



Patient Registration / Registro de Paciente

Legal Name (Nombre Legal): Birth Date (Fecha de Nacimiento): (Month/Mes) (Day/Dia) (Year/Año)
Preferred Name (Nombre Preferido): Preferred Language (Idioma preferido):

Address (Dirección): Home Numbers (Números de Teléfono) Home (Casa): Cell (Celular): Email Address (Correo electrónico):

Pharmacy Name (Nombre de su farmacia): Address (Dirección): Phone # (Teléfono):

Gender (Género): Male (Hombre) Female (Mujer)

Marital Status (Estado civil): Single (Soltero) Separated (Separado) Married (Casado) Divorced (Divorciado) Widowed (Viudo) Living together (Viviendo juntos)

Country of Birth (País de nacimiento): Date of Arrival to USA (Fecha que llegó a EEUU):

Ethnicity (Etnicidad): Hispanic (Latino) Non-Hispanic (No Latino)

Race (Raza) \*Check ALL that apply (Marque TODO lo que corresponda) Definitions of race available upon request (Definiciones de raza disponibles a su solicitud)

White (Blanco) Black/African American (Negro/Afroamericano) Asian (Asiático) American Indian/Alaskan Native (Indio Americano/Nativos de Alaska) Native Hawaiian (Nativo de Hawái) Pacific Islander (De otras islas del Pacífico)

Responsible Party (Persona responsable): Self (Mismo) Parent/Guardian (Padre/Guardian):

Employer (Empleador): Occupation (Ocupación):

Emergency Contact (Contacto de emergencia): Phone # (Teléfono): Relationship to patient (Relación con el paciente):

Is patient/parent/guardian employed? (¿Esta empleado el paciente/padre/guardián?) No Yes/Sí, \$ Income/benefits from any source (Ingresos/beneficios de cualquier fuente)

Spouse Employed? (¿Está empleado su esposo/a?) No Yes/Sí, \$ Income/benefits from any source (Ingresos/beneficios de cualquier fuente)

Total Family Income (Ingreso Total Familiar) \$ N/A Family Size (Tamaño de Familia): Adults (Adultos) Children (Niños)

Name of the children (Nombres de los niños):

Certify that the above information is true and accurate to the best of my knowledge. (Certifico que la información anterior es verdadera y correcta según lo entiendo.)

Signature of Patient (Parent or Guardian) Date (Fecha) Signature of minor 13 or over Date (Fecha) Firma del paciente (Padre o guardián) (Firma de un paciente entre 13 a 18 años de edad)

**THIS SIDE TO BE COMPLETED BY ZUFALL HEALTH REPRESENTATIVE.**  
**(Este lado será completado por un representante del centro de salud.)**

**Patient Status**

- Veteran
- Homeless
- Public Housing
- Farm Worker

**Health Insurance**

- None (uninsured)
- Medicare
- Medicaid
- Commercial
- Other \_\_\_\_\_

**Proof of Address**

- Utility Bill
- Mortgage Bill
- Copy of Lease
- Letter of Support
- Other \_\_\_\_\_

**Proof of ID:**

- Birth Certificate
- NJ Driver License
- Passport
- Alien Registry Card
- Voter Registration Card
- Employee ID Card
- Welfare Card
- Other \_\_\_\_\_

**Proof of Income: (check all that apply)**

- Paycheck
- Disability Benefit
- Statement from Employer
- Child Support
- Alimony
- Attestation (Proof of Income Form)
- Unemployment Benefit
- Income Tax Return
- Social Security
- Other \_\_\_\_\_

