



Registro de paciente

Necesito un intérprete de audición Necesito un intérprete de idiomas

Información del paciente: **Fecha:**

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento Número de seguro social Ocupación

Dirección Número de apartamento Apartado postal

Ciudad Estado Código postal Condado

Teléfono Principal Teléfono secundario correo electrónico

Contacto de emergencia (No vive en su casa):

Nombre Apellido Número de teléfono Relación con el paciente

¿Reside el paciente en un hogar de ancianos o un centro de atención residencial?

sí no ¿Si sí donde? Número de teléfono

Access Family Care participa en programas federales que requieren que solicitemos lo siguiente:

<u>Raza</u>	<u>Idioma preferido</u>	<u>Estatus de Veterano</u>	<u>Identidad de género</u>
<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> No es un veterano	<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Veterano	<input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano	<input type="checkbox"/> Otro:	<u>Sexo al nacer</u>	<input type="checkbox"/> Mujer a hombre
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai	<u>Estado civil</u>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hombre a mujer
<input type="checkbox"/> Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Soltero	<u>Orientación sexual</u>	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay, Homosexual	<input type="checkbox"/> Prefiero no decir
<input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<u>Ingresos del hogar</u>
<u>Etnicidad</u>	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> \$ 10,000 o menos
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino (Cuba, México, Puerto Rico, América Central)	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> \$10,001-\$20,000
<input type="checkbox"/> No es hispano / latino	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Algo más	<input type="checkbox"/> \$20,001-30,000
<input type="checkbox"/> Estado prohibido	<u>Sin Casa?</u>	<input type="checkbox"/> Prefiero no decir	<input type="checkbox"/> \$30,001-\$40,000
<input type="checkbox"/> Rehusar	<input type="checkbox"/> Sí	# Adultos en el hogar _____	<input type="checkbox"/> \$40,001-\$50,000
<input type="checkbox"/> Más de una raza	<input type="checkbox"/> No	# Niños en el hogar _____	<input type="checkbox"/> \$ 50,001 y más
	¿Eres un trabajador agrícola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Garante-persona responsable del pago (Complete solo si la parte responsable no es el paciente).

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento Número de seguro social Empleador

Dirección (si es diferente del paciente) Apartado postal

Ciudad Estado Condado Correo electrónico

Teléfono Principal Relación con el paciente

Seguro: Medicaid Medicare Commercial Otro _____



FORMA DE CONSENTIMIENTO

Nombre del paciente: _____ Paciente Fecha de nacimiento del Paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por favor, ponga sus iniciales en cada línea:

_____ Doy mi consentimiento como paciente o custodio legal primario o custodio legal conjunto del paciente para cualquier tratamiento o procedimiento que el personal profesional de ACCESS Family Care considere necesario, incluidos, entre otros, los proveedores de servicios médicos, dentales y de salud del comportamiento.

_____ Entiendo que este tratamiento puede incluir radiografías y / o análisis de laboratorio. Entiendo que una visita dental de emergencia puede consistir en un diagnóstico de la afección y el tratamiento necesarios para aliviar la incomodidad, sin embargo, el tratamiento final puede requerir visitas adicionales.

_____ Autorizo a ACCESS Family Care a proporcionar toda la información necesaria para la facturación y el tratamiento de mí o del paciente.

_____ Acepto ser financieramente responsable por todos los cargos y entiendo que el pago completo se espera al momento del servicio.

_____ Solicito que el pago de Medicare, Medicaid u otros beneficios de la compañía de seguros hechos en mi nombre o el del paciente sean asignados a ACCESS Family Care.

_____ Recibí una copia del Acuerdo de la Política del Paciente por No Presentarse de ACCESS Family Care. Entiendo que es mi responsabilidad leer y seguir la información contenida en este aviso.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad leer este aviso y hacer las preguntas que pueda tener.

_____ Recibí una copia del Contrato de paciente no admitido de cuidado familiar de ACCESS. Entiendo que los problemas de asistencia pueden hacer que me despidan como paciente de ACCESS Family Care y acepto que es mi responsabilidad seguir esta política.

