

Good News Clinics Application Process / Proceso de Aplicación

Good News Clinics provides free medical and dental care to Hall County residents without insurance, Medicare or Medicaid, who meet federal poverty level guidelines.

Good News Clinics provee tratamiento medico y dental gratis a los residentes del condado de Hall que no tienen aseguranza, Medicare o Medicaid, que cumplen con el nivel de probreza federal.

1	Patient needs to arrive between 8:20 AM - 8:45 AM on Monday - Thursday. El paciente necesita llegar entre las 8:20 a.m. y las 8:45 a.m. de lunes a jueves.
---	---

2	Patient needs to bring Photo Identification. El paciente necesita traer identificación con foto.
---	---

3	Patient needs to bring proof of Hall County residency. El paciente necesita traer prueba de residencia en el condado de Hall.
---	--

→ A recent utility, cable, phone or hospital bill in the patient's name
Una factura reciente de servicios públicos, cable, teléfono u hospital a nombre del paciente

4	Patient needs to bring proof of combined household income (both patient and spouse) El paciente necesita traer prueba de ingresos familiares combinados (tanto para el paciente y su cónyuge)
---	--

One or more of the following / Uno o más de los siguientes:

- Current paycheck stubs for the last four weeks.
Los últimos cuatro talones de cheque mas reciente.
- Unemployment benefit statements
Beneficios de desempleo
- Notarized support letter from person other than spouse who is supporting patient
Carta de apoyo notariada de una persona que no sea el cónyuge que está apoyando al paciente
- Social Security, disability, pension income statements, workman's comp
Ingreso de Seguro Social, Pensiones, Beneficios de compensación del Trabajador
- Child support, alimony statements
Manutención del Menor, pensión alimenticia
- Self employment income requires a recent tax return or bank statement verifying deposits
Los ingresos del trabajo por cuenta propia requieren una declaración de impuestos reciente o un extracto bancario que verifique los depósitos

This page is intentionally left blank
Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco

GOOD NEWS CLINICS PATIENT REGISTRATION AND RENEWAL/ REGISTRO DE PACIENTES Y RENOVACIONES**PERSONAL INFORMATION/ INFORMACION PERSONAL**

Name / Nombre: _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: _____ Social Security Number/ Número Seguro Social: _____

Phone / Teléfono: _____ ☐ Homeless / Sin hogar

Address / Domicilio: _____

City / Ciudad: _____ Zip Code / Código Postal: _____ County / Condado: _____

Sex / Sexo: ☐ Male / Masculino ☐ Female / Femenino ☐ Other / OtroPregnant / Embarazada: ☐ Yes ☐ NoEthnicity / Origen étnico: ☐ Hispanic / Hispano ☐ Non-Hispanic / No HispanoRace / Raza: ☐ White / Blanca ☐ Black / Negra ☐ Asian / Asiático
☐ American Indian / Indio Americano ☐ Pacific Islander / Isleños del PacíficoLanguage / Idioma preferido: ☐ English ☐ Español Other: _____Patient type / Tipo de paciente: ☐ New / Nuevo ☐ Renewing / RenovadorRequesting / Solicitando: ☐ Medical care / Atención médica ☐ Dental care / Dental
☐ Both Medical & Dental / Atención médica y dentalHas patient been in the hospital or ER in the past 4 weeks? /
¿Ha estado el paciente en el hospital o en la sala de emergencias en
las últimas 4 semanas?: ☐ Yes / Sí ☐ NoDoes patient have tooth pain? /
¿El paciente tiene dolor de dientes?: ☐ Yes / Sí ☐ No**FAMILY INFORMATION/ INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA**

Emergency Contact / Contacto de Emergencia: _____

Relationship / Relación: _____ Phone / Teléfono: _____

Spouse / Esposo: _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

Child 1 / Hijo 1: _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

Child 2 / Hijo 2: _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

Child 3 / Hijo 3: _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

Child 4 / Hijo 4: _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

Child 5 / Hijo 5: _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

FINANCIAL INFORMATION/ INFORMACIÓN FINANCIERA

Insurance/Aseguranza:

