



Good Neighbor Health Clinic Red Logan Dental Clinic

December 2024

PO Box 1250
White River Junction, VT 05001
Phone: (802) 295-1868
Fax: (802) 359-1020
Website: www.goodnhc.org
Medical Clinic: medical@goodnhc.org
Dental Clinic: dental@goodnhc.org

Estoy aplicando a la (todo lo que aplique): clínica dental clínica médica

Información del Paciente

Título: Sr Sra Srta Sx Otro: _____

Apellido: _____ Nombre legal: _____ Inicial: _____

Nombre preferido: _____

Fecha de Nacimiento(mes/día/año): _____ Edad: _____

Número de seguro social: _____

Raza: _____ Idiomas que habla en casa: _____

Pronombres:

Ella
El
Ellos
Escriba _____

Género:

Hembra
Varón
Sin genero
Fluido de genero
No lo se
No binario
Intersexual
Escriba _____

Identidad Sexual:

Heterosexual
Homosexual
Bisexual
Pansexual
Queer
Asexual
No lo se

Género al nacer:

Hembra
Varón
No se
Intersexual

Estado relacional:

Soltero
Casado
Separado
Divorciado
Viudo
En una relación, no casado
En una relación con varias parejas

Estructura de relaciones:

Monógamo
Polígamo

¿Eres activo sexualmente? Sí No

Información de la Educación y del Empleo

Nivel más alto escolar que completo:

Menos que
Universidad, sin completar el título Título asociado
Título bachelors
Maestría, título profesional, o doctorado (como PhD,
MD, MA)

Estado de empleo:

Tiempo completo
Tiempo parcial
Propria cuenta
Estacional/Temporaria
Sin empleo
Jubilado
Incapacitado

Si usted esta empleado, en donde? _____

¿Podemos llamarle en el trabajo? Sí No Teléfono: _____ - _____

¿Ha servido en el militar? Sí No

Información de Vivienda

Estado de vivienda: Renta Proprio Temporaria

¿Se le ha terminado la comida antes del fin del mes? Sí No

¿Alguna vez le ha preocupado que se va a terminar la comida? Sí No

Dirección para correo: _____

Información de contacto

Tele de la casa: _____

Correo electrónico: _____

La mejor manera contactarlo: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

Información medica

Farmacia preferida: _____

¿Tiene seguro médico?

Sí

No

En el caso que sí, ¿qué tipo?

Medicare

Medicaid Vermont

Medicaid NH

Escriba: _____

¿Tiene seguro dental?

Sí

No

En el caso que sí, ¿qué tipo?

Medicare

Medicaid Vermont

Medicaid NH

Escriba: _____

¿Tiene un doctor cabecero (fuera de Good Neighbor)?? If Sí No

En caso de que si, provee el nombre del doctor: _____

¿Usted fuma o mastica tabaco?? Sí No

¿Le interesa parar de fumar?g? Sí No

¿Ha detenido recibir cuidado médico o buscar medicamentos debido al costo? Sí No

¿Dónde iría para cuidado médico si no pudiera venir aquí?

Sala de urgencias en el hospital Otro doctor No iría No lo se

¿Cómo escuchó de nosotros?

Información de la Casa

Niños en casa: ¿Cuántos niños dependientes con menos de 18 años hay en la casa? _____

Total en casa: ¿Cuántos miembros de la familia en total están viviendo en la casa (usted + pareja/esposo + niños dependientes bajo la edad de _____

Ingreso: Ingreso de la casa

Su ingreso _____

Ingreso de su esposo/pareja _____

Otro ingreso) \$ _____

Esta aplicación no está completa sin prueba de ingreso y de residencia (licencia de conducir o factura de utilidades), e historial médico.

Acepto que la información proporcionada en este formulario es precisa. Doy permiso a Good Neighbor Health Clinic para verificar la información (incluidos ingresos, residencia y estado de seguro) contenidos en este formulario.

Firma: _____

Fecha: _____

Patient Name:

Birth Date:

Date Created:

Are you under a physician's care now? Yes No If yes

Have you ever been hospitalized or had a major operation? Yes No If yes

Have you ever had a serious head or neck injury? Yes No If yes

Are you taking any medications, pills, or drugs? Yes No If yes

Do you take, or have you taken, Phen-Fen or Redux? Yes No If yes

Have you ever taken Fosamax, Boniva, Actonel or any other medications containing bisphosphonates? Yes No If yes

Are you on a special diet? Yes No If yes

Do you have mental health concerns? Yes No If yes

Women: Are you...

Pregnant/Trying to get pregnant?

Nursing?

Taking oral contraceptives?

Are you allergic to any of the following?

Aspirin

Penicillin

Codeine

Acrylic

Metal

Latex

Sulfa Drugs

Local Anesthetics

Do you use controlled substances? Yes No If yes

Other? Yes No If yes

Do you have, or have you had, any of the following?

AIDS/HIV Positive	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Cortisone Medicine	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hemophilia	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Radiation Treatments	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Alzheimer's Disease	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hepatitis A	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Recent Weight Loss	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Anaphylaxis	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Drug Addiction	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hepatitis B or C	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Renal Dialysis	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Easily Winded	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Rheumatic Fever	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Angina	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Emphysema	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	High Blood Pressure	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Rheumatism	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Arthritis/Gout	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Epilepsy or Seizures	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	High Cholesterol	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Scarlet Fever	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Artificial Heart Valve	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Excessive Bleeding	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hives or Rash	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Shingles	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Artificial Joint	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Excessive Thirst	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hypoglycemia	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Sickle Cell Disease	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Asthma	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Fainting Spells/Dizziness	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Irregular Heartbeat	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Sinus Trouble	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Blood Disease	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Frequent Cough	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Kidney Problems	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Spina Bifida	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Blood Transfusion	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Frequent Diarrhea	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Leukemia	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Stomach/Intestinal Disease	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Breathing Problems	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Frequent Headaches	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Liver Disease	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Stroke	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Bruise Easily	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Genital Herpes	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Low Blood Pressure	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Swelling of Limbs	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Cancer	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Lung Disease	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Thyroid Disease	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Chemotherapy	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hay Fever	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Mitral Valve Prolapse	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tonsillitis	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Chest Pains	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Heart Attack/Failure	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Osteoporosis	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Cold Sores/Fever Blisters	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Heart Murmur	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Pain in Jaw Joints	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tumors or Growths	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Congenital Heart Disorder	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Heart Pacemaker	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Parathyroid Disease	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Ulcers	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Convulsions	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Heart Trouble/Disease	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Psychiatric Care	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Venereal Disease	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Yellow Jaundice	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No						

Have you ever had any serious illness not listed Yes No If yes

Comments. If yes above, please expand:

To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my (or patient's) health. It is my responsibility to inform the dental office of any changes in medical status.

Signature of Patient, Parent or Guardian:

X

Date: _____