

**East Texas Border Health Clinic
REGISTRATION**

Thank you for choosing our office! In order to serve you properly, we need the following information. Please print. All information IS confidential.

DATE: _____ NAME: _____

SS #: _____ DOB: _____ SEX: MALE FEMALE

MARITAL STATUS: SINGLE MARRIED DIVORCED WIDOWED

ADDRESS:

STREET: _____

CITY: _____ COUNTY: _____ ST: _____ ZIP: _____

MAILING ADDRESS: Same as Above

HOME PHONE: _____ ALT PHONE: _____

RESPONSIBLE PARTY:

Name: _____

SS #: _____ DOB: _____ SEX: MALE FEMALE

ADDRESS:

STREET: _____

CITY: _____ COUNTY: _____ ST: _____ ZIP: _____

HOME PHONE: _____ ALT PHONE: _____

EMERGENCY CONTACT:

NAME: _____ PHONE: _____

FOR FUNDING SOURCE DATA REQUIREMENTS ONLY: (CONFIDENTIAL INFO)

FAMILY SIZE: _____ (including patient)

INSURANCE: None Medicare Medicaid Group/Private Insurance

ESTIMATED HOUSEHOLD INCOME: _____

STUDENT: No PT FT HIGHEST GRADE: _____ HS Diploma GED

RACE: African American Hispanic White Other

VETERAN: Yes No

EMPLOYER: Retired Disabled Self employed Unemployed Public Assistance

NAME: _____ PHONE: _____

ADDRESS: _____

Sliding Fee Application

Patient Name/ Nombre paciente: _____ Date/ Fecha: _____

Important: This application will not be reviewed without ALL information and REQUIRED documentation completed. Mportante: Esta aplicación no se revisará sin TODA información y la documentación REQUERIDA completados

A. Do you receive health insurance or income assistance? Yes No (attach copy, if yes)
 ¿Recibe usted el seguro de la salud o ayuda de ingresos? Sí No (conecte copia, si sí)

B. Family Information/ Información de la familia:

First and Last Name/ En todos los aspectos Nombre	Date of Birth fecha del Nacimiento	(Check Relationship to Patient) (Verifique la Relación al Paciente)
--	---------------------------------------	--

- | | | |
|----------|-------|--|
| 1. _____ | _____ | <input type="checkbox"/> self |
| 2. _____ | _____ | <input type="checkbox"/> spouse/ esposo <input type="checkbox"/> parent/ padre <input type="checkbox"/> dependent/ dependiente |
| 3. _____ | _____ | <input type="checkbox"/> child/ el niño <input type="checkbox"/> parent/ padre <input type="checkbox"/> dependent/ dependiente |
| 4. _____ | _____ | <input type="checkbox"/> child/ el niño <input type="checkbox"/> parent/ padre <input type="checkbox"/> dependent/ dependiente |
| 5. _____ | _____ | <input type="checkbox"/> child/ el niño <input type="checkbox"/> parent/ padre <input type="checkbox"/> dependent/ dependiente |
| 6. _____ | _____ | <input type="checkbox"/> child/ el niño <input type="checkbox"/> parent/ padre <input type="checkbox"/> dependent/ dependiente |
| 7. _____ | _____ | <input type="checkbox"/> child/ el niño <input type="checkbox"/> parent/ padre <input type="checkbox"/> dependent/ dependiente |

C. Gross Household Income:

PATIENT/ PACIENTE	\$ _____	<input type="checkbox"/> weekly/ semanalmente	<input type="checkbox"/> bi-weekly/ revista bisemanal	<input type="checkbox"/> monthly/ mensualmente	<input type="checkbox"/> year/ año
Spouse/ Esposo	\$ _____	<input type="checkbox"/> weekly / semanalmente	<input type="checkbox"/> bi-weekly / revista bisemanal	<input type="checkbox"/> monthly / mensualmente	<input type="checkbox"/> year/ año
Dependent/ Dependiente	\$ _____	<input type="checkbox"/> weekly / semanalmente	<input type="checkbox"/> bi-weekly / revista bisemanal	<input type="checkbox"/> monthly/ mensualmente	<input type="checkbox"/> year/ año
Other Assistance/ Otra Ayuda	\$ _____	<input type="checkbox"/> weekly/ semanalmente	<input type="checkbox"/> monthly/ mensualmente	<input type="checkbox"/> Year/ año (source/ fuente: _____)	
TOTAL INCOME/ INGRESOS TOTALES	\$ _____	<input type="checkbox"/> weekly/ semanalmente	<input type="checkbox"/> bi-weekly/ revista bisemanal	<input type="checkbox"/> monthly/ mensualmente	<input type="checkbox"/> year/ año