☐ None / Ninguno
 ☐ Health / Salud
 ☐ Dental
 ☐ Vision
☐ Medicare
 ☐ Medicaid
 ☐ Veterans / Veteranos

Employment / Empleo:

Patient employed? / Paciente empleado? ☐ Yes/ Sí ☐ No

Patient's Employer /

Nombre del empleador o patrón del paciente: _____

Spouse employed? / Cónyuge empleado? ☐ Yes/ Sí ☐ No

Spouse's Employer /

Nombre de empleador o patrón de cónyuge: _____

Income Source / Tipo de Ingreso:

	Patient's monthly income / Ingreso mensual del paciente	Spouse's monthly income / Ingresos mensuales del cónyuge
Earned Wages /Ingresos Ganados:	\$	\$
SSI Retirement / SSI Retiro:	\$	\$
SSI Disability / SSI Discapacidad:	\$	\$
Unemployment / Desempleo:	\$	\$
Workman's Comp / Compensación del trabajador:	\$	\$
Child Support / Manutención de los hijos:	\$	\$
Rental Income / Ingresos de renta:	\$	\$
Other / Otro:	\$	\$
Total Income / Ingresos Total:	\$	

Patient Expenses / Gastos del Paciente:

Rent / Renta: \$	Cable or Internet: \$
Electricity / Luz: \$	Car payment / Pago de Auto: \$
Gas: \$	Car insurance / Seguro de Auto: \$
Water / Agua: \$	Food / Comida: \$
Phone / Teléfono: \$	Other / Otro: \$
Food stamps? / Recibes estampillas?: ☐ Yes / Sí ☐ No	
Amount / Cantidad: \$	
Total Expenses / Gastos Total: \$	

Good News Clinics
Annual HIPPA Consent & Authorizations
(See reverse side for Spanish - Ver reverso para Español)

Patient Name: _____ **DOB** _____

Consent for Treatment:

- Permission is hereby given for any medical/surgical procedures, x-rays, drug or laboratory test, medication, or exam as may be deemed necessary by the Physician, Physician Assistant, or Nurse Practitioner.
- I understand I have the right to see a Physician if I so choose, and have the right to see a Physician prior to any prescription drug or device order being carried out by an Advanced Practitioner.
- In the case of an unemancipated minor, the consent below is being given on his/her behalf.

Consent to Release Medical Information to Others:

Tell us with whom we may discuss your protected health information:

(Name and relation-Example: Jane Doe, spouse; Jane Doe, child)

1) _____ 2) _____ 3) _____

- If you do not authorize information to be released to anyone please check this statement.
☐ **I do not authorize any information to be released to anyone other than myself.**

Authorized Messages:

☐ I hereby authorize messages to be left on a voicemail system or answering machine.

Please check one:

☐ I hereby authorize protected health information, such as lab results and medication information to be left on a voice mail system or answering machine.

☐ I hereby **DO NOT** authorize protected health information, such as lab results and medication information to be left on a voice mail system or answering machine.

Please indicate the contact number(s) Good News Clinics' staff can utilize to leave a message for you:

1) _____ 2) _____ 3) _____

- For Medical Records Release, see the separate Authorization for Release of Health Information.

Financial Responsibility:

- I understand it is the responsibility of each patient to arrange for payment for the medical services received in relation to care at Good News Clinics. I hereby acknowledge my responsibility to pay for all non-covered services. I also authorize the release of any information necessary to coordinate payment and care outside of Good News Clinics.
- I hereby authorize Good News Clinics or any of its affiliates, agents, contractors or business associates, to contact me (by any telephone numbers, email addresses or other contact points provided by me or on my behalf) by the use of any automatic dialing system, by pre-recorded forms of voice/messaging systems, by electronic mail owned or used by the guarantor/responsible party, by text messages, by telephone or by cell phone for reasons related to the services I received at Good News Clinics.