_____ Acepto que mi consentimiento sea válido siempre que sea paciente de ACCESS Family Care.

Solicitud de liberación de información adicional (por teléfono, correo postal o en persona)

Doy mi permiso para hablar con la persona que he enumerado:

Cualquier aspecto de la asistencia médica Solo información de salud Solo información financiera

Nombre Parentesco Número de teléfono

Nombre Parentesco Número de teléfono

Nombre Parentesco Número de teléfono

Nombre Parentesco Número de teléfono

Consentimiento para tratar a un paciente menor para tratamiento médico o dental

Yo, _____ autorizo a las siguientes personas designadas para consentir el tratamiento

Médico Dental para mi hijo _____. En caso de mi ausencia en el momento de una lesión, enfermedad o atención programada de rutina, también autorizo a la (s) persona (s) nombrada (s) a tomar decisiones relacionadas con la atención de mi hijo y firmar los documentos necesarios en caso de que mi hijo requiera hospitalización en caso de emergencia . Yo (nosotros) aceptamos la responsabilidad financiera por todos los cargos relacionados con cualquier tratamiento médico u odontológico u hospitalización prestados con motivo de esta autorización. Este consentimiento no se aplica a los procedimientos dentales que requieren extracción, óxido nitroso o tratamiento endodóntico (conductos de la raíz). Un padre o tutor legal debe estar presente para estos procedimientos. Esta autorización estará vigente por 1 año o hasta _____.

Agente designado / parentesco Número de teléfono

Agente designado / parentesco Número de teléfono

Agente designado / parentesco Número de teléfono

Agente designado / parentesco Número de teléfono

Firma de la parte responsable / tutor legal

Fecha

Firma del personal de ACCESS Family Care

SECCIÓN I

(Nombre del paciente) (Inicial del segundo nombre) (Apellido del paciente) (Fecha de nacimiento del paciente)

Nombre del solicitante (Primero, inicial del segundo nombre, Apellido) Fecha de nacimiento del solicitante Relación del solicitante con el paciente

Estado civil: Soltero Divorciado
 Casado Viudo

Nombre del cónyuge _____

Las guías de Subsidio Federal nos exige buscar un 3er responsable antes de aplicar la Ayuda de Descuento

SECCIÓN II INFORMACIÓN DEL HOGAR

Haga una lista de todas las personas que viven en su hogar (incluyéndose a usted) que este ingreso respalda, y cualquier persona a la que reclame como dependiente en su declaración federal de impuestos.

*Los adultos no relacionados deben figurar en la lista si contribuyen al ingreso del hogar (comida / alquiler / servicios públicos).

* Los adultos (a excepción de su Cónyuge) enumerados a continuación con ingresos cero deben proporcionar la documentación requerida.

Nombre	Edad	Relación con el solicitante	Fuente de ingreso Salarios, Seguridad Social, etc ...	¿Con qué frecuencia le pagan? (Cada semana, Cada dos semanas, 1 vez al mes, 2 veces al mes, otras)

Por favor, incluya documentación de ingresos para cada ADULTO enumerados arriba.

de miembros del hogar que este ingreso apoya \$ Ingreso anual bruto total estimado

SECCIÓN III SEGURO

¿Usted o el paciente tienen seguro médico / dental? Sí No

Si la respuesta es SÍ, proporcione una copia del anverso y reverso de su (s) tarjeta (s) de seguro a la recepción.

SECCIÓN IV DOCUMENTACIÓN DE INGRESO CERO

Debe proporcionar UNA de las opciones enumeradas a continuación para la documentación de Cero ingresos:

A. Carta notariada: una carta de la persona o el establecimiento donde se encuentra actualmente indicando que están cubriendo sus necesidades básicas (comida / casa / ropa) y que actualmente no tiene una fuente de ingresos. La carta debe estar NOTARIZADA, fechada dentro de los últimos 30 días, firmada e incluir la información de contacto (dirección y número de teléfono) de la persona que escribió la carta.

** Los adultos que no sean su cónyuge (mayores de 18 años) que viven en el hogar y que usted reclama como dependientes y / o ocupantes también deben presentar una carta certificada ante notario que indique que cubre sus necesidades básicas como se indicó anteriormente.

** Al proporcionar esta información, nos está dando permiso para contactar a esta persona para verificar el estado de ingresos cero. Consulte con el personal de la recepción si necesita ayuda para obtener los servicios de un notario.

B. Verificación de ingresos de los Servicios familiares: si está recibiendo cupones de alimentos o asistencia temporal para familias necesitadas (TANF), una copia de la verificación de ingresos o una declaración de la oficina de Servicios para la familia servirá como comprobante de ingresos.

