



## HURON COUNTY GENERAL HEALTH DISTRICT

180 Milan Avenue Suite 8  
Norwalk, OH 44857  
419-668-1652  
419-668-5423 FAX  
1-888-694-2443 Toll-Free

Timothy Hollinger MPH

### Clínica Familiar de Salud Aplicación

Por favor llene la información abajo. Devuelva la forma completada a la oficina. Su aplicación para el cuidado médico será revisada por el personal médico. Usted será notificado si fue o no fue aceptado como un paciente con la clínica familiar de salud por medio de la información de contacto que usted dará, dentro de 10 días de trabajo de nuestro departamento que recibe la aplicación completada.

Nombre : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_

Número Social : \_\_\_\_\_ Mejor numero de teléfono para llamarle : \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_ Ciudad : \_\_\_\_\_

Quien lo refirió a esta clínica? Como aprendió acerca nosotros? \_\_\_\_\_

Tiene usted miembros de la familia tratado aquí? Sus nombres : \_\_\_\_\_

Jamás ha sido usted un paciente aquí antes? No \_\_\_ Si \_\_\_ Qué fue su nombre entonces ? \_\_\_\_\_

Cual es la **razón principal** que usted quiere venir a la clínica? \_\_\_\_\_

Cual era su último médico familiar o clínica? \_\_\_\_\_

Qué es la dirección y el número de teléfono de ese médico o clínica? \_\_\_\_\_

Por qué dejó usted ese médico o la clínica? \_\_\_\_\_

Cuándo fue su ultima visita con su medico o clínica? \_\_\_\_\_

Por favor liste los nombres de cualquier especialista que usted ve: \_\_\_\_\_

Estoy dispuesto a consentir en soltar mis historiales médicos para revisión por este clínica: No \_\_\_ Si \_\_\_

Donde trabaja? \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo : \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo : \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo a trabajó allí? \_\_\_\_\_ Que hace allí? \_\_\_\_\_

Círculo si le aplica: Yo tengo: **Medicaid** **Medicare** **Seguro Medico** **Ninguna Cobertura Medica**

Office use only:

Date Application Received:

Accepted or Denied?

Applicant notified (date):

### HISTORIA MEDICA:

Si se necesita más lugar para información, pregunte por otra hoja

**Enfermedades/Heridas** que usted ha sido tratado (incluye visitas al cuarto de emergencia en los últimos 3 meses):

Tipo de enfermedad/herida	Fecha	Nombre de doctor o hospital

**Medicinas** usted toma o debe tomar

Nombre de la medicina	Última fecha tomada
<b>ALERGIAS:</b>	

**Yo estado INTERNADO en el hospital:**

Razón	Fecha	Hospital

**He tenido estas cirugías:**

Tipo de Cirugía	Fecha

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Hoy:** \_\_\_\_\_