Signature: _____ **Date:** _____

Good News Clinics
Consentimiento Y Autorizaciones Anuales
(See reverse side for English)

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Consentimiento para tratamiento:

- Por este medio se autoriza cualquier procedimiento médico o quirúrgico, radiografía, prueba de drogas o de análisis clínicos, medicamento o examen que el médico (physician assistant), la enfermera practicante (nurse practitioner) o la enfermera partera pudiera considerar necesario.
- Entiendo que tengo el derecho a ver a un médico si así lo decido, y que tengo el derecho a ver a un médico antes de que un profesional con formación superior implemente la orden para un dispositivo o medicamento prescrito.
- En el caso de un menor de edad no emancipado, el consentimiento a continuación se da en su nombre.

Consentimiento para divulgar información médica a un cónyuge, miembro de la familia o pareja:

Díganos con quién Podemos dialogar sobre su información médica protegida:

(Nombre y relación o parentesco – por ejemplo: Juana Pérez, esposa; Ana Pérez, hija)

1) _____ 2) _____ 3) _____

- Si usted no autoriza que se divulgue información a nadie, haga favor de marcar esta declaración.

☐ **No autorizo la divulgación de ninguna información a nadie que no sea yo.**

Mensajes Autorizados:

- ☐ Por este medio, autorizo que se dejen mensajes en un Sistema de buzón de voz o contestadora.

Por Favor Marque Uno:

☐ Por este medio, autorizo que la información médica protegida, como resultados de laboratorio e información sobre medicamentos, se deje en un sistema de correo de voz o contestador automático.

☐ Por este medio, NO autorizo que la información médica protegida, como los resultados de laboratorio y la información sobre medicamentos, se deje en un sistema de correo de voz o contestador automático.

Por favor, indique el (los) numero(s) al (os) que el personal de GNC puede llamar para dejarle un mensaje:

1) _____ 2) _____ 3) _____

- Para la divulgación de información de expedientes médicos, consulte el formulario de divulgación de información médica.

Responsabilidad financiera:

- Entiendo que cada paciente es responsable de que se haga el pago de los servicios médicos recibidos en relación a GNC. Reconozco mi responsabilidad de pagar todos los servicios no cubiertos. Asimismo, autorizo la divulgación de toda información necesaria para procesar una reclamación fuera de GNC. Los cargos para todos los menores de edad son la responsabilidad de los padres, los tutores o la persona que presente al niño para tratamiento.
- Por este medio autorizo a GNC o a cualquiera de sus afiliados, agentes, contratistas o socios comerciales, para que me contacten (por medio de cualquier número telefónico, dirección de correo electrónico u otro punto de contacto que yo o alguien más haya proporcionado en mi nombre) por medio de un Sistema de llamadas automáticas, por formas pregrabadas de sistemas de voz o de mensajes, por correo electrónico que sea propiedad de, o usado por, el garante o parte responsable, por mensajes de texto, por teléfono o por teléfono celular, por motivos relacionados con los servicios que recibí en GNC.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Good News Clinics – Rules & Procedures Acknowledgment

(See reverse side for Spanish - Ver reverso para Español)

Patient Name: _____ DOB _____

Clinic Purpose and Eligibility -- I understand that:

Patient Initials:

The Good News Clinic is a nonprofit organization funded by donations, providing HALL COUNTY residents without insurance who meet Federal Poverty Level guidelines, free access to medical services.

- Falsifying information regarding my place of residence or finances on my application may be punishable by fine and imprisonment.
- If I should get insurance, Medicaid, or Medicare, it is my responsibility to inform the clinic immediately.
- If I choose to see another doctor for my medical care, I must inform the clinic and have my care transferred to that provider. I will be discharged from Good News Clinics if it is discovered that I am being seen by another physician
- I have the opportunity to assist the clinic through my personal donations in the collection boxes located at reception and exam rooms.