SECCIÓN V DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE

Certifico que la información en esta aplicación es verdadera y precisa. Entiendo que es mi responsabilidad completar la solicitud y proporcionar la documentación de prueba de ingresos requerida para solicitar servicios con descuento. Entiendo que si no proporciono la documentación de ingresos requerida en mi visita inicial, seré responsable de los cargos completos. Entiendo que tengo 30 días desde mi fecha inicial de servicio para proporcionar la documentación de ingresos requerida y recibir un descuento si califico y que no se aplicará ningún descuento a las cuentas anteriores a 30 días. Acepto informar a Access Family Care si mi situación financiera cambia significativamente. También entiendo que falsificar información o documentación en esta solicitud resultará en que mi solicitud sea denegada y cualquier descuento aplicable recibido bajo falsos pretextos será revocado y yo seré responsable de todos los cargos. Entiendo que esta solicitud y cualquier descuento para el que pueda ser elegible se aplican solo al paciente que figura en esta solicitud. Cualquiera / todos los pacientes adicionales necesitarían solicitar por separado.



Historia Médica y Dental

Nombre del paciente (Nombre, Segundo Nombre, Apellido) Fecha de nacimiento del paciente Fecha

Ocupación Empleador Estado civil Nombre del médico

Motivo de la visita de hoy: ¿Estás adolorido? Sí No

Historial médico personal (marque todos los que correspondan):		<input type="checkbox"/> Quimioterapia / Radiación	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Radiación a la cabeza / cuello	<input type="checkbox"/> Herpes labial / ampolla de fiebre
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Trauma en la cabeza / cuello	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Autismo / Asperger	<input type="checkbox"/> Murmullo cardíaco / Latido cardíaco irregular	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Herpes
<input type="checkbox"/> Desorden bipolar	<input type="checkbox"/> Problemas / enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva / de desarrollo	<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Hipertermia maligna	<input type="checkbox"/> Infección MRSA
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Antecedentes de endocarditis	<input type="checkbox"/> Mareos / Desmayos	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Convulsiones / epilepsia / trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/> Problemas abdominales crónicos
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula
<input type="checkbox"/> Moretones / sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Trazo	<input type="checkbox"/> Cortisona / medicamento esteroideo	<input type="checkbox"/> Acidez
<input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Aneurisma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado
<input type="checkbox"/> Atrial Fibrillation	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Úlcera estomacal
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Cáncer Tipos:	<input type="checkbox"/> Está tomando o ha tomado medicina de densidad ósea	<input type="checkbox"/> Otro: (enumere abajo)

Historial Quirúrgico (Marque todos los que apliquen y anote la fecha):			
<input type="checkbox"/> Angioplastia / bypass cardíaco Tipos: Fecha:	<input type="checkbox"/> Marcapasos Fecha:	<input type="checkbox"/> Historia de problemas de anestesia general Fecha:	<input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación Tipos: Fecha:
<input type="checkbox"/> Cánula cardíaca Fecha:	<input type="checkbox"/> Otra cirugía de corazón Tipos: Fecha:	<input type="checkbox"/> Apendicectomía Fecha:	<input type="checkbox"/> Oreja nariz garganta Tipos: Fecha:
<input type="checkbox"/> Válvula del corazón Fecha:	<input type="checkbox"/> Cirugía vascular Fecha:	<input type="checkbox"/> Histerectomía Fecha:	<input type="checkbox"/> Vesícula biliar Fecha:

Por favor, enumere las cirugías y fechas adicionales:

Enumere cualquier hospitalización reciente, incluidos el motivo y la fecha:

¿Le gustaría tener información acerca de crear una Declaración de Voluntad Anticipada? Sí No



