

LOWER LIGHTS CHRISTIAN HEALTH CENTER
1251 W. BROAD ST.
COLUMBUS, OH 43222

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT INFORMATION)

Apellido Paterno: _____ **Nombre:** _____ **Inicial del segundo nombre:** _____
Last Name First Name Middle Initial

Dirección: _____ **Ciudad, Estado, Código Postal** _____
Address City, State, Zip Code

Fecha de Nacimiento: _____ **Número de Seguro Social:** _____ **Sexo:** **H** **M**
Date of Birth Social Security Number Sex M F

Teléfono de su casa: _____ **Teléfono de su trabajo:** _____
Home Phone Number Work Phone Number

Estado Civil: **Soltero** **Casado** **Otro**
Marital Status Single Married Other

Ocupación: **Empleado** **Estudiante medio tiempo** **Estudiante tiempo completo**
Employment Status Employed PT Student FT Student

Nombre de su Empleador: _____ **Trabajo/Puesto:** _____ **Veterano** **Sí** **No**
Name of Employer Occupation Veteran Y N

RESPONSABLE DE PAGAR (SI ES OTRO QUE EL PACIENTE)

RESPONSIBILITY / GUARANTOR (IF DIFFERENT FROM PATIENT)

Nombre del responsable del pago: _____
Guarantor Name

Dirección: _____ **Ciudad, Estado, Código Postal** _____
Address City, State, Zip Code

Fecha de Nacimiento: _____ **Número de Seguro Social:** _____ **Sexo:** **H** **M**
Date of Birth Social Security Number Sex M F

Teléfono de su casa: _____ **Teléfono de su trabajo:** _____
Home Phone Number Work Phone Number

Estado Civil: **Soltero** **Casado** **Otro**
Marital Status Single Married Other

Ocupación: **Empleado** **Estudiante medio tiempo** **Estudiante tiempo completo**
Employment Status Employed PT Student FT Student

Nombre de su Empleador: _____
Name of Employer

Relación con el Paciente: **Esposo** **Hijo** **Padre adoptivo** **Padre/Madre** **Abuelo** **Otro**
Relationship to Patient Spouse Child Foster-Parent Parent Grandparent Other

SEGURO (INSURANCE)

Nombre del asegurado: _____
Policy Holder Name

Fecha de Nacimiento del asegurado: _____ **Número de Seguro Social:** _____
Date of Birth *Social Security Number*

Nombre del Seguro Principal: _____ **Número de Identificación:** _____ **Grupo:** _____
Name of Primary Insurance *Insured ID #* *Group #*

Nombre del Seguro Secundario: _____ **Número de Identificación:** _____ **Grupo:** _____
Name of Secondary Insurance *Insured ID #* *Group #*

Seguro de Accidentes: Sí No / Tipo: Coche Casa Deporte Trabajo Otro Fecha del Accidente: _____
Accident: Y N Type Car Home Sports Work Other Date of Accident

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (EMERGENCY CONTACT/RELATIVE)

Apellido Paterno: _____ **Nombre:** _____ **Inicial del segundo nombre:** _____
Last Name *First Name* *Middle Initial*

Dirección: _____ **Ciudad, Estado, Código Postal** _____
Address *City, State, Zip Code*

Número de Teléfono: _____
Phone Number

¿Podemos dejar mensajes en su casa con la persona que conteste? Sí No
May we leave messages at your home with other residents? Y N

¿Podemos dejar mensajes de voz en su teléfono o en su contestadora? Sí No
May we leave messages on your voice mail or answering machine? Y N

Firma del Paciente: _____
Patient Signature

DEBIDO A QUE SOMOS UN CENTRO DE SALUD QUE USA FONDOS FEDERALES, SE NECESITA QUE REGISTREMOS Y REPORTEMOS CIERTOS DATOS DE NUESTROS PACIENTES

BECAUSE WE ARE A FEDERALLY QUALIFIED HEALTH CENTER LOOK-A-LIKE, WE RE REQUIRED TO TRACK AND REPORT DATA REGARDING OUR PATIENT BASE

TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS DÉ SERÁ CONFIDENCIAL POR LO QUE LE AGRADECEMOS QUE CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS QUE SE HACEN A CONTINUACIÓN

ALL INFORMATION WILL BE KEPT CONFIDENTIAL SO WE WOULD APPRECIATE YOU COMPLETING THIS PAGE IN ITS ENTIRETY

Idioma o lenguaje de su preferencia: _____

Preferred Language

| | | | |
|--|--|---|---------------------------------|
| Raza: Afro-Americano <i>Race: Black / African-American</i> | Blanco <i>White</i> | Nativo Hawaiano <i>Native Hawaiian</i> | Asiático <i>Asian</i> |
| Nativo Americano <i>Native-American</i> | Islas del Pacífico <i>Pacific Islander</i> | Más de una raza <i>More than one race</i> | |

| | |
|--|----------------------------------|
| Etnia: Hispano o Latino <i>Ethnicity: Hispanic or Latino</i> | Otras <i>All other</i> |
|--|----------------------------------|

| | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| ¿Es usted una persona sin casa? <i>Homeless:</i> | Sí <i>Y</i> | No <i>N</i> |
|--|-----------------------|-----------------------|

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| Si no tiene casa, ¿en dónde vive? <i>If homeless, where are you staying?</i> | En casa de alguien <i>Doubling up</i> | Albergue <i>Shelter</i> | En la calle <i>Streets</i> | En diferentes lugares <i>Transitional</i> |
|--|---|-----------------------------------|--------------------------------------|---|

| | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| ¿Es usted un trabajador migrante (viaja de un lado a otro en busca de trabajo)? <i>Migrant Worker</i> | Sí <i>Y</i> | No <i>N</i> |
|---|-----------------------|-----------------------|

| | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| ¿Es usted un trabajador de temporada? <i>Seasonal Worker</i> | Sí <i>Y</i> | No <i>N</i> |
|--|-----------------------|-----------------------|

Educación (indique si completó):

Education (completed)

| | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|--|
| No acabó Preparatoria <i><High School</i> | Preparatoria <i>HS/GED</i> | Unos años en la Universidad <i>Some College</i> | Carrera Universitaria <i>College Grad</i> | Maestria/Doctor <i>Post-Grad</i> |
|--|--------------------------------------|---|---|--|

Religión _____

Religious Preference

| | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Es usted un veterano de las fuerzas armadas <i>Are you an Armed Services Veteran?</i> | Sí <i>Y</i> | No <i>N</i> |
|---|-----------------------|-----------------------|

INFORMACIÓN DE INGRESOS (DEBE SER COMPLETADA POR TODOS LOS PACIENTES AUNQUE TENGAN SEGURO MÉDICO)

INCOME INFORMATION (MUST BE COMPLETED BY ALL PATIENTS REGARDLESS OF INCOME OR INSURANCE)

Ingresos antes de impuestos

Income before taxes

\$ _____ por Hora Semana Quincena Mes Año
By Hour Week Bi-week Month Year

Otro ingreso *Other income:* \$ _____

Tipo de ingreso: Trabajo Retiro Discapacidad Medicaid/ADC Seguro Social Ninguno
Type of income: Job Retirement Disability Medicaid/ADC SSI None

Tamaño de la familia (número de personas viviendo en su casa): _____

Family Size (# in Household)

Edades de sus dependientes _____

Ages of Dependents

¿CÓMO SE ENTERÓ DE LA EXISTENCIA DE ESTE CENTRO MÉDICO: LOWER LIGHTS CHRISTIAN HEALTH CENTER?

HOW DID YOU HEAR ABOUT LOWER LIGHTS CHRISTIAN HEALTH CENTER?

FECHA: _____

DATE

FIRMA: _____

SIGNATURE

ATENCIÓN A LOS PACIENTES QUE SE LES COBRA UNA TARIFA REDUCIDA:

ATTENTION Sliding Scale Fee Patients

Si usted no tiene seguro se le cobrará una tarifa reducida de por lo menos \$5.00 por cada visita.

For all uninsured patients, there is minimum \$5.00 co-pay for each visit regardless of sliding fee scale status.