Appointments and No-Show Policy -- I understand that:

Patient Initials:

- The clinic operates on an appointment schedule and that if I walk in without a scheduled appointment, I will not be able to be seen, unless there is a cancellation. Appointment times are valuable and I must make every effort to keep my appointments, as scheduled.
- I may have to wait for another appointment, due to the limited physician schedule.
- On occasion, due to emergencies, I may not be seen at my appointment time or may be seen by a different doctor.
- I must bring all medications with me to all appointments.
- New patients must not miss your 1st appointment, it can only be rescheduled once if there is a valid reason.
- You must notify us 24 hours prior to your appointment if you will not be able to make it; otherwise, it will be counted as a missed appointment.
- Patients arriving more than 15 minutes late for an appointment will be counted as a no show and must reschedule their appointment.
- Established patients that miss 3 scheduled appointments (NO SHOWS) and/or have excessive cancellations, will be automatically dismissed as a patient from the Good News Clinic and will not be eligible to re-apply for 1 year.
- Children are not allowed in exam rooms for safety - please make babysitting arrangements prior to appointment.

Patient Health Responsibility and Behavior Requirements -- I understand that: Patient Initials:

- It is my responsibility to cooperate in my medical treatment to improve my health. This may include stopping smoking/alcohol, losing weight, exercising, taking medication as instructed, keeping scheduled appointments and other instructions as indicated by my doctor. If I make no effort in my own health actions, I may be discharged from the clinic.
- The providers in the clinic are volunteers and not being paid for their time. They are here because they share the vision of the Good News Clinics and choose to be here to help me.
- It is absolutely against clinic policy to contact any clinic provider at their private practices. Anyone found doing so will be automatically dismissed from the clinic.
- I am expected to treat all staff with respect and dignity. Rudeness to any staff member is ground for immediate dismissal.

Good News Clinics – Reconocimiento de Reglas y Procedimientos
(See reverse side for English)

Nombre del paciente: _____ **DOB** _____

Propósito y elegibilidad de la clínica -- Entiendo que:

Iniciales del paciente:

- Good News Clinics es una organización sin fines de lucro financiada con donaciones que brinda acceso gratuito a servicios médicos a los residentes del CONDADO de HALL sin seguro que cumplan con las pautas federales del nivel de pobreza.
- La falsificación de información sobre mi lugar de residencia o mis finanzas en mi solicitud puede ser sancionada con multa y encarcelamiento.
- Si obtengo un seguro, Medicaid o Medicare, es mi responsabilidad informar a la clínica de inmediato.
- Si elijo ver a otro médico para mi atención médica, debo informar a la clínica y hacer que mi atención se transfiera a ese proveedor. Seré dado de alta de Good News Clinics si se descubre que estoy siendo atendido por otro médico.
- Tengo la oportunidad de ayudar a la clínica a través de mis donaciones personales en las cajas de recolección ubicadas en las salas de recepción y examen.

Política de citas y no presentación -- Entiendo que:

Iniciales del paciente:

- La clínica opera en un horario de citas y si entro sin una cita programada, no podré ser atendido, a menos que haya una cancelación. Los horarios de las citas son valiosos y debo hacer todo lo posible para cumplir con mis citas, según lo programado.
- Es posible que tenga que esperar para otra cita debido al horario limitado del médico.
- En ocasiones, debido a emergencias, es posible que no me atiendan a la hora de mi cita o que me atienda un médico diferente.
- Debo llevar todos los medicamentos a todas las citas.
- Los pacientes nuevos no deben faltar a su primera cita, solo se puede reprogramar una vez si existe una razón válida.
- Debe notificarnos 24 horas antes de su cita si no podrá asistir; de lo contrario, se contará como una cita perdida.
- Los pacientes que lleguen más de 15 minutos tarde a una cita se contarán como no presentarse y deben reprogramar su cita.
- Los pacientes establecidos que falten a 3 citas programadas (NO SHOWS) y / o tengan cancelaciones excesivas, serán automáticamente despedido como paciente de Good News Clinic y no será elegible para volver a presentar una solicitud durante 1 año.
- No se permiten niños en las salas de examen por seguridad. Por favor, haga arreglos para el cuidado de niños antes de la cita.

