

TETON FREE CLINIC/La clinica gratis de Teton
Patient Demographics/Demograficas del paciente

Page 1 of 1

Date/Fecha: _____

Patient Name/Nombre del paciente:

Last Name/Apellidos	First Name/Nombre
---------------------	-------------------

Mailing Address/Direccion del correo: _____

Physical Address/Direccion de residencia:

Telephone/Telefono: _____ Other #/ otro #: _____

Date of birth/fecha de nacimiento: _____ Age/Edad: _____ Gender/Sexo: (M) (F)

Marital Status/Estado Civil: ()Single/Soltero(a) ()Married/Casado(a) ()Widowed/Viudo(a)
()Divorced/Divorciado(a) ()Separated/Separado(a)

Languages Spoken/Idiomas Hablados: _____

Race/ Raza: ()American Indian/Indigena americano ()Black/Negra
()Caucasian/Blanca ()Hispanic/Hispana ()Other/Otra

Place of Employment/Empleador: _____

Employer Address/Direccion del trabajo: _____

Employer Telephone/Telefono del trabajo: _____

Name of Referring Physician or Organization/Nombre del medico u organizacion que le referio a esta clinica: _____

Date of Last Physical Examination/Fecha del ultimo examen medico: _____

Do you, the patient/Ud, el paciente:

- () Live In Teton County, Wyoming/ Vive en el condado de Teton, Wyoming
- () Work In Teton County, Wyoming/ Trabaja en el condado de Teton, Wyoming

Do you, the patient, have any type of medical insurance?/Tiene Usted, el paciente, algun tipo de seguro?

()Yes/Si ()No

(Insurance includes/El seguro incluye: Medicaid, Medicare, Catastrophic/Catastrofe, Worker's Compensation/Compensacion para los trabajadores, etc.)

TETON FREE CLINIC/La clinica gratis de Teton

MEDICAL HISTORY/HISTORIA MEDICA

Patient Name/Nombre del paciente _____ Date/Fecha _____

Date of birth/Fecha de nacimiento _____ Age/Edad _____

The information contained herein is confidential and thus will not be given to anyone without your prior consent. Please be as accurate as you can, so that we can offer you the best care possible.

La informacion contenida en este documento es confidencial y por lo tanto no sera dada a nadie sin su consentimiento. Por favor, sea tan preciso en sus respuestas como Usted pueda, de tal manera que podamos ofrecerle el mejor servicio medico posible.

Please complete this section in English. Ask for a translator if you need assistance./

Por favor llene esta seccion en Ingles. Pida la asistencia de un traductor si necesita ayuda.

Allergies/Alergias (Please list and include the reactions you experienced with each allergy/Por favor enumere e incluya las reacciones que Usted ha tenido con cada alergia)

To medications/A las medicinas _____

Other/A comida y otras cosas _____

Reason for clinic visit/La razon por la visita

Current Medications / Medicamentos que Ud. esta tomando

(Prescription & Non-prescription/ Con receta y sin receta)

Include name, dosage, frequency/ Apunte nombre del medicamento, el dosis y la frecuencia de tomarlo

1. _____

2. _____

3. _____

Is there something you need support with, or a referral for? /

¿Necesita Ud. apoyo con algun asunto o una referencia en especial?

() Yes/Si () No

If yes, please specify/Si respondio si, por favor especifique.

(Safehouse/Casa albergue, Alcoholol rehabilitation/Rehabilitacion de alcohol, Job search/Busqueda de trabajo, etc.)

When complete, please return this assessment to the Teton Free Clinic staff. You will be called in a few minutes for a review of your answers, along with obtaining your vital information. We thank you for your honesty.

Revised 6/9/2004

Patient Initials/Sus iniciales _____