Si no presenta los documentos que se le piden 60 días después de su primera visita, no se le dará la tarifa reducida y tendrá que pagar el monto total de la visita y los servicios médicos que reciba. Esta documentación se evalúa cada año por lo que tendrá que presentar comprobantes de ingresos anualmente para que se determine si usted califica para que se le cobre una tarifa reducida de acuerdo a la regulación federal.

Failure to submit all requested documents within 60 days of initial visit will result in a denial of the sliding fee scale discount and you will be responsible for the entire cost of each visit and service. This documentation is evaluated on a yearly basis. Each year you will be expected to submit your financial status for sliding fee scale eligibility per federal regulation.

CUESTIONARIO DE SALUD (HEALTH QUESTIONNAIRE)

Debe ser completado por el paciente- Por favor use letra de molde (To be completed by the patient- Please Print)

Nombre (Name): _____ Fecha (Today's Date): _____

Fecha de nacimiento (DOB): _____ Edad (Age): _____

Estatura (Height): _____ Peso (Weight): _____

¿Es alérgico a alguna medicina? (Drug Allergies) _____

Razón de su visita: Por favor escriba en orden de importancia los síntomas o problemas de salud que tenga en este momento (Chief Complaints: Please list in order of importance the present health concerns, symptoms or problems you are experiencing) _____

Hospitalizaciones: Si usted se ha quedado en el hospital una noche o más, por favor especifique el año y enfermedad/operación (no incluya embarazos normales) (Hospitalizations: If you have been in the hospital overnight state the year, illness/operation (do not include normal pregnancies)

Año (Year) Enfermedad/Operación (Illness/Operation) Año (Year) Enfermedad/Operación (Illness/Operation)

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL (PAST MEDICAL HISTORY)

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o padecimientos? Encierre en un círculo la respuesta correcta (Sí o No) o deje en blanco en caso de que no esté seguro (Have you ever had the following, circle yes or no-leave blank if uncertain)

| | Yes | No | | Yes | No |
|---|-----|----|---------------------------------------|-----|----|
| SIDA o VIH (AIDS or HIV) | Sí | No | Glaucoma (Glaucoma) | Sí | No |
| Anemia (Anemia) | Sí | No | Enfermedad de corazón (Heart Disease) | Sí | No |
| Artritis (Arthritis) | Sí | No | Hemorroides (Hemorrhoids) | Sí | No |
| Asma (Asthma) | Sí | No | Hepatitis (Hepatitis) | Sí | No |
| Problemas en la espalda (Back Trouble) | Sí | No | Hernia (Hernia) | Sí | No |
| Infección urinaria (Bladder Infections) | Sí | No | Presión alta o baja (High or Low BP) | Sí | No |
| Tendencia a sangrar (Bleeding Tendency) | Sí | No | Urticaria (Hives or Eczema) | Sí | No |
| Bronquitis (Bronchitis) | Sí | No | Infecciones (Infectious mono) | Sí | No |
| Cáncer (Cancer) | Sí | No | Enfermedad del riñón (Kidney Disease) | Sí | No |
| Varicela (Chickenpox) | Sí | No | Sarampión (Measles) | Sí | No |
| Diabetes (Diabetes) | Sí | No | Migraña (Migraines) | Sí | No |
| Difteria (Diphtheria) | Sí | No | Válvula Mitral (Mitral Valve) | Sí | No |
| Epilepsia (Epilepsy) | Sí | No | Paperas (Mumps) | Sí | No |

| | | | | | |
|---|-----------|-----------|---|-----------|-----------|
| Pneumonía (<i>Pneumonia</i>) | Sí | No | Transfusiones (<i>Transfusions</i>) | Sí | No |
| Polio (<i>Polio</i>) | Sí | No | Tuberculosis (<i>Tuberculosis</i>) | Sí | No |
| Fiebre Reumática (<i>Rheumatic Fever</i>) | Sí | No | Úlceras (<i>Ulcers</i>) | Sí | No |
| Escarlatina (<i>Scarlet Fever</i>) | Sí | No | Enfermedad Venérea (<i>Venereal Disease</i>) | Sí | No |
| Varicela (<i>Smallpox</i>) | Sí | No | Tosferina (<i>Whooping Cough</i>) | Sí | No |
| Derrame Cerebral (<i>Stroke</i>) | Sí | No | Otra enfermedad (<i>Any other Disease</i>) | Sí | No |
| Enfermedad Tiroides (<i>Thiroid Disease</i>) | Sí | No | Por favor indique cuál _____ | | |