**2022 Federal Poverty Level Guidelines**

	Federal Slide & NJDHSS	Federal Slide & NJDHSS	Federal Slide & NJDHSS	Federal Slide & NJDHSS	NJDHSS eligible only	NOT eligible for Federal or NJDHSS slide
	A	B	C	D	E	
Family Size*	<u>up to 100%</u>	<u>101% to 150%</u>	<u>151% to 175%</u>	<u>176% to 200%</u>	<u>201 to 250%</u>	Full charge or Prompt Pay Incentive
1	\$0 to 13,590	13,591 to 20,385	20,386 to 23,783	23,784 to 27,180	27,181 to 33,975	
2	\$0 to 18,310	18,311 to 27,465	27,466 to 32,043	32,044 to 36,620	36,621 to 45,775	
3	\$0 to 23,030	23,031 to 34,545	34,546 to 40,303	40,304 to 46,060	46,061 to 57,575	
4	\$0 to 27,750	27,751 to 41,625	41,626 to 48,563	48,564 to 55,500	55,501 to 69,375	
5	\$0 to 32,470	32,471 to 48,705	48,706 to 56,823	56,824 to 64,940	64,941 to 81,175	
6	\$0 to 37,190	37,191 to 55,785	55,786 to 65,083	65,084 to 74,380	74,381 to 92,975	
7	\$0 to 41,910	41,911 to 62,865	62,866 to 73,343	73,344 to 83,820	83,821 to 104,775	
8	\$0 to 46,630	46,631 to 69,945	69,946 to 81,603	81,604 to 93,260	93,261 to 116,575	

\*For families/households with more than 8 persons, add \$4,720 for each additional person.

- NO INCOME; Patient and/or Family Living/Staying with:  Family  Friend  Agency \_\_\_\_\_  Other \_\_\_\_\_

Statement of support must be on file. \* Staff enters into structured info section.

\_\_\_\_\_  
 Signature of Zufall Health Representative      Date



## AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo entiendo que al firmar este convenio, indico mi deseo de recibir servicios médicos del Centro de Salud Zufall, como ha sido determinado por los proveedores de servicios médicos. Yo entiendo que estos servicios incluyen asistencia médica de los doctores, podólogos, dentistas, enfermeras practicantes avanzadas, asistentes de doctor, trabajadores sociales clínicos licenciados, enfermeras registradas, enfermeras licenciadas practicantes y asistentes médicos y dentales. Yo doy mi consentimiento para ser tratado con el nivel de servicio adecuado, por el personal clínico del centro de salud para tratar mi enfermedad, lesión o condición, como está indicado en la práctica médica. Este consentimiento libera de responsabilidad a los proveedores de servicios médicos por dicho tratamiento, excepto en casos de negligencia. Yo entiendo que si el proveedor médico determina que el tratamiento recomendado no puede ser proveído por el Centro de Salud Zufall, yo recibiré el referido apropiado. Yo entiendo que no se me ha dado ninguna garantía o seguro concernientes a los cuidados brindados. En cuanto a la salud reproductiva, entiendo que los servicios se proveen de forma voluntaria y que el recibir servicios de planeación familiar no es un prerrequisito para recibir otros servicios que se ofrecen en Zufall. Todos los servicios serán ofrecidos de manera confidencial.

### DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES & AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se hizo disponible para mi revisión, la declaración de derechos y responsabilidades del paciente y el aviso sobre las prácticas de privacidad. Copias de estos documentos será provista cuando lo solicite.

Yo entiendo que el Centro de Salud Zufall podrá contactarme por teléfono, correo electrónico o mensajes de texto con referencia a la coordinación de mi cuidado de salud y otras actividades relacionadas con Zufall. Si no deseo participar en cualquier método de comunicación, es mi responsabilidad notificar al personal de Zufall.

### DAR INFORMACION A OTROS PROVEEDORES DE SERVICIO

Yo doy permiso al Centro de Salud Zufall para que proporcione la información necesaria acerca de mi enfermedad y/o tratamiento a los hospitales, médicos o a las agencias médicas/instituciones, y a los individuos acreditados que proveen servicios médicos o servicios sociales para mí. También doy permiso a mi médico, los hospitales y otras agencias o individuos para que envíen al Centro de Salud Zufall cualquier porción de mis expedientes o copias de éstos que el centro de salud solicite.

### CONSENTIMIENTO PARA OBTENER RECETAS MÉDICAS ANTERIORES

Yo doy consentimiento al Centro de Salud Zufall para obtener cualquier receta médica que yo haya recibido en el pasado y que han llenado otros proveedores de servicios que no están asociados con el Centro de Salud Zufall. El propósito de esto es la continuidad de cuidado y archivar todos los expedientes en un solo lugar para que funcione como mi hogar médico; lo cual permitirá que mi proveedor de servicios de salud revise mis medicinas y si existen interacciones entre ellas, y tener un expediente completo y preciso que optimice mi cuidado médico.

