

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

Estamos emocionados de tener la oportunidad de proveer por sus necesidades médicas. Para aceptar y comenzar revise esta aplicación, este paquete debe incluir:

<input type="checkbox"/>	<b>Identificación Valida</b> Puede incluir copia, o identificación presente y nosotros hacemos una copia.
<input type="checkbox"/>	<b>Recibo de Utilidades Reciente</b> 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"/>	<b>Comprobante de Ingresos del Hogar</b> 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 <b>REQUIEREN</b> 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"/>	<b>Paquete de Aplicación Completado.</b> 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 Deseabilidad 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	
<b>Contactos de Emergencia</b>					
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 <b>COMBINADOS</b> de <b>TODOS</b> 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:**

<b>Medicamento (incluyendo herbales, control prenatal, medicamentos sin receta)</b>					<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"/>

<b>Historial Médico actual y anterior (Elija todo lo que sea aplicable)</b>			<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: _____			
_____			

<b>Alergias</b>	<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

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

<b>Hospitalizaciones / Visitas al salón de emergencias</b>		<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? (elijá 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 último 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	<input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> VPH <input type="checkbox"/> VIH
¿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:
<b>Historial Obstétrica:</b>
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:
<b>Preocupación Próstata:</b>
¿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:

At Crossings Community Clinic, we believe in team-based health care. This means that we, as health care providers have an active role, and you, as a patient have an active role.

### Crossings Community Clinic is responsible for:

- Providing evidence-based primary care services.
- Providing considerate and respectful care.
- Explaining all procedures and test results at patient appointments.
- Doing our best to respond to all calls and messages within 24 hours during weekdays.
- Keeping all medical information private.

### You, as a patient, are responsible for:

- \_\_\_\_\_ Being on time for appointments. If you need to cancel or reschedule, you must call us at (405) 749-0800 at least 24 hours prior to the appointment time. Leaving a voicemail is acceptable. If you miss three (3) appointments in one year without calling, Crossings Community Clinic may discontinue care.
- \_\_\_\_\_ Obtaining any lab testing or imaging that is ordered by your physician prior to your next appointment.
- \_\_\_\_\_ Informing Crossings Community Clinic within 30 days of any changes in your insurance status, income, or contact information. Failure to do so may result in delayed treatment.
- \_\_\_\_\_ Timely providing updated household financial information each year.
- \_\_\_\_\_ Being an active partner in managing your health.
- \_\_\_\_\_ ***Pacientes quienes únicamente hablen español son responsables de conseguir un intérprete mayor de 18 años de edad para cada cita.***

\*\*\*Please initial each line to acknowledge that you have read your responsibilities as a patient at Crossings Community Clinic and agree to comply.

### Patient information:

- **Medications:** Crossings Community Clinic does not prescribe or dispense any narcotics or controlled substances. Please notify us 10 days before you run out of a medication. We will not be able to fill walk in medication requests.
- **Courtesy:** Crossings Community Clinic will not tolerate inappropriate/abusive language, behavior and/or treatment directed toward providers/staff/volunteers by patients and/or their representatives. The clinic reserves the right to refuse treatment.
- **Limitations:** Crossings Community Clinic is limited in the services which can be provided to patients and cannot guarantee access to specialty referrals and imaging. **The clinic is unable to treat emergency conditions or Workman's Comp injuries and cannot establish social security disability or assist patients with court cases related to their medical condition.** The clinic does not have the resources to determine a patient's ability or inability to perform any type of work.

**I HAVE READ AND UNDERSTAND THIS PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES DOCUMENT AND AGREE TO COMPLY WITH ALL OF ITS TERMS AND CONDITIONS.**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



10255 NORTH PENNSYLVANIA AVE  
 OKLAHOMA CITY, OK 73120  
 405.749.0800

## RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD, INFORMACION Y AUTORIZACION

<b>Nombre completo legal:</b> (apellidos, nombre, segundo nombre)	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
--	-----------------------------

### 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

At Crossings Community Clinic, we believe in team-based health care. This means that we, as health care providers have an active role, and you, as a patient have an active role.

### Crossings Community Clinic is responsible for:

- Providing evidence-based primary care services.
- Providing considerate and respectful care.
- Explaining all procedures and test results at patient appointments.
- Doing our best to respond to all calls and messages within 24 hours during weekdays.
- Keeping all medical information private.

### You, as a patient, are responsible for:

\*\*\*Please initial each line to acknowledge that you have read your responsibilities as a patient at Crossings Community Clinic and agree to comply.

- COPIA PARA EL PACIENTE**
- \_\_\_ Being on time for appointments. If you need to cancel or reschedule, you must call us at (405) 749-0800 at least 24 hours prior to the appointment time. Leaving a voicemail is acceptable. If you miss three (3) appointments in one year without calling, Crossings Community Clinic may discontinue care.
  - \_\_\_ Obtaining any lab testing or imaging that is ordered by your physician prior to your next appointment.
  - \_\_\_ Informing Crossings Community Clinic within 30 days of any changes in your insurance status, income, or contact information. Failure to do so may result in delayed treatment.
  - \_\_\_ Timely providing updated household financial information each year.
  - \_\_\_ Being an active partner in managing your health.
  - \_\_\_ ***Pacientes quienes únicamente hablen español son responsables de conseguir un intérprete mayor de 18 años de edad para cada cita.***

### Patient information:

- **Medications:** Crossings Community Clinic does not prescribe or dispense any narcotics or controlled substances. Please notify us 10 days before you run out of a medication. We will not be able to fill walk in medication requests.
- **Courtesy:** Crossings Community Clinic will not tolerate inappropriate/abusive language, behavior and/or treatment directed toward providers/staff/volunteers by patients and/or their representatives. The clinic reserves the right to refuse treatment.
- **Limitations:** Crossings Community Clinic is limited in the services which can be provided to patients and cannot guarantee access to specialty referrals and imaging. **The clinic is unable to treat emergency conditions or Workman's Comp injuries and cannot establish social security disability or assist patients with court cases related to their medical condition.** The clinic does not have the resources to determine a patient's ability or inability to perform any type of work.

**I HAVE READ AND UNDERSTAND THIS PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES DOCUMENT AND AGREE TO COMPLY WITH ALL OF ITS TERMS AND CONDITIONS.**

**COPIA PARA EL PACIENTE**