Historia Médica y Dental

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento del paciente		Fecha	
Medicamentos / suplementos a base de hierbas			<input type="checkbox"/> Sin medicamentos / suplementos herbales		
1.		6.			
2.		7.			
3.		8.			
4.		9.			
5.		10.			
Alergias			<input type="checkbox"/> No hay alergias conocidas		
1.		5.			
2.		6.			
3.		7.			
4.		8.			
Historia familiar -Marque si sus parientes sanguíneos han tenido alguno de los siguientes enfermedades:					
<input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Depresión, suicidio		
<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Sangrado, coagulación	<input type="checkbox"/> Asma/COPD	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental		
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Trastornos hereditarios		
<input type="checkbox"/> Otro:					
Historia social					
¿Usas tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipos: _____		Cantidad / día: _____	
				¿Cuánto tiempo? _____	
				¿Qué año dejó de fumar? _____	
¿Bebes alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuántas bebidas por semana? _____					
¿Alguna vez ha usado drogas ilegales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, usado en el pasado <input type="checkbox"/> Sí, actualmente uso					
Historial de salud de la mujer (los pacientes dentales solo deben responder las preguntas indicadas con *)					
Por favor liste la cantidad de: Embarazos: _____		Nacidos vivos: _____		Niños vivos: _____	
Abortos involuntarios: _____		Abortos: _____			
¿Eres menopáusico / posmenopáusico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique la edad de inicio: _____					
Fecha del último período menstrual: _____			Fecha de la última mamografía: _____		
Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____			Resultado de la prueba de Papanicolaou? <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		
*¿Estás embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Fecha de parto? _____			* ¿Actualmente estás amamantando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nacimiento / Historia pediátrica					
Enfermedad / complicaciones maternas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Me alojé en NICU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Nacimiento prematuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿qué tan temprano? _____			Historia de alimentación: <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Biberón <input type="checkbox"/> Ambos		
Peso al nacer: _____ lbs. _____ oz.			¿Vacunas actualizadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Historia dental					
Motivo de la visita de hoy: _____					
Fecha de la última visita al dentista: _____			Nombre del dentista: _____		
¿Alguna vez un médico le recomendó tomar antibióticos antes de un procedimiento? Responda sí solo si los antibióticos no se recetaron para una infección dental.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está usando aparatos dentales removibles?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene algún temor o problema serio relacionado con su última visita al dentista?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____					

Certifico que a mi leal saber y entender, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión y que proporcionar información falsa o incorrecta puede ser perjudicial para mi salud (o la del paciente). Entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina médica de cualquier cambio en mi salud o historial médico. No responsabilizaré a mi médico ni a ningún miembro de su personal por ningún error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____



No-Show Patient Policy Agreement

The goal of ACCESS Family Care is to assure that our patients have access to high quality medical and dental care when they need it. The purpose of this agreement is to inform you of requirements which have been established as regards your appointments for care at ACCESS medical and dental clinics as follows:

- **You must provide us with a working telephone number and you must inform us if that number changes.**
- **Reminder of Appointment –** Although you are ultimately responsible for remembering your appointment date and time, we will call you one to two business days before your appointment to remind you.
- **Confirming Appointment –** If we are unable to speak with you and must leave a voicemail message for you, we request that you call us as soon as possible to confirm your intent to keep your appointment. If you fail to confirm your appointment, it may be given to another patient, so that if you show up for the appointment without having confirmed, we would not be able to accommodate you and you would need to reschedule.
- **Failure to Keep an Appointment –** If you fail to keep an appointment which has been made for you, it will be considered a missed appointment.
- **Canceling Appointments -** If you cannot keep your scheduled appointment, you must contact us at least 24 hours in advance to let us know so that we can offer your appointment to another patient. Failure to provide at least 24 hours' notice of cancelation counts as a missed appointment.
- **Late Appointments -** If you show up more than 10 minutes late for your appointment, it will be considered a missed appointment. Your appointment may have been given to a waiting patient, in which case you may be required to reschedule, or have to wait to be seen.
- **Consequences of Missed Appointments –** If within the same 12-month interval you have three (3) missed appointments, either failing to keep an appointment, canceling with less than 24 hours' notice, or showing up more than 10 minutes late, or any combination thereof, your attending practitioner will be notified. That practitioner, in consultation with the Medical or Dental Director, will make a decision regarding whether or not you will be dismissed as a patient. If the decision is made to dismiss you as a patient, you will receive notification by Registered Mail that you have been permanently dismissed as a patient from all ACCESS Family Care Medical and Dental Clinics.

Please speak to any of the clinic staff if you have questions about this No-Show Patient Policy Agreement.