### VERIFICACION DE LA INFORMACION

Certifico que la información que he dado es correcta y completa. Reconozco que mi firma a continuación implica mi consentimiento para tratamiento médico, compartir mi información con otros médicos, y la obtención de mis recetas médicas como descrito anteriormente. Una fotocopia de este acuerdo será considerada tan efectiva y válida como la original.

Firma del paciente 13 años de edad ó mayor

Fecha

*(Para un menor, este consentimiento aplica solamente para servicios reproductivos, abuso de sustancias. Pacientes menores de edad recibirán asesoramiento sobre la importancia de discutir asuntos relacionados con la salud con sus padres o un adulto en el que confían.)*

\*El paciente es: \_\_\_\_\_ menor de edad \_\_\_\_\_ no puede firmar. La explicación anterior ha sido proporcionada y el consentimiento ha sido dado por el representante legal del paciente, abogado ó familiar cercano disponible responsable por el menor.

Firma del padre/madre/guardián ó representante

Relación con el Paciente

Fecha

*\*(Si el paciente es menor ó no puede firmar por sí mismo)*



**AUTHORIZATION AND INFORMED CONSENT**

**CONSENT FOR TREATMENT**

I understand that by signing this agreement, I indicate my wish to receive health services from Zufall Health Center as determined by the provider(s). I understand that these services may be provided by, or with the assistance of, Medical Doctors, Podiatrists, Dentists, Advance Practice Nurses, Physician Assistants, Licensed Clinical Social Workers, Registered Nurses, Licensed Practical Nurses, and Medical/Dental Assistants. I do hereby consent to such treatment by the clinical staff as may be indicated to be the appropriate standard of care for my illness, injury or condition. This consent is intended as a waiver of liability for such treatment excepting acts of negligence. I understand that if the provider determines that the recommended treatment cannot be provided by Zufall Health, I will receive the appropriate referral. I understand that no guarantees or assurances have been made to me concerning the results of the proposed care. Regarding reproductive health, I understand services are provided on a voluntary basis and that receipt of family planning services is not a prerequisite to receive any other services offered by Zufall. All services will be provided in a confidential manner.

**PATIENT'S RIGHTS AND RESPONSIBILITIES & PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT**

The Patient's Bill of Rights and Responsibilities & the Notice of Privacy Practices was made available to me for review and a copy will be provided upon request. I understand Zufall Health may contact me by phone, email, or text message regarding coordination of my health care or other Zufall-sponsored activities. If I choose to opt-out of any of these methods of communication, it is my responsibility to notify a Zufall staff member.

**RELEASE OF INFORMATION TO OTHER PROVIDERS OF SERVICE**

I give my permission to Zufall Health Center to release necessary information concerning my illness and/or treatment to hospitals, physicians or medical agencies/institution, accrediting bodies or individuals, who provide me with health or social services and insurances or other payment agencies. I also give permission to my physician, hospitals and other agencies or individuals to release to Zufall Health Center any portion of my medical records or copies thereof that the health center requests.

**CONSENT TO RETRIEVE PREVIOUS PRESCRIPTIONS**

I give consent for Zufall Health Center to electronically retrieve any prescriptions that I have had filled by providers other than Zufall Health Center for the purpose of continuity of care and keeping all my medical records in my medical home. This will enable the provider to check for drug-to-drug interactions as well as having a complete and accurate medical record to optimize my medical care.

**CERTIFICATION OF INFORMATION**

I certify the information provided is true and accurate to the best of my knowledge. I acknowledge that my signature below is my consent for medical care, release of information, and retrieval of prescriptions as described above. A copy of this agreement shall be considered as effective and valid as the original.

\_\_\_\_\_  
Signature of patient age 13 and older

\_\_\_\_\_  
Date

*(For minors this consent only applies to reproductive and substance abuse services. Minor patients will be counseled about the importance of discussing health care concerns with a parent or other trusted adult.)*

\*The patient is: \_\_\_\_\_ a minor \_\_\_\_\_ unable to sign. The above explanations have been made to, and consent has been given by, the patient's legal guardian, power of attorney, or closest available relative who is currently responsible for minor.

