



Robert S. Peterson Building
45580 Woodward Ave
Pontiac, MI 48341
248-309-3752-Phone
248-309-3835-Fax
www.gbchc.org

LISTA DE VERIFICACION DE SOLICITUD DEL PACIENTE

Con el fin de convertirse en un paciente medico en la Clinica de Salud Comunitaria Dr. Gary Burnstein, por favor envíe los documentos que se enumeran a continuacion en persona. Nuestro horario de servicio regular son las siguientes:

Lunes- Viernes 9am a 4pm

- ☐ Ingresos de o menos de \$32,000 el año pasado para usted \$11,000 adicionales por miembro de la familia. (Por ejemplo: \$32,000 o menos para usted, si tiene un hijo agregue \$11,000 + \$32,000= \$43,000).
- ☐ Carta de negacion de Medicaid
- ☐ Formulario de declaracion de impuestos federales de suministro, el formulario que necesita se llama 1040 para el año tributario anterior. Si necesitas ayuda, por favor pregunta a la recepcion.
- ☐ Identificacion valida con foto/licencia de conducir/ Identificacion es total/ tarjeta de residencia (la identificacion debe tener una direccion de Michigan).
- ☐ Debe Volver **a calificar** cada año. Si no lo hace, resultara en su despido de la clinica.

Todos nuestros servicios son gratis para personas calificadas. Si recibe servicios utilizando informacion falsificada, se le facturara el costo de todo los servicios que ha recibido y dado de alta de nuestra atencion.

Esperamos poder ayudarle!
Personal de GBCHC



Contrato de Consentimiento del Paciente

Autorización para tratamiento médico

Por Favor Lea Con Atención – Este es un Contrato

Consiento a recibir servicios en la Clínica de Salud Comunitaria Gary Burnstein (GBCHC). Este tratamiento puede incluir evaluación, procedimientos de diagnóstico de rutina, medicamentos y tratamiento médico adecuado, ya que el médico/enfermero(a), practicante/ asistente del médico considera necesario para mi atención. Entiendo que no me han dado garantías sobre el resultado del examen o tratamiento en esta clínica.

Entiendo que los servicios que recibo en GBCHC, o como resultado de una derivación de GBCHC, están siendo proporcionados por profesionales de la salud y voluntarios que no están recibiendo dinero ni tampoco serán solicitados a ninguna fuente. Entiendo, según lo dispuesto por la ley federal y del estado de Michigan, que estos voluntarios no son responsables de demandas como resultado de actos o supervisión. Con la excepción de actos al propósito, comportamiento intencional y cruel, o intenciones de lastimarme.

Entiendo que cualquier comportamiento verbalmente abusivo o amenazante para el personal de la clínica son motivos para terminar los servicios de la clínica.

En el caso de que cualquier agente del GBCHC esté expuestos de alguna manera con mis fluidos corporales, se extraerán muestras de sangre de ambas partes para detectar enfermedades infecciosas.

En caso de que un paciente deva cancelar una cita, **solicitamos que todas las cancelaciones ocurran 24 horas antes de su cita.** Entiendo que tres visitas de “**NO PRESENTARTE**” (**NO SHOW**) son motivos para terminar todos los servicios clínicos.

Para rellenar recetas: Llame **2** semanas antes de quedarse sin sus medicamentos para asegurarse de que su atención médica se proporciona sin interrupción.

Al firmar a continuación, entiendo que he leído y estoy de acuerdo con los términos del contrato de arriba.

Firma del paciente/ Parte responsable

Nombre del paciente (Impreso)

Firma del testigo

Fecha



Forma de Registro de Pacientes

Apellido	Segundo Nombre	Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguridad Social	Religion
Direccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Raza	
Email	() - Telefono de Casa #	() - Telefono de celular #	() - Telefono Alternativo		
Idioma Preferido			Numero de Visitas a Urgencias en Los Ultimos 12 Meses: _____		

Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Trabajo Completo <input type="checkbox"/> Trabajando Parcial <input type="checkbox"/> Juvenilado <input type="checkbox"/> Su Mismo-Empleado <input type="checkbox"/> Sin Trabajo Ingreso: \$ _____ Anual Numero de personas que viven en el hogar: _____	Cobertura Medica: Si o No Si tiene cobertura medica, explique por favor: _____ _____ _____ _____	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Militar: <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Juvenilado <input type="checkbox"/> Ningundo Sin hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Referred By: <input type="checkbox"/> Hope Center <input type="checkbox"/> Otro Refugio <input type="checkbox"/> MPRI <input type="checkbox"/> internet <input type="checkbox"/> 211 <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Hospital/Medico Facilidad: _____
--	---	---	--

Antiguo Proveedor Medico:

Proveedor Medico Actual: _____
Nombre de Medico Telefono de Medico Nombre de Facilidad/ Centro Medico

