación completamente. Yo he sido proveído la oportunidad clarificar mis preguntas sobre esta notificación y han estado contestados a mi satisfacción.

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento de Servicio**Nombre completo legal:**
(apellidos, nombre, segundo nombre)**Fecha de Nacimiento:****POR FAVOR LEA ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE
CONTIENE INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE NOS PERMITE BRINDARLE CUIDADO MÉDICO.**

Mi firma significa que comprendo los siguiente:

- El servicio médico que Crossings Community Clinic provee será administrado por una variedad de profesionales médicos certificados.
- Servicios que no sean médicos pueden y serán proporcionados por voluntarios, consultantes, estudiantes, y asistentes sin licencia médica profesional.
- Para asegurar el cuidado continuó puede ser necesario que Crossings Community Clinic comparta su información con otros proveedores (Médicos, consultantes).

**VOLUNTEER MEDICAL PROFESSIONAL SERVICES IMMUNITY ACT
STATEMENT OF DISCLOSURE AND ACKNOWLEDGEMENT
ACTA DE IMPUNIDAD PARA MÉDICOS PROFESIONALES VOLUNTARIOS**

La ley del Estado de Oklahoma provee a ciertos médicos profesionales con **impunidad de responsabilidad legal en caso de un acto civil** basado en actos u omisiones de eso profesionales proporcionando servicios médicos voluntarios. La ley cobre profesionales médicos, asistentes médicos, enfermeras registradas, enfermeras avanzadas practicantes, enfermeras vocacionales, farmaceutas, podólogo, dentista, higienistas dentales, asistentes, asistentes médicos, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, psicólogos y optometristas en caso de:

1. El servicio médico voluntario sea proporcionado en una clínica gratuita donde ni los profesionales ni la clínica reciban reembolso o compensación por tratamiento.
2. Los profesionales que estén en comprometidos y se encuentren en práctica activa o retirados, sean elegibles para dar servicios en el Estado de Oklahoma.
3. Los profesionales estaban actuando de buena fe. Si tienen certificación/ licenciatura que el cuidado este dentro de sus capacidades.
4. Los profesionales comprometidos en el acto u omisión fueron por proveer servicios profesionales.
5. El daño o herida no fue causado por negligencia o conducta mal intencional de parte del profesional.

Yo comprendo que basado en las provisiones 1-5 listados arriba por el VOLUNTEER MEDICAL PROFESSIONAL SERVICES IMMUNITY ACT (Acta de impunidad para médicos profesionales voluntarios) renuncio a todos los derechos de recuperación o daños en una demanda judicial en contra de cualquier voluntario profesional, practicante médico, o Crossings Community Clinic a cambio de servicios médicos gratuitos.

Estoy consciente que la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no hay garantías con resultados, procedimientos, o tratamientos proporcionados. Reconozco que me proveedor de salud va aconsejar de riesgos conocidos involucrando tratamiento y procedimientos, pero ahí situaciones impredecibles/ imprevisibles que pueden surgir y causar heridas o daño.

He leído y comprendo completamente el escrito de arriba. Todas mis preguntas han sido satisfactoriamente respondidas en un idioma que comprendo. Comprendiendo lo escrito arriba, otorgo mi consentimiento a Crossings Community Clinic para proveer servicios médicos a mi favor. Mi consentimiento es válido hasta que yo mismo lo reitere.

Firma: _____ Fecha: _____

Derechos y Responsabilidades del paciente

En la Clínica Crossings, nosotros creemos que el cuidado de su salud se basa en la participación de equipo. Esto significa que nosotros como proveedores de salud activamente participamos en el cuidado de su salud, tanto como usted el paciente, también debe de participar en su cuidado médico.

Crossings Community Clinic es responsable de:

- Proveer cuidado de cabecera basado en evidencia medica
- Proveer cuidado respetuoso y considerado.
- Explicar todos los procedimientos y resultados de exámenes en su cita
- Hacer el mejor intento de responder a sus mensajes y llamadas dentro de las primeras 24 horas entre semana/ esto excluye fines de semana
- Mantener su información médica confidencial

Usted, como paciente, tiene la responsabilidad de:

***Por favor pongas sus iniciales en cada renglon para hacernos saber que comprende y acepta los Derechos y responsabilidades de paciente de Crossings Community Clinic.

- COPIA PARA EL PACIENTE**
- ___ Llegar puntalmente a sus citas. Si usted necesita reprogramar o cancelar, usted debe llamarnos al 405-242-5558 por lo menos 24 horas antes de la cita. Dejar un correo de voz es aceptable. Si usted falta a 3 o más citas sin llamar o previo aviso, la clínica tiene el derecho de negarle servicios a futuro.
 - ___ Cumplir con estudios de laboratorio y/o imágenes que sean ordenados a tiempo apropiado para la siguiente cita.
 - ___ Informar a Crossings Community Clinic, dentro de los primeros 30 días, si ocurren cambios de su estatus de seguro médico, ingresos, o información para contactarlo/a. El no cumplir con esta responsabilidad puede causar atrasos en su cuidado médico.
 - ___ Proveer la información financiera de su hogar anualmente, a tiempo adecuado.
 - ___ Participar activamente en cuidado de su salud.
 - ___ Pacientes quienes únicamente hablen español son responsables de conseguir un intérprete mayor de 18 años de edad para cada cita.

Información para usted como paciente:

- **Medicamentos:** Crossings Community Clinic no prescribe ni distribuye narcóticos y/o sustancias controlada de ningún tipo. **Favor de notificarnos 10 días antes que se le acabe sus medicinas. No podemos rellenar medicamentos el mismo, ni aceptamos que los pacientes vengan a la clínica sin cita para solicitar medicamentos.**
- **Amabilidad:** Crossings Community Clinic NO tolerara lenguaje inapropiado y/o abusivo. Conducta inapropiada o abusiva dirigida a nuestros proveedores de salud/empleados/ voluntarios de parte del paciente y/o representante de paciente, resultara en ejercer de derecho de negar le servicio.
- **Limitaciones:** Crossings Community Clinic esta limitado a proveer ciertos servicios, no podemos garantizar estudios o acceso a proveedores espaciales. **La clínica no tiene la capacidad de dar tratamiento en casos de emergencia, lesiones de Work's Comp, casos solicitando Incapacitación social (Social sercuity disability), o en juicios legales.** La clínica no tiene las medidas para determinar la habilidad o inhabilidad del paciente para realizar ciertas actividades de trabajo.

He leído y comprendo este documento de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Me comprometo a cumplir con todos los términos y condiciones

COPIA PARA EL PACIENTE