Iniciales del paciente:

Requisitos de comportamiento y responsabilidad de la salud del paciente -- Entiendo que:

- Es mi responsabilidad cooperar en mi tratamiento médico para mejorar mi salud. Esto puede incluir dejar de fumar / beber alcohol, perder peso, hacer ejercicio, tomar los medicamentos según las instrucciones, cumplir con las citas programadas y otras instrucciones que indique mi médico. Si no hago ningún esfuerzo en mis propias acciones de salud, es posible que me den de alta de la clínica.
- Los proveedores de la clínica son voluntarios y no se les paga por su tiempo. Están aquí porque comparten la visión de las Clínicas Buenas Nuevas y eligen estar aquí para ayudarme.
- Es absolutamente contrario a la política de la clínica ponerse en contacto con cualquier proveedor de la clínica en sus consultorios privados. Cualquiera que sea encontrado haciéndolo será despedido automáticamente de la clínica.
- Se espera que trate a todo el personal con respeto y dignidad. La mala educación con cualquier miembro del personal es motivo de despido inmediato.

Good News Clinics – Rules & Procedures Acknowledgment

(See reverse side for Spanish - Ver reverso para Español)

Health Access Referrals -- I understand that:

Patient Initials:

- I am allowed to see Good News Clinic doctors and specialists referred through Health Access only
- If I am referred to the hospital, urgent care, or emergency room, I will be responsible for the charges associated with the visit.
- There may be uncovered fees for biopsies/ pathology and interpretation of pulmonary function tests through Health Access.
- No shows to Health Access appointments will not be tolerated and I will be dismissed from the program for missing an appointment.

Lab Tests -- I understand that:

Patient Initials:

- If I have lab testing done, I will be notified of the results at my next appointment.
- Should results be abnormal and require a change in therapy, I will be notified by the nurse.

Notice of Privacy Practices -- I understand that:

Patient Initials:

- I acknowledge that I am aware of the Good News Clinics' Notice of Privacy Practices. We may use or share your medical information with personnel involved in your care at the Clinics. We may also disclose your medical information to entities outside the Clinics, for purposes of treatment, payment or healthcare operations related to my services with the Clinics.
- Good News Clinics privacy policy is posted in the clinic and available on our website at: www.goodnewsclinics.org
- I can ask for a paper copy of this notice at any time and will be provided with one.

Signature of Patient or Legal Representative

Today's Date

Good News Clinics – Reconocimiento de Reglas y Procedimientos

(See reverse side for English)

Referencias de acceso a la salud -- Entiendo que:

Iniciales del paciente:

- Solo puedo ver a médicos de Good News Clinics y especialistas de referidos a través de Health Access
- Si me remiten al hospital, atención de urgencia o sala de emergencias, seré responsable de los cargos asociados con la visita.
- Puede haber tarifas no cubiertas por biopsias / patología e interpretación de pruebas de función pulmonar a través de Health Access.
- No se tolerará ninguna falta a las citas de Health Access y seré despedido del programa por faltar a una cita.

Pruebas de laboratorio -- Entiendo que:

Iniciales del paciente:

- Si me hacen pruebas de laboratorio, se me notificarán los resultados en mi próxima cita.
- Si los resultados son anormales y requieren un cambio en la terapia, la enfermera me lo notificará.