Antiguo Proveedor Dental:

Proveedor Dental Actual: _____
Nombre de Medico Telefono de Medico Nombre de Facilidad/ Centro Medico

Contacto(s) de Emergencia:

1st _____
Nombre/Apellido Relacion al Paciente Numero de Telefono

2nd _____
Nombre/Apellido Relacion al Paciente Numero de Telefono

Al firmar a continuacion, entiendo que la informacion anterior es verdad a lo mejor de mi conocimiento. Yo Entiendo que pueden ser necesarios documentos adicionales. Acepto permitir que GBCHC divulgue informacion a terceros apropiados para la atencion recibida en la clinica. Tambien entiendo que mi informacion solo se dara a la parte responsable y a las personas que he dado mi consentimiento por escrito.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Divulgar Informacion Medica Protegida (opcional)

Autorizo a la Clinica de Salud Comunitaria Dr. Gary Burnstein a compartir toda mi informacion de salud con la eleccion seleccionada a continuacion:

☐ Yo Mismo Solo ☐ Individuo(s) enumerado(s)

Informacion de individuos:		Poder Notarial (Una persona que puede tomar decisiones de salud por usted.)
1.) <u>Nombre:</u>	<u>Direccion, Ciudad,Codigo Postal:</u>	Circula uno: Si o No <u>Telefono:</u>
2.) <u>Nombre:</u>	<u>Direccion, Ciudad,Codigo Postal:</u>	Circula uno: Si o No <u>Telefono:</u>
3.) <u>Nombre:</u>	<u>Direccion, Ciudad,Codigo Postal:</u>	Circula uno: Si o No <u>Telefono:</u>

Entiendo que al firmar este formulario autorizo a la Clinica de Salud Comunitaria Dr. Gary Burnstein a discutir informacion medica sobre mis servicios de salud y tratamiento en GBCHC, cualquier resultado de prueba, diagnostico y hallazgos medicos, asi como trastornos de salud de sustancias, mentales y conductuales con las personas mencionadas anteriormente.

Firma del paciente o representante legal:	Date: / /
Nombre impreso del paciente o representante legal:	
Relacion del representante legal con el paciente:	Date: / /

Dental ■ Paciente Medico Historia Forma

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Por favor, responda a estas preguntas lo mejor que pueda. Por favor, compruebe la respuesta adecuada para usted, "Sí" o "No".

Médico:

¿Ha habido un cambio en su salud en el último año? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del médico: Número de teléfono: Fecha de la última visita médica:	¿Te has sometido a cirugía, tratamiento con rayos X o quimioterapia para un tumor u otra afección? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Está bajo el cuidado de un médico o recibiendo atención médica continua? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Estás embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> fecha de vencimiento: ¿Amamantas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Alguna vez te handicho que necesitas estar premedicado antes del tratamiento dental? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Información médica:

infarto Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Presión arterial alta Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Unungüento artificial Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Válvula cardíaca artificial Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Diabetes Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	asma Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	enfisema Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas estomacales Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Depresión, Ansiedad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Artritis, Dolor de espalda Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B o C Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Convulsiones Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Golpe Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	jaqueca Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastorno hemorrágico Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	VIH/SIDA Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Dental:

¿Estás teniendo alguna molestia en este momento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de la última visita dental: ¿El trabajo dental te pone nervioso? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?: ¿Con qué frecuencia usas tus dientes?:
¿Alguna vez ha tenido serios problemas con el trabajo dental anterior? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha tenido algún sangrado anormal asociado con extracciones previas, cirugía, trauma? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Usas tabaco? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Qué tipo: Cuánto: ¿Usas alcohol? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Qué tipo: Cuánto:

Medicamentos: ¿Está tomando algún medicamento recetado o de venta libre? Sí ☐ No ☐

Por favor, enumere todas las dosis de medicamentos con y sin receta, con qué frecuencia se toman, y la razón: (adjuntar una hoja separada si se necesita más espacio).

1.)	3.)
2.)	4.)

Alergias: Sí ☐ No ☐ Si es así, por favor enumere las alergias y ¿qué reacciones ocurren?

<u>Alergia:</u>	<u>Reacción:</u>
1.)	
2.)	

Entiendo que, que yo sepa, todas las respuestas son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud o medicamentos, informaré a la Clínica de Salud Comunitaria Gary Burnstein. Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento para mí, o el paciente nombrado (de quien soy el padre o tutor legal) a la GBCHC. **Reservamos tiempo para usted. Si llegas tarde, llámenos lo antes posible. Si falta a una cita, es posible que tenga que esperar a otra apertura. Si falta a DOS citas, es posible que solo pueda hacer citas el mismo día. Estas reglas son firmes para que podamos servir todos los que necesitan atención de manera oportuna.**

Firma del paciente o tutor legal

Print

Date