I have read, understand and agree to abide by this No-Show Patient Policy Agreement:

Patient Name (PLEASE PRINT NAME)

Date

Parent/Guardian (for patients under 18) / Patient Signature

Date

El objetivo de ACCESS Family Care es asegurarse de que nuestros pacientes tengan una atención médica y dental de alta calidad cuando ellos lo necesiten. El propósito de este Acuerdo es informarle de los requisitos que se han establecido para su cita en las clínicas de ACCESS Médica y Dental de la siguiente manera:

- **Usted deberá proporcionarnos un número de teléfono que funcione y deberá informarnos si cambia ese número.**
- **Recordatorio de Citas – Aunque Usted es el único responsable de recordar el día y la hora de su cita, nosotros le llamaremos uno o dos días laborales antes para recordarle de su cita.**
- **Confirmación de Citas – Si no podemos hablar con Usted y tenemos que dejarle un mensaje de voz, le pediremos que nos llame tan pronto como le sea posible para confirmar si vendrá o no a su cita. Si Usted no confirma su cita, ésta será dada a otro paciente y si Usted se presenta sin haber confirmado su cita, nosotros no podremos atenderlo y usted necesitará reprogramar otra cita.**
- **Faltar a una Cita – Si Usted no acude a la cita que se le ha hecho, será considerada como una cita perdida.**
- **Cancelación de Citas – Si no puede acudir a su cita programada, deberá ponerse en contacto con nosotros por lo menos 24 horas antes de su cita para que podamos ofrecer esa cita a otro paciente. Si Usted no llama 24 horas antes de su cita, contará como una cita perdida.**
- **Retraso de Citas – Si Usted se presenta más de 10 minutos tarde de su cita, será considerada como una cita perdida. Su cita se le dará a un Paciente en espera, y en ese caso a Usted se le pedirá que programe otra cita o tenga que esperar para ser visto.**
- **Consecuencias de Citas Perdidas – Si en un intervalo de 12 meses tiene tres (3) citas perdidas, ya sea que no haya acudido a su cita, cancelado por lo menos con 24 horas de anticipación, o haber llegado más de 10 minutos tarde a su cita, o cualquier combinación de ellos, ésto se le notificará al Médico que lo atiende. El Médico consultará con el Director Médico o Dental, tomarán una decisión sobre sí o no será despedido como paciente. Si se ha tomado la decisión de despedirlo como paciente, Usted recibirá una notificación por Correo Certificado de que Usted ha sido permanentemente despedido como Paciente de todas las Clínicas de ACCESS Family Care Médica y Dental.**

Por favor póngase en contacto con cualquier persona de la Clínica si tiene alguna pregunta relacionada con este Acuerdo de la Política del Paciente por no Presentarse.

He leído, entiendo y acepto cumplir con este Acuerdo de la Política del Paciente por no presentarse.

Nombre del Paciente (Por favor escriba el nombre)

Fecha

Firma del Paciente o Padre/Tutor (pacientes menores de 18)

Fecha



New Patient Survey

Clinic: Anderson Cassville Joplin Neosho Mt. Vernon Lamar Carthage Nevada

Appointment type: Medical Dental

How did you hear about our clinic? Please check all that apply.

TV Health Department Newspaper Friend/Family Church Radio

Internet Ozark Center Phone Book Community Clinic Employer

Certified Application Counselor Event Social media (Facebook, Twitter): _____

Local Agency (such as Planned Parenthood, ESC, WIC, Family Services): _____

Head Start: (which center) _____ School: (please name) _____

Hospital: (please name) _____ ACCESS Employee: (please name) _____

Community Event: (please name) _____ Other: _____

Became a patient because ACCESS-Joplin has pharmacy services

Revised 9/2016



Encuesta de Pacientes Nuevos

Clínica: Anderson Cassville Joplin Neosho Mt. Vernon Lamar Carthage Nevada

Tipo de Cita: Médica Dental

Como se enteró de nuestra Clínica? Por favor marque todas las que aplican.

TV Departamento de Salud Periódico Amigo/Familia Iglesia Radio

Internet Ozark Center Directorio Telefónico Community Clinic Empresa

Consejero Certificado de Eventos Medios Sociales (Facebook, Twitter): _____

Agencia Local (como Planned Parenthood, ESC, WIC, Family Services): _____

Head Start: (cuál Centro) _____ Escuela: (nombre) _____

Hospital: (please name) _____ Empleado de ACCESS:(nombre) _____

Evento Comunitario: (nombre) _____ Otro: _____

Se hizo paciente porque ACCESS-Joplin tiene servicios de Farmacia.

Revised 9/2016