



PATIENT LABEL

Fecha: _____

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre de pila		Apellido	
Fecha de nacimiento	Sexo ☐ Hombre / Male ☐ Mujer / Female	Teléfono	
DIRECCIÓN		Condado	
Ciudad	Estado	Cremallera	
Estado civil ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro			
Idioma ☐ Inglés ☐ Español ☐ Portugués ☐ Criollo Haitiano ☐ Ucraniano ☐ Otro			
Carrera ☐ Asiático ☐ Isleño del Pacífico ☐ Negro ☐ Africano ☐ Nativo Americano ☐ Blanco ☐ Europeo ☐ Multirracial			
Etnicidad ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino			
¿Cumple usted con los lineamientos de ingresos de Grace Clinic?		¿Tiene usted seguro?	
☐ Sí ☐ No		☐ No ☐ Seguro de enfermedad ☐ Otro	
¿Quieres orar con nuestro equipo de oración durante tu visita? ☐ Sí ☐ No ¿Preferencia religiosa?			
INFORMACIÓN DEL TUTOR - Si el paciente es menor de 18 años, complete la siguiente información			
Nombre del padre o tutor		Fecha de nacimiento	Relación ☐ Madre /Padre ☐ Guardián

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, _____, por la presente doy permiso a Grace Clinic of Ohio para divulgar registros médicos y/o brindar información verbal sobre mi salud a todos y cada uno de los proveedores de atención médica de quienes pueda solicitar atención o tratamiento adicional que surja de y esté razonablemente relacionado con los servicios proporcionados por Grace Clinics of Ohio. También doy permiso a todos y cada uno de los proveedores de atención médica de quienes pueda solicitar atención o tratamiento adicional de y esté razonablemente relacionado con los servicios proporcionados por Grace Clinics of Ohio para obtener copias de registros médicos y/o recibir información verbal sobre mi salud. Entiendo que la información divulgada y/u obtenida se utilizará solo con el propósito de brindar atención en Grace Clinics of Ohio o por otros motivos solo después de que se haya firmado una autorización para ese propósito en particular.

Yo, _____, doy mi consentimiento para que Grace Clinics of Ohio me brinde atención, diagnóstico y/o tratamiento y reconozco que dicho consentimiento permanecerá vigente a menos que lo cancele por escrito. Por la presente reconozco y confirmo que soy mentalmente capaz de dar mi consentimiento informado para la prestación de la atención, el diagnóstico y/o el tratamiento y que no estoy sujeto a coacción ni bajo influencia indebida.

REVISIÓN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

_____ He leído y comprendo los derechos y responsabilidades del paciente publicados en Grace Clinics of Ohio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas o solicitar explicaciones a un voluntario o miembro del personal.

_____ He leído y comprendo el aviso de responsabilidad limitada para profesionales de la salud voluntarios, miembros de la junta, funcionarios, empleados y contratistas independientes de la clínica gratuita publicado en Grace Clinic of Ohio. Al ser mentalmente competente y no estar bajo ninguna presión o influencia indebida, doy mi consentimiento informado a la inmunidad calificada que se extiende a los proveedores de atención médica de Grace Clinics of Ohio, Inc. que brindan diagnóstico, atención o tratamiento siempre que no se reciba ni se espere compensación y se brinde en una clínica gratuita.

_____ He leído y comprendo el Formulario de consentimiento de telemedicina y autorizo a Grace Clinic of Ohio a permitirme a mí/al paciente participar en un servicio de telemedicina (videoconferencia).

_____ Autorizo a Grace Clinics of Ohio a utilizar mis fotos/videos para materiales promocionales, anuncios, redes sociales y otras comunicaciones, sin pago. Este permiso se aplica a todos los formatos y mercados, ahora y en el futuro, y continúa indefinidamente a menos que lo revoque por escrito. Entiendo que estos materiales pasarán a ser propiedad de Grace Clinics of Ohio y no serán devueltos. Libero a Grace Clinics of Ohio de toda responsabilidad relacionada con el uso de estos materiales.





HISTORIA CLÍNICA PASADA

_____ NO A TODO (NO TO ALL)

- | | |
|------------------------------------|---|
| _____ ADDP/TDAH | _____ DOLORES DE CABEZA |
| _____ SIDA / VIH | _____ PROBLEMAS CARDÍACOS |
| _____ REFLUJO ÁCIDO | _____ HEPATITIS |
| _____ ANEMIA | _____ HERNIA |
| _____ TRASTORNO DE ANSIEDAD | _____ COLESTEROL ALTO |
| _____ ASMA | _____ HIPERTENSIÓN |
| _____ AUTISMO | _____ HIPERTIROIDISMO |
| _____ ENFERMEDAD AUTOINMUNE | _____ HIPOTIROIDISMO |
| _____ PROBLEMAS DE VEJIGA O RIÑÓN | _____ ENFERMEDAD HEPÁTICA |
| _____ TRASTORNO DE LA SANGRE | _____ ENFERMEDAD PULMONAR |
| _____ CÁNCER | _____ ENFERMEDAD MENTAL |
| _____ DEPRESIÓN | _____ ESCLEROSIS MÚLTIPLE |
| _____ DIABETES | _____ PROBLEMA MUSCULAR, ARTICULAR U ÓSEO |
| _____ DIVERTICULOSIS | _____ NEUROLÓGICO |
| _____ PROBLEMAS DE OÍDO O AUDICIÓN | _____ ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA |
| _____ ECZEMA | _____ CONVULSIONES / EPILEPSIA |
| _____ FIBROMIALGIA | _____ APNEA DEL SUEÑO |
| _____ PROBLEMAS GASTROINTESTINALES | _____ ACCIDENTE CEREBROVASCULAR |
| _____ GOTA | _____ OTRO |
| _____ CONMOCIÓN CEREBRAL | _____ OTRO |