\_\_\_\_\_  
Signature of parent/guardian or representative

\_\_\_\_\_  
Relationship to patient

\_\_\_\_\_  
Date

*\*(If patient is minor or unable to sign)*



COMMUNITY HEALTH CENTERS

### Consent to Share Medical Information

Zufall Health Center at times may need to contact you about test results, appointments, referrals or billing/insurance information. By filling out the information below, we will be better able to serve you. In an effort to protect your privacy and follow federal guidelines, we have developed a policy on leaving medical care messages. Unless we have written permission to do so:

1. We will not leave messages with anyone except the patient or legal guardian.
2. We will not leave detailed messages on voice mail or answering machines.

Please read below and carefully consider whom, if anyone, you want to have access to your medical information.

I, \_\_\_\_\_ give my permission for **Zufall Health Center** to leave phone messages regarding my medical care information. I fully understand that this consent will remain valid until revoked in writing by me.

Patient name: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_

May we leave a phone message to inform you that test results are available and to contact our office for those results?

Home Number: _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Work Number: _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Cell Number: _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

With whom may we share your test results on your behalf?

Name: \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

With whom may we share your other medical information (including diagnoses, treatments and medications) on your behalf?

Name: \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



COMMUNITY HEALTH CENTERS

### Consentimiento

El Centro de Salud Zufall se podría ver en la necesidad de contactarle acerca de resultados de exámenes, citas, referidos o información acerca de cuentas o seguro. Al completar la información abajo indicada podremos servirle mucho mejor. A fin de proteger su privacidad y cumplir con ciertas reglas federales hemos desarrollado una póliza referente a la comunicación de mensajes acerca de su salud. A menos que tengamos permiso escrito de hacerlo lo siguiente ocurrirá:

1. No dejaremos mensajes con ninguna otra persona a menos que sea el paciente o su guardián legal.
2. No dejaremos mensajes detalladas en su mensaje de voz o en su contestadora automática de mensajes.

Por favor lea la información que sigue y cuidadosamente considere quién, así lo desea, quiere usted que tenga acceso a su información médica.

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso al Centro de Salud Zufall a dejar mensajes telefónicos relacionados con información acerca de mi cuidado médico. Tengo pleno conocimiento de que este consentimiento se mantendrá válido hasta el momento de su revocamiento de mi parte, por escrito.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje telefónico para informarle que los resultados de sus exámenes están disponibles y que debe contactarnos en la oficina para obtener los mismos?

Número del hogar: \_\_\_\_\_  Sí  No  
 Número del trabajo: \_\_\_\_\_  Sí  No  
 Número celular: \_\_\_\_\_  Sí  No

¿Con cuál otra persona podemos compartir los resultados de sus exámenes si usted no está disponible?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿Con cuál otra persona podemos compartir su información médica, tratamiento, y medicamento?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



COMMUNITY  
HEALTH  
CENTERS

Le agradecemos proporcionar la siguiente información para poder servirle mejor.  
Toda la información se mantendrá confidencial.