Aviso de prácticas de privacidad -- Entiendo que:

Iniciales del paciente:

- Al firmar a continuación, reconozco que estoy enterado del Aviso de GNC sobre las prácticas de protección de la Privacidad. Es posible que usemos o compartamos su información médica con el personal involucrado en su cuidado en la GNC, también es probable que divulguemos su información a entidades fuera de la clínica, para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención medica relacionadas con servicios con la clínica GNC.
- La política de privacidad de Good News Clinics está publicada en la clínica y disponible en nuestro sitio web en: www.goodnewsclinics.org
- Puedo solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento y se la proporcionará.

Firma del paciente o representante legal

Fecha de hoy

Good News Clinics
Authorization For Release of Health Information

I hereby authorize _____, and its entities, its officers or agents to permit inspection, copying, and/or release of information in connection with the following:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Address: _____

Telephone #: _____

I further understand and acknowledge that in complying with my request for release, such disclosure will require Good News Clinics to disclose, as provided under applicable federal law, Protected Health Information, as defined in 45 C.F.R. § 160 et seq.

Information to be disclosed (CHECKING ALL APPLICABLE):

- | | |
|--|---|
| ☐ Complete Health Record | ☐ Radiology Reports |
| ☐ Discharge Summary | ☐ Abstract/Pertinent Information |
| ☐ History and Physical Exam | ☐ Emergency Department Record |
| ☐ Consultation Reports | ☐ Laboratory Tests |
| ☐ Progress Notes | ☐ Other (Please Specify) _____ |

I UNDERSTAND THIS MAY NOT INCLUDE INFORMATION RELATING TO THE FOLLOWING UNLESS EXPRESSLY AUTHORIZED BY CHECKING THE BOX(ES) BELOW:

- ☐ Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) or infection with Human Immunodeficiency Virus (HIV)
- ☐ Psychiatric Care (Behavioral Health)¹
- ☐ Treatment for Alcohol and/or Drug Abuse²
- ☐ Genetic Testing
- ☐ Sexually Transmitted Diseases (STDs)

This information is to be disclosed to: Good News Clinics, 810 Pine Street
Gainesville, GA 30501 770-503-1369 (Ph) 770-503-9818 (Fax)

The purpose of the disclosure is _____

I understand this authorization may be revoked in writing at any time, except to the extent that action has been taken in reliance on this authorization. A photocopy or FAX of this document is valid as the original. The expiration date of this release form is (one year from date of signing): DATE: _____

**** Signature of Patient or Legal Representative:** _____ ******
(Firma del Paciente o Representante Legal)

If Legal representative, what is the authority or relationship of the person? _____

Witness: _____ DATE: _____

The patient information requested above may not be further disclosed to any party under any circumstances except with patient's express written consent or as otherwise permitted by law. The information may not be used except for the need specified above.

¹ Except psychotherapy notes as provided under federal and state laws.

² PROHIBITION OF REDISCLOSURE: This information has been disclosed from records whose confidentiality is protected by federal and state law. Federal Regulations (42 CFR Part 2) prohibit the receiver of these records from making any further disclosure of this information except with the specific written consent of the person who it pertains. A general authorization for the release of medical or other information if held by another party is not sufficient for this purpose.

This page is intentionally left blank
Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco

Please complete this form only if you are applying for **medical services** at Good News Clinics
Complete este formulario solo si está solicitando **servicios médicos** en Good News Clinics

GOOD NEWS CLINICS MEDICAL HISTORY

Date/Fecha: _____

Name/Nombre _____ Age/Edad: _____

Date of birth/Fecha de Nacimiento: _____ Sex/Sexo: _____

Reason for visit/Razon por la visita: _____

Are you taking any medication, drugs or pills/Esta tomando medicamento or drogas? _____

If yes, please list those drugs/Si es si, cuales: _____

How many times in the last year have you been to the emergency room? _____

Cuántas veces has estado en el cuarto de emergencia: _____

What did you go to the emergency room for?/Porque fue al cuarto de emergencia?

