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. Devuela 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 acera 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 el **problema** que usted necesita 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 alli?_____

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 necesitad mas lugar para información, pregunte por otra hoja

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

Tipo de enfermedad/herida	Fecha	Nombre de doctor o hospital

Medicinas usted toma o debe tomar

Nombre de la medicina	Ultima fecha tomada
ALERGIAS:	

Yo estado INTERNADO en el hospital:

Razón	Fecha	Hospital

He tenido estas cirugías:

Tipo de Cirugía	Fecha

Firma:_____ **Fecha de Hoy:**_____