<p><b>Usted se considera? (Marque uno.):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual (ni gay, ni lesbiana)</p> <p><input type="checkbox"/> Lesbiana, gay o homosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> Algo distinto</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p><b>Usted se considera? (Marque uno.):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre transgénero (Mujer a hombre)</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer transgénero (Hombre a mujer)</p> <p><input type="checkbox"/> Algo distinto</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>												
<p><b>Trabajadores Agrícolas (y miembros de su familia)</b></p> <p>1. Durante los dos últimos años en los Estados Unidos: ¿ha trabajado usted, o algún familiar que vive con usted, en agricultura (campo/finca/granja, invernadero) o con animales? Esta pregunta no incluye trabajos de jardinería en hogares privados.</p> <p>2. ¿Ha trabajado usted, o algún miembro de su hogar, ALGUNA VEZ en agricultura y dejó de hacerlo debido a su edad o por discapacidad?</p> <p>3. Durante el año pasado, ¿Tuvo usted que viajar lejos de su hogar y alojarse en un lugar temporal para poder trabajar en agricultura?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	SÍ	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
SÍ	NO												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p><b>Residentes de Vivienda Pública</b></p> <p>1. ¿Está usted recibiendo, o recibió en algún momento en el último año, un cheque del gobierno para ayudarle a pagar su renta?</p> <p>2. ¿Recibe usted asistencia o un bono ("Sección 8") para ayudarle a pagar su renta?</p> <p>3. ¿Vive usted en un edificio subsidiado por el gobierno?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	SÍ	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
SÍ	NO												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p><b>Situación de Vivienda</b></p> <p>1. ¿Vive usted actualmente en un refugio o vivienda transitoria, o vivió bajo esas condiciones durante el año pasado?</p> <p>2. ¿Vive usted con otros, o renta un cuarto en una casa, para compartir gastos, de manera temporal hasta que pueda mudarse a un lugar más permanente o más estable? (Esto no incluye a estudiantes que estén compartiendo vivienda durante el año escolar, o amigos, o familiares que viven juntos porque les gusta compartir el hogar.)</p> <p>3. ¿Está quedándose en la casa de alguien, moviéndose de casa en casa de sus amigos temporalmente porque tuvo que irse de su casa o apartamento?</p> <p>4. ¿Estuvo usted sin un lugar donde quedarse durante el año pasado?</p> <p>5. ¿Recibió usted una nota de desalojo el año pasado o tuvo riesgo de quedarse sin casa en algún momento?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	SÍ	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SÍ	NO												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p><b>Veteranos</b></p> <p>1. ¿Ha servido en las fuerzas militares o armadas estadounidenses, por algún período de tiempo?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

¿Tiene una declaración escrita de voluntad anticipada?  Sí  No  
(Instrucciones médicas escritas por anticipado)

¿Cómo supo de nosotros?

Yo mismo  Amigo  Familia  Agencia de la comunidad  Internet  Hospital  Personal de Zufall  Seguro Médico  
 Evento (Por favor especí car): \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente

Fecha





COMMUNITY HEALTH CENTERS

Thank you for providing the following information in order for us to better serve you.  
All information will be kept confidential.

<p>Do you think of yourself as:</p> <p><input type="checkbox"/> Straight or heterosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Lesbian, Gay, or homosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> Something else</p> <p><input type="checkbox"/> Don't know</p> <p><input type="checkbox"/> Choose not to disclose.</p>	<p>What is your current gender identity? (Check one):</p> <p><input type="checkbox"/> Male</p> <p><input type="checkbox"/> Female</p> <p><input type="checkbox"/> Transgender Male (Female-to-Male)</p> <p><input type="checkbox"/> Transgender Female (Male-to-Female)</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Choose not to disclose</p>												
<p><b>Agricultural workers (and their family members)</b></p> <p>1. Have you or anyone living with you, such as a spouse or relative, worked in agriculture (on a farm, in a greenhouse or with livestock) in the U.S.A. in the past two years? (This does not include landscaping at private homes.)</p> <p>2. Have you or any member of your household EVER worked in agriculture and stopped working in it because of age or disability?</p> <p>3. In the past year have you travelled away from your home and stayed in temporary housing in order to work in agriculture?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	YES	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
YES	NO												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p><b>Residents of Public Housing</b></p> <p>1. Are you receiving, or have you received, a check from the government to help you pay your rent at any time in the past year?</p> <p>2. Do you get assistance or a voucher, (like Section 8) to help you pay your rent?</p> <p>3. Do you live in a subsidized housing building?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	YES	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
YES	NO												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p><b>Housing Status</b></p> <p>1. Do you live in a shelter or transitional housing now or did you within the past year?</p> <p>2. Do you live with others, or rent a room in a house, to share expenses in what you consider a temporary basis until you can afford to move into a more permanent or more stable situation? (This does not include students sharing housing during the school year, or friends or relatives living together because they prefer that living arrangement.)</p> <p>3. Are you staying at someone else's house, or moving among friends temporarily because you had to leave your home or apartment? (Sometimes called couch surfing)</p> <p>4. Were you without a place to stay within the past year?</p> <p>5. Have you received an eviction notice in the past year or were you at any time at risk of homelessness?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	YES	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YES	NO												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p><b>Veterans</b></p> <p>1. Have you served in the U.S. military or armed forces for any period of time?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

Do you have an advance directive?  Yes  No

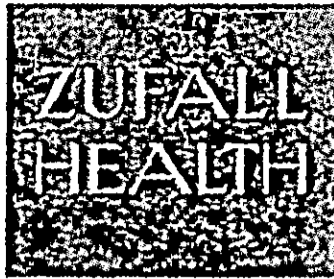
How did you hear about Zufall Health?

