



Formulario de registro

DENTAL USE ONLY:
80% 60% 40%

Nuevo paciente Paciente Reingresante

Nombre: _____, _____
(Apellido) (Primer Nombre)

Inicial de su