



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

Total en casa:H¿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: _____

Medical History Form

Patient Name:

Date of Birth:

Today's Date:

To the best of my knowledge, I will answer the questions on this form accurately. 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:

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 use tobacco?	Yes	No	If yes,
Do you use controlled substances?	Yes	No	If yes,

Are you...

Pregnant?

Nursing?

Taking oral contraceptives?

Are you allergic to the following?

Aspirin

Penicillin

Codeine

Acrylic

Metal

Latex

Sulfa Drugs

Local Anesthetics

Other? If yes,

Comments:

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

AIDS / HIV +	Yes	No	Cortisone Medicine	Yes	No	Hemophilia	Yes	No
Alzheimer's Disease	Yes	No	Diabetes	Yes	No	Hepatitis A	Yes	No
Anaphylaxis	Yes	No	Drug Addiction	Yes	No	Hepatitis B or C	Yes	No
Anemia	Yes	No	Easily Winded	Yes	No	Herpes	Yes	No
Angina	Yes	No	Emphysema	Yes	No	High Blood Pressure	Yes	No
Arthritis / Gout	Yes	No	Epilepsy or Seizures	Yes	No	High Cholesterol	Yes	No
Artificial Heart Valve	Yes	No	Excessive Bleeding	Yes	No	Hives or Rash	Yes	No
Artificial Joint	Yes	No	Excessive Thirst	Yes	No	Hypoglycemia	Yes	No
Asthma	Yes	No	Fainting Spells/Dizziness	Yes	No	Irregular Heartbeat	Yes	No
Blood Disease	Yes	No	Frequent Cough	Yes	No	Kidney Problems	Yes	No
Blood Transfusion	Yes	No	Frequent Diarrhea	Yes	No	Leukemia	Yes	No
Breathing Problems	Yes	No	Frequent Headaches	Yes	No	Liver Disease	Yes	No
Bruise Easily	Yes	No	Genital Herpes	Yes	No	Low Blood Pressure	Yes	No
Cancer	Yes	No	Glaucoma	Yes	No	Lung Disease	Yes	No
Chemotherapy	Yes	No	Hay Fever	Yes	No	Mitral Valve Prolapse	Yes	No
Chest Pains	Yes	No	Heart Attack / Failure	Yes	No	Osteoporosis	Yes	No
Cold Sores / Fever Blisters	Yes	No	Heart Murmur	Yes	No	Pain in Jaw Joints	Yes	No
Congenital Heart Disorder	Yes	No	Heart Pacemaker	Yes	No	Parathyroid Disease	Yes	No
Convulsions	Yes	No	Heart Trouble / Disease	Yes	No	Psychiatric Care	Yes	No
Yellow Jaundice	Yes	No						

Have you ever had any serious illness not listed above?

Yes

No If yes,