



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:** _____