Comentarios (*Comments*): _____

Historial Médico Familiar (*Family History*)

¿Algún pariente inmediato (abuelos, padres o hermanos) ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o padecimientos? Encierre en un círculo la respuesta correcta (Sí o No) o deje en blanco en caso de que no esté seguro (*Has any blood relative had any of the following, circle yes or no-leave blank if uncertain*)

| | <i>Yes</i> | <i>No</i> | Parentesco / Relación (<i>Relationship</i>) |
|---|------------|-----------|--|
| Alergias (<i>Allergies</i>) | Sí | No | _____ |
| Anemia (<i>Anemia</i>) | Sí | No | _____ |
| Tendencia a sangrar (<i>Bleeding Tendency</i>) | Sí | No | _____ |
| Cáncer (<i>Cancer</i>) | Sí | No | _____ |
| Diabetes (<i>Diabetes</i>) | Sí | No | _____ |
| Epilepsia (<i>Epilepsy</i>) | Sí | No | _____ |
| Enfermedad de corazón (<i>Heart Disease</i>) | Sí | No | _____ |
| Presión alta o baja (<i>High or Low BP</i>) | Sí | No | _____ |
| Derrame Cerebral (<i>Stroke</i>) | Sí | No | _____ |
| Tuberculosis (<i>Tuberculosis</i>) | Sí | No | _____ |

Por favor indique las medicinas que esté tomando, la dosis y el número de veces al día.

| Medicinas (<i>Medications</i>) | Dosis (<i>Dosage</i>) | Veces por día (<i>Times/Day</i>) |
|---|--------------------------------|---|
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

HISTORIAL SOCIAL (SOCIAL HISTORY)

Fuma (Tobacco) **Sí** **No** **Paquetes al día (Packs per day)** _____ **por** _____ **años (years)**
Alcohol (Alcohol) **Sí** **No** **Número de bebidas a la semana (Drinks per week)** _____
Cafeína (Caffeine) **Sí** **No** **Tazas por día (Cups per day)** _____
Drogas (Illegal Drugs) **Sí** **No** **Tipo de droga (Type)** _____

Indique cuando fue la última vez que tuvo (escriba el año) (The last time you had a)

Vacuna de la influenza (Flu vaccine) _____

Vacuna de hepatitis (Hepatitis Vaccine) _____

Vacuna de neumonía (Pneumonia Shot) _____

Prueba de sangre en el excremento (Stool Bld Test) _____

Sigmoidoscopia (Sigmoid Exam) _____

Prueba de colesterol (Chol Test) _____

Vacuna de tétanos (Tetanus Shot) _____

Prueba de tuberculosis (TB Test) _____

Vacuna de rubeola (Rubella Vaccine) _____

Examen rectal (Rectal Exam) _____

Examen de los ojos (Eye Exam) _____

Análisis del antígeno prostático específico (PSA) _____

SOLO PARA MUJERES (FOR WOMEN ONLY)

Edad a la que tuvo su primera menstruación (Age at onset of menstrual period): _____

Fecha de su última menstruación (Date of last menstrual period): _____

Usa algún método anticonceptivo (Use Birth Control): **Sí (Yes)** **No (No)** **Tipo (Type):** _____

Número de embarazos (Number of pregnancies): _____

Número de abortos provocados (Number of abortions): _____

Número de nacimientos (Number of live births): _____

Número de abortos espontáneos (Number of miscarriages): _____

Año en que tuvo su último (Year of last):

Examen de seno (Breast exam) _____

Resultado (Results) _____

Mamografía (Mammogram) _____

Resultado (Results) _____

Papanicolau (Pap) _____

Resultado (Results) _____