- Self  Friend  Family  Other Zufall Patient  Community Agency  Internet  Hospital  Zufall Staff
- Insurance  Event (Please specify): \_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_

Signature of Patient

Date





COMMUNITY HEALTH CENTERS

Dental Health History

Confidential

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

DENTAL HISTORY

Reason for Today's Visit: \_\_\_\_\_ Date of Last Dental Care: \_\_\_\_\_

Date of Last Dental X-ray: \_\_\_\_\_

Check [X] if you have or have had problems with any of the following:

- Bad Breath, Grinding Teeth, Sensitivity to heat (food or liquid), Bleeding Gums, Loose Teeth or broken filling, Sensitivity to sweets, Clicking or popping jaw, Periodontal Treatments, Sensitivity when biting, Sores or growths in mouth, Food collection between teeth, Sensitivity to cold (food or liquid)

How often do you floss? \_\_\_\_\_ How often do you brush? \_\_\_\_\_

MEDICAL HISTORY

Physician's Name: \_\_\_\_\_ Date of Last Visit: \_\_\_\_\_

Have you had any serious illnesses or operations? [ ] No [ ] Yes If yes, describe: \_\_\_\_\_

Have you ever had a blood transfusion? [ ] No [ ] Yes If yes, give approximate dates: \_\_\_\_\_

Have you ever taken any group of drugs collectively referred to as "fen-phen"? These include combinations of Ionimin, Adipex, Fastin (brand name phentermine), Pondimin (fenfluramine) and Redux (dexfenfluramine): [ ] No [ ] Yes

(Women) Are you pregnant? [ ] No [ ] Yes Nursing? [ ] No [ ] Yes Taking birth control pills? [ ] No [ ] Yes

Check [X] if you have or have had problems with any of the following:

- Alcoholism, Cortisone Treatment, Hemophilia, Rheumatic Fever, Anemia, Cough, Persistent, Hepatitis, Scarlet Fever, Arthritis, Rheumatism, Cough up blood, High Blood Pressure, Shortness of Breath, Artificial Heart Valves, Depression/Anxiety, HIV/AIDS, Skin Rash, Artificial Joints, Diabetes, Jaw Pain, Stroke, Asthma, Epilepsy, Kidney Disease, Swelling of Feet or Ankle, Back Problems, Fainting, Liver Disease, Thyroid Problem, Blood Disease, Frequent Infections, Mental Problems, Tobacco Habit (smoking or chew), Cancer, Glaucoma, Mitral Valve Prolapse, Tonsillitis, Chemical dependency, Headaches, Pacemaker, Tuberculosis, Chemotherapy, Heart Murmur, Radiation Treatment, Ulcer, Circulatory Problems, Heart Problems, Respiratory Disease, Venereal Disease

MEDICATION

List Medications you are currently taking: \_\_\_\_\_

- Aspirin, Barbiturates (Sleep pills), Penicillin, Sulfa, Codeine, Latex: \_\_\_\_\_, Local Anesthetic, Other: \_\_\_\_\_

Pharmacy Name: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_

ALLERGIES

To the best of my knowledge, the above information is complete and correct. I understand that it is my responsibility to inform my doctor if my child and/or I ever have a change in health.

