

Carolina Family Health Centers, Inc.

Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center
• Wilson Community Health Center

Outreach Enrollment and Encounter - Spanish

Fecha: _____

Nombre : _____
Primer Nombre *Segundo Nombre* *Apellido*

Fecha de nacimiento: _____ **Género al nacer:** ☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre del campamento/granja, líder de la tripulación y dirección:

Estado: ☐ Migrante /H-2A ☐ Estacional ☐ Otro: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Fecha de llegada: _____

Origen étnico: ☐ Hispano ☐ Mexicano ☐ Mexicano Americano/ Chicano(a) ☐ Puertorriqueño
☐ Cubano ☐ No hispano ☐ Otro _____ ☐ Desconocido ☐ Paciente negó a responder

Raza: ☐ Asiático ☐ Indio Asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita
☐ Nativo de Hawái ☐ Guamanío/Chamorro ☐ Samoano ☐ Negro/Afroamericano ☐ Indio
☐ Nativo de Alaska ☐ Blanco ☐ Otro _____ ☐ Desconocido ☐ Paciente negó a responder

Idioma principal (o preferido): ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Estado civil: ☐ Socio Domestico ☐ Divorciado ☐ Legalmente Separado/Separada ☐ Casado
☐ Soltero/Soltera ☐ Viudo/Viuda ☐ Otro: _____

Estado de los Veteranos: ¿Sirvió en las fuerzas armadas (Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Cuerpo de Marines, Guardia Costera)? ☐ Sí ☐ No

Certifico que la información anterior es correcta:

Firma del paciente o tutor

Fecha

Descuento de Tarifa Móvil

Carolina Family Health Centers, Inc. es un Centro de Salud Federalmente Calificado y ofrece descuentos de tarifa variable a los pacientes que cumplen con ciertos requisitos de ingresos según lo exige la ley. Indique los ingresos de su familia y el tamaño de la familia para que podamos evaluar mejor si es elegible para este descuento. Es posible que se apliquen descuentos incluso si tiene cobertura de seguro.

Ingreso Total Mensual / Anual del Hogar

☐ \$0-\$1000 / ☐ \$1000-\$2000 / ☐ \$2000-\$3000 / ☐ \$3000-\$4000 / ☐ \$4000-\$5000 / ☐ \$5000+

Número de personas que viven en el hogar: _____

Cobertura de seguro

Tipo de seguro primario: ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Seguros Privados ☐ Sin seguro
☐ Otro: _____

Seguro Primario

Nombre de Seguro

Número de Póliza

Fecha Efectiva

Nombre del miembro: _____

Relación al paciente: _____

Seguro Secundario

Nombre de Seguro

Número de Póliza

Fecha Efectiva

Nombre del miembro: _____

Relación al paciente: _____

Transportation / Education

CFHC Patient: ☐ Yes ☐ No **Time:** _____

Transportation to: ☐ WCHC ☐ HFHC ☐ FHCHC ☐ CFDC ☐ Other _____

Education: ☐ ACA ☐ Clinic Information ☐ Seat Belt Safety ☐ Substance Abuse ☐ Other _____

Assessment**Blood Sugar**_____**Normal: 70-110****Random >200****2 Hours After Eating >140****Blood Pressure**_____/_____
If greater than 120/80, offer health education. If greater than 140/90, offer referral.**Do you have any health problems or complaints?** ☐ Yes ☐ No(Please explain and, if necessary, refer to clinic.) _____
_____**How many years have passed since your last tetanus shot?** _____ (refer to clinic if more than 10 yrs.)**Has it been more than a year since your last HIV test?** ☐ Yes (refer to clinic) ☐ No**Family History:** ☐ Diabetes ☐ Hypertension ☐ Heart Attack ☐ Other _____**Have you had dental service within the last year?** ☐ Yes ☐ No (refer to dental clinic)**If so, how often?** _____**Do you smoke, drink, or use drugs?** ☐ Yes ☐ No**If so, how often?** _____**Education**☐ ACA☐ Green Tobacco Sickness☐ Seat Belt☐ Clinic Information☐ High Blood Pressure☐ Pesticides☐ COVID-19☐ Heart Stroke / Dehydration☐ Substance Abuse☐ Dental Health☐ HIV/STD Prevention☐ Translation☐ Diabetes☐ Nutrition**Notes:** _____

_____**Completed by:** _____**Date:** _____