SOCIAL HISTORY

	No	Yes/Si	In Past/En el pasado
Do you smoke?/Usted Fuma?			
Do you drink alcohol?/Toma bebidas alcohólicas?			
Do you use drugs?/Usa drogas?			

FAMILY HISTORY/HISTORIA FAMILIAR

	If living, Age Si viven, Edad	Health/ Salud	If Deceased, age at death Si murieron, edad en que murieron?	Cause of death? Causa de muerte
Father/Padre				
Mother/Madre				
Brother/Hermano				
Sister/Hermana				
Spouse/Esposo/a				
Children/Hijos				

Has any blood relative ever had/Alguno de sus familiares han tenido

	No	Yes/Si	Who/Quien?
Cancer			
Diabetes			
Heart Trouble/Problemas Cardiacos			
Stroke/Derrame Cerebral			
High Blood Pressure/Hipertension sanguínea			
Seizures/Convulsiones			
Depression/Depresión			
Mental Illness/Enfermedad Mental			

Please complete this form only if you are applying for **medical services** at Good News Clinics
Complete este formulario solo si está solicitando **servicios médicos** en Good News Clinics

PERSONAL HISTORY/HISTORIA PERSONAL

Please check if you've had any of the following/ Por favor, verifique si ha tenido alguno de los siguientes:

Allergies/Alergias	☐	Liver Disease/Enfermedad del Hígado	☐
Anemia	☐	Measles/Sarampion	☐
Anxiety/Panic attacks-Ansiedad/Ataque Panico	☐	Mental Illness/Enfermedad Mental	☐
Arthritis/Artritis	☐	Migraines/Migrañas	☐
Asthma/COPD	☐	Multiple Sclerosis or Nerve Disorder	☐
Bleeding/Sangrar	☐	Mumps/Paperas	☐
Blood Transfusion/Transfusion de sangre	☐	Osteoporosis	☐
Cancer	☐	Parasite Infection/Infección de parasite	☐
Chicken Pox/Varicela	☐	Pneumonia/Pulmonia	☐
Colon Disease/Enfermedad del colon	☐	Rheumatic Fever/Fiebre Reumática	☐
Depression/Depresión	☐	Scarlet Fever/Fiebre Escarlata	☐
Diabetes	☐	Seizures/Convulsiones	☐
Epilepsy/Epilepsia	☐	Stroke/Infarto	☐
Eye Disease/Enfermedad del Ojo	☐	Thyroid/Tiroides	☐
Gallbladder Disease/Enfermedad de vesícula	☐	Transfusion	☐
Gout/Acido Úrico/Gota	☐	Tuberculosis	☐
Heart Disease/Problemas del corazón	☐	Tumors or growth/Tumor	☐
Hepatitis	☐	Ulcers/Ulceras	☐
HIV or Aids/HIV o Sida	☐	Venereal Disease/Enfermedad Venéreas	☐
High Blood Pressure/Alta Presión	☐	Whooping Cough/Tos Convulsiva	☐
Kidney Disease/Enfermedad de los riñones)	☐		

ALLERGIES/ALERGIAS

Are you allergic to any medicines/Es usted alérgico a algún medicamento. _____

Please list/por favor escriba cuáles: _____

Please complete this form only if you are applying for **medical services** at Good News Clinics
 Complete este formulario solo si está solicitando **servicios médicos** en Good News Clinics

PERSONAL HISTORY/HISTORIA PERSONAL

Have you ever had/Usted ha tenido:	No	Yes/Si
Broken Bones/Fractura de Huesos		
Severe head injury/Lesion severa en la cabeza		
Hospital Admissions/Admisiones al Hospital What year?/En que año? What reason?/Por que razon?		
Illness and/or operations. Please list year and reason: Enfermedad o operaciones/Año y razon:		