The above information is true, correct and complete to the best of my knowledge. I understand that giving false information could result in disqualification and repayment. I also understand that I am responsible for the entire cost of services provided to me until proof of income has been received by East Texas Border Health Clinic.

El encima de información es verdad, corrige y completa al mejor de mi conocimiento. Entiendo que ese dar información falsa podría tener como resultado la descalificación y la devolución. Entiendo también que soy responsable del costo entero de servicios proporcionados a mí hasta que la prueba de ingresos haya sido recibida por Tejas Oriental Dispensario Contiguo de Salud.

Signature/ firma _____ Date/ fecha _____

Signature of anyone helping with this form: _____ Date/ fecha _____
 Firma de cualquiera ayudar con esta forma:

OFFICE USE ONLY

 Eligibility dates: _____ through _____ Type of Determination: New patient Re-certification

Computed Weekly Income: \$ _____

Sliding Fee Scale Placement: Below FPL (Minimum) FPL (33% Pay) FPL (50% Pay) FPL (85% Pay)
 201% + FPL (100% pay) Ineligible, reason: _____

Staff Completing Eligibility Signature _____ Date _____

Patient Medical History

Name: _____

Date: _____

Date of Birth: _____

Is this your first visit? Yes No If no, when was the last time you were here? _____

Did you bring your child's immunization card with you? Yes No Not Applicable

REASON FOR MY VISIT TODAY (CHIEF COMPLAINT):

(Please fill out the information found below to the best of your ability.)

A. Allergies: (prescription and non-prescription medications, vitamins, vaccines, food)

1. Have you received any vaccinations in the past 4 weeks? Yes No
2. Have you had a serious reaction to a vaccine in the past? Yes No
3. Have you taken cortisone, prednisone, other steroids, or anticancer drugs or had x-ray treatments in the past 3 months? Yes No
4. Are you pregnant or is there a change you could become pregnant during the next month? Yes No N/A
5. Are you currently taking or have you ever taken medication(s) for osteoporosis such as Fosamax, Actonel, Aredia or Zometa? Yes No If yes, when? _____ What?: _____
6. Have you received a transfusion of blood or blood products, or been given a medicine called immune (gamma) globulin in the past year? Yes No

B: Have you ever had the following (check "no" or yes", leave blank if uncertain):

Measles	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Sexually Transmitted Disease	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Blood or Plasma Transfusions	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Persistent cough or throat clearing no associated with a known illness (lasting more than 3 weeks)	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Mumps	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Anemia	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Back Trouble	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Depression	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Chicken pox	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Bladder Infections	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	High or Low Blood Pressure	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Mitral Valve Prolapse	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Whooping Cough	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Seizures	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Hemorrhoids	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Stroke	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Scarlet Fever	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Migraine Headaches	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Asthma	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Hepatitis	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Diphtheria	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Tuberculosis	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Hives, Eczema, Persistent Rash	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Ulcer	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Smallpox	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	AIDS or HIV+	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Kidney Disease	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Pneumonia	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Cancer	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Infectious Mono	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Thyroid Disease	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Rheumatic Fever	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Polio	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Bronchitis	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Bleeding Tendency	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Hear Disease	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Glaucoma	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Leukemia	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Urinary Tract Infections	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Arthritis	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Hernia	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Paying Attention	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Frequent Ear Infections	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Hearing Problems	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Seeing/Eye Problems	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Frequent Colds	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Other	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>

Date of Last Chest X-ray _____

Date of Last menstrual Period: _____

Patient Name: _____

Date: _____

C: Medications: (include nonprescription & vitamins):

_____ (complete other side).

D: Previous Hospitalizations/Surgeries/Serious Illnesses

Reason	When	Hospital, City, State
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