Signature of Patient, Parent, Guardian or Personal Representative

Date

Please print name of Patient, Parent, Guardian, or Personal Representative

Relationship to Patient

## INFORMED CONSENT – GENERAL DENTISTRY

1. **Request and Authorization.** I hereby request and authorize Zufall Health Center and/or such other persons as he/she may appoint, to perform or assist in the performance of dental treatment for one or more of the following conditions: *Dental Decay, Gingivitis, Periodontitis, (Gums Problems), Dental or Gingival Abscess, Mouth Sores or Lesions, Malocclusion, Irreversible or Acute Pulpitis, (Disease of the Nerve of the Tooth), Trauma. Any other oral conditions and diseases.*
2. **Changes in Treatment Plan.** During the course of the treatment, procedures may need to be added, expanded or changed because conditions are found that were not identified during examination and first were observed during the course of treatment. The most common include the need for root canal therapy and more extensive restorative procedures, like crowns, bridges or implants. Permission is hereby given to perform any additional or expanded dental services that the Dentist determines are necessary. Further, at the Dentist's discretion, I may be referred to a specialist for further treatment, the cost of which is my responsibility.
3. **The Procedure(s).** The procedure(s) necessary to treat the condition(s) will be explained to me, and will be listed on the treatment plan. Alternative treatment plans will also be explained to my satisfaction, and I am encouraged to ask questions until I fully understand the treatment proposed.
4. **Risks and benefits.** The risks and benefits of the preferred treatment plan and alternative treatment plan will be explained to me. In addition, the doctor will explain the risks of not having any dental procedures performed.
5. **Drugs, Medications and Anesthesia.** Drugs, medications or anesthesia can cause allergic and other reactions. Examples include, but are not limited to, swelling, redness, itching, vomiting, diarrhea, numbness or tingling of the lip, gum or tongue (which in rare cases may be permanent) and also in rare cases, anaphylactic shock. Since they also may cause drowsiness and impair coordination or awareness, a motor vehicle or hazardous device should not be operated before full recovery is achieved. I have informed the dentist of all drugs and medications I am taking or have taken within the last 30 days as well as those that have been prescribed within the last 6 months but not taken, and all allergies and sensitivities of which I am aware. I have been informed and understand that failure to take drugs or medications as prescribed by Dentist may result in continued or aggravated infection and pain and potential resistance to effective treatment. In addition, antibiotics can reduce the effectiveness of birth control pills.
6. **Fillings.** The most common conditions encountered with fillings are pain, sensitivity to temperature or pressure, fractures of teeth or roots, nerve damage, damage to other teeth, occlusal (bite) discrepancies, temporomandibular joint problems and occasional allergic reactions to filling materials.
7. **Crowns, Onlays/Inlays, Bridges, Veneers and Bonding.** Sometimes it is difficult or impossible to exactly match the color of artificial teeth or restorative materials with natural teeth. Although assistance will be provided by the Dentist, it is my responsibility to make changes, if any, (including, for example, shape, size, fit and color) before permanent cementation. After a temporary crown has been placed, it is essential to have the new crown cemented as soon as it is ready because the temporary crown is not intended to function as a permanent restoration. Failing to replace the temporary crown could lead to decay, gum disease, infections, problems with the bite and even loss of the tooth. Further, if there is a prolonged delay in placing the permanent crown, it may no longer properly fit.

I am responsible for understanding my treatment and will ask questions and discuss treatment alternatives, risks, outcomes and costs with the Dentist before making a decision. I understand that dentistry is not an exact science and that there are no guaranteed results. Unless otherwise provided by law, I understand that I am responsible for payment of all fees not paid in full by any insurance or applicable coverage.

\_\_\_\_\_  
Patient's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Witness (staff member)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent or Legal Guardian (if under 18)