FOR WOMEN ONLY/SOLO PARA MUJERES	No	Yes/Si
Date of last menstruation period/Fecha de la ultima menstruacion:		
Regular cycle?/Ciclo regular o normal?		
Spotting/Con manchas		
Pain/Con Dolor		
Pre-menstrual dysphoric disorder (mood swings, irritability, tension, bloating) Desorden pre-menstruales (cambios repentinos de estado de animo, irritabilidad, tension, sensacion de inflamacion)		
Are you using birth control/Type Esta usando algun metodo anticontraceptivo?/Que tipo?		
Number of pregnancies?/Numero de embarazos		
Number of births/numero de partos		
Number of abortions/numero de abortos provocados		
Number of miscarriages/numero de abortos expantaneos		
Year of last Pap Test En que año se hizo el ultimo Papanicolau?	☐ Normal	☐ Abnormal
Mammogram/Mamografía	☐ Normal	☐ Abnormal
Breast Exam/Examen de los senos	☐ Normal	☐ Abnormal
Bone Density Test/Examen de densidad de huesos	☐ Normal	☐ Abnormal

IMPORTANT/IMPORTANTE!!!

Failure to come to your first appointment will likely result in **ineligibility** for medical services
 Si falta a su primera cita, es probable que **no sea elegible** para recibir servicios médicos.

Please complete this form only if you are applying for **dental services** at Good News Clinics
Complete este formulario solo si está solicitando **servicios dentales** en Good News Clinics

GOOD NEWS CLINICS - DENTAL HEALTH HISTORY

NAME/NOMBRE: _____ DATE/FECHA: _____

Name of the last dentist you saw?/Nombre del ultimo dentista que vio _____.

YES/SI NO

1. Do you have pain in any area of your mouth?
-Tiene dolor en algun lugar de su boca? _____
2. Are you in good health?/Tiene Buena salud? _____
3. Are you under the care of a physician?
- Esta bajo el cuidado de un medico? _____
4. Have you been hospitalized or have had a serious illness -
within the past five years?/ Ha estado hospitalizado o ha tenido una enfermedad seria en los ultimos cinco años? _____
5. Do you smoke? Fuma? _____
6. Are you taking any medications? If yes, please list them. /Esta tomando algun medicamento? Si es si,cuales?

7. Have you ever taken or are you taking any of these medications?/- Usted esta tomando o toma alguno de los siguientes medicamentos?

(Please circle if YES/circule si es si)

ACTONEL / AREDIA / BONEFOS / BONIVA / DIDRONEL / FOSAMAX / OSTAC / SKELID / ZOMENTA

8. Are you allergic or have you reacted adversely to any of the following medications Es usted alergico o ha tenido una reaccion seria con alguno de los siguientes medicamentos?

(Please circle if YES/circule si es si)

**ASPIRIN/ASPIRINA
SULFUR/SULFA**

**PENICILLIN/PENICILINA
CODEINE/CODEINA**

**LATEX/HULE
LOCAL ANESTHETIC/ANESTESIA LOCAL**

9. Have you ever had?/ Usted ha tenido? (Please circle if YES/circule si es si)

Heart attack/ Ataque al Corazon	Heart trouble/Problemas del Corazon	Stroke/ Derrame Cerebral
High blood pressure/Alta Presion	Rheumatic Fever/Fiebre Reumatica	Convulsions/Convulsiones
Diabetes/Diabetes	Glaucoma/Glaucoma	Ulcers/Ulceras
Heatitis/Hepatitis	Venereal Diseases/Enfermedad Venerea	Blood transfusion/Transfusión de Sangre
Tumor or Growth/Tumor o Crecimiento	Arthritis/Artritis	Cancer, Chemotherapy or Radiation
Kidney Disease/Enfermedad de los Riñones	Epilepsy/Epilepsia	Tuberculosis/Tuberculosis
Anemia/Anemia	HIV or AIDS/ HIV sida	

FOR WOMEN ONLY

YES/SI NO

10. Are you pregnant? /Esta embarazada?
What month/Que Mes _____
11. Are you taking birth control pills/Esta tomando anticonceptivos? _____