E: Social History

Marital Status: Single Married Separated Divorced Widowed

Use of Alcohol: Never Rarely Moderate Daily

Use of Tobacco: Never Previously, but quit: _____ Current packs/day _____

Excessive exposure at home or work to: Fumes Dust Solvents Airborne particles Noise

F: Family Medical History:

	Age	Diseases	If deceased, cause of death
Father	_____	_____	_____
Mother	_____	_____	_____
Siblings	_____	_____	_____
Spouse	_____	_____	_____
Children	_____	_____	_____

I have reviewed this medical history with my provider:

Patient Signature (date)

Provider Signature (date)

La Historia Médica Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____
 La fecha del Nacimiento: _____ Seguro #: _____

¿Esto es su primera visita? Sí No ¿Si no, cuándo el último tiempo que usted fue estados aquí? _____

¿Trajo usted su tarjeta de la inmunización de niño con usted? Sí No No Aplicable

Razone para mi visita hoy (la queja principal):

Llene por favor la información encontró abajo al mejor de su habilidad.

A. Alergias (la prescripción y no medicinas de prescripción, las vitaminas, las vacunas, el alimento)

1. ¿Ha recibido usted cualquier vacunación en las pasadas 4 semanas? Sí No
2. ¿Ha tenido usted una reacción grava a una vacuna en el pasado? Sí No
3. ¿Ha tomado usted cortisone, prednisone, otros esteroides, o las drogas de anticancer o tratamientos tenidos de radiografía en los pasados 3 meses? Sí No
4. ¿Usted está embarazada o está allí un cambio usted podría llegar a ser embarazada durante el próximo mes? Sí No
5. ¿Toma actualmente usted o usted ha tomado jamás la medicina (s) para la osteoporosis tal como Fosamax, Actonel, Aredia o Zometa? Sí No
6. ¿Ha recibido usted una transfusión de productos de sangre o sangre, o fue dado que una medicina llamó globulina inmune (gamma) en el año pasado? Sí No

B: lo Tiene tuvo jamás el siguiente (el círculo si sí, blanco de hoja si incierto):

Measles	Ver sexualmente Transmitido	Transfusiones de la sangre o el Plasma	Limpia persistente de tos o garganta no se asoció con una enfermedad conocida (durar más de 3 semanas)
Mumps	Anemia	Apoye el Problema	Depresión
Chicken pox	Infecciones de anemiabladder	La Presión alta o Baja de la Sangre	Prolapso de la Válvula de Mitral
Whooping cough	Los ataques	Hemorrhoids	Golpe
Scarlet fever	Dolores de cabeza de la migraña	El asma Colmenas, el Eczema, el Sarpullido	Hepatitis
Diphtheria	Tuberculosis	Persistente	Ulcera
Smallpox	Diabetes	Ayudas o HIV +	Enfermedad del riñon
Pneumonia	Cancer	Contagioso Mono	Enfermedad de la tiroides
Rheumatic fever	Polio	Bronquitis	Tendencia sangrienta
Enfermedad del corazón	Glaucoma	Leucemia	Infecciones urinarias del Trecho
Arthritis	Hernia	Prestando atención	Infecciones frecuentes de la Oreja
Hearing problems	Ver/los problemas de ojo	Resfriados frecuentes	Otro _____ (complete otro lado)

Nombre paciente _____ Fecha: _____
Seguro#: _____

C: Medicinas: (incluye nonprescription & vitaminas):

D: Hospitalizaciones Previas/las Cirugías/las Enfermedades Gravas

La razón _____ Cuándo _____ Hospital, la Ciudad, el Estado _____

E: Historia Social:

Posición marital: Solo Casado Separado Divorciado Enviudado

Uso de Alcohol: nunca Modera Raramente Diariamente

Uso de Tabaco: nunca Previamente, pero deja: _____ mochilas Actuales/día

Exposición excesiva en casa o el trabajo a: Vapores Quitar el polvo Solventes
partículas en el aire Ruido _____

F: Familia la Historia Médica:

	Edad	Enfermedades	Si Falleció, La Causa De La Muerte
--	------	--------------	------------------------------------

Padre

Madre

Hermanos

Esposo

Niños

He revisado esta historia médica con mi proveedor:

Firma paciente

Fecha

Firma del proveedor

Fecha