\_\_\_\_\_  
Date

CONSENTIMIENTO INFORMADO – ODONTOLOGIA GENERAL

1. Solicitud y autorización. Por medio de la presente solicito y autorizo a los Doctores: Wakim/Lee/Stein/DiMarco/Argenziano/Ciora/Robinson y a aquellas otras personas que ellos/ellas puedan designar para realizar o asistir en la realización de tratamientos dentales para una o más de las siguientes condiciones: caries, gingivitis (inflamación de las encías), periodontitis (problemas de encías), abscesos dentales o gingivales, úlceras o lesiones bucales, mal oclusión, pulpitis aguda o irreversible (enfermedad del nervio del diente), trauma y cualquier otra condición y/o enfermedad oral.
2. Cambios en el plan de tratamiento. Durante el curso del tratamiento, puede ser necesario agregar, expandir, o cambiar procedimientos, dado que se pueden encontrar condiciones que no fueron identificadas durante el examen o son encontradas por primera vez durante el curso del tratamiento. Los más comunes incluyen: la necesidad de tratamiento de conducto y procedimientos restaurativos más extensos como coronas, puentes o implantes. Por medio de la presente se da permiso para realizar cualquier servicio dental adicional o expandido que el odontólogo determine necesario. Además, según criterio del odontólogo puedo ser referido a un especialista para tratamiento adicional, cuyo costo es mi responsabilidad.
3. El (los) procedimiento (s). El (los) procedimientos necesarios para tratar la (s) enfermedad (es) me han sido explicados, y están listados en el plan de tratamiento. Tratamientos alternativos también me han sido explicados para mi satisfacción.
4. Riesgos y Beneficios. Los riesgos y beneficios del tratamiento preferido y del tratamiento alternativo me han sido satisfactoriamente explicados. En adición, el doctor me ha explicado los riesgos de no realizarme ningún procedimiento dental.
5. Drogas, Medicamentos y Anestesia. Las Drogas, los medicamentos o la anestesia pueden causar alergias y otras reacciones. Ejemplos incluyen pero no están limitados a: hinchazón, enrojecimiento, picazón, vómito, diarrea, adormecimiento y hormigueo del labio, la encía, o la lengua (lo cual en raros casos puede ser permanente) y también en raros casos shock anafiláctico. Dado que también pueden causar somnolencia y alterar la coordinación y el estado de conciencia, los vehículos automotores o dispositivos peligrosos no deben ser operados antes de que se alcance la recuperación completa. He informado al odontólogo acerca de todas las medicaciones que estoy tomando, o he tomado durante los últimos 30 días, así como también aquellas que me han prescrito (pero no tomado) durante los últimos 6 meses, y todas las alergias y sensibilidades de las que soy consciente. He sido informado y entiendo que la falta de tomar drogas o medicamentos tal como son prescritos por mi odontólogo puede resultar en infección y dolor persistente o agravado, y potencial resistencia al tratamiento efectivo. En adición, los antibióticos pueden reducir la efectividad de las píldoras anticonceptivas.
6. Rellenos. Las condiciones más comunes encontradas con los rellenos son: dolor, sensibilidad a la temperatura o la presión, fracturas de los dientes o las raíces, lesión del nervio, lesión a otros dientes, alteración de la oclusión (mordida), problemas de la articulación temporomandibular, y alergias ocasionales a los materiales de relleno.
7. Coronas, incrustaciones, puentes, carillas estéticas en porcelana y resinas. Algunas veces es difícil o imposible hacer coincidir exactamente el color de los dientes artificiales o material restaurativo con el color del diente natural. Aunque asistencia será proporcionada por el odontólogo, es mi responsabilidad hacer algún cambio (incluyendo por ejemplo, forma, tamaño, adaptación y color) antes de la cementación permanente. Después de que se ha puesto una corona temporal, es esencial que esta sea cementada tan pronto como este lista, porque la corona temporal no está destinada a funcionar como una restauración permanente, la falla en reemplazar la corona temporal puede llevar a la
8. formación de caries, enfermedad de las encías, infecciones, problemas de oclusión (mordida) e incluso la pérdida del diente. Más aun, si hay una demora prolongada en la puesta del la corona permanente, puede que esta no se adapte ya en forma adecuada.

Soy responsable de la comprensión de mi tratamiento y voy a hacer preguntas y discutir las alternativas de tratamiento, riesgos, resultados y costos con el dentista antes de tomar una decisión. Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que no hay resultados garantizados. A menos que sea de otra forma dictado por la ley, entiendo que soy responsable por el pago de todos los cargos no pagados por completo por cualquier seguro o cobertura aplicable. Teniendo tiempo suficiente para reflexionar acerca de las alternativas, doy mi consentimiento para el tratamiento, sujeto a los cambios en el plan de tratamiento como se describió con detalle anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (miembro del personal)

Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre o guardián legal (si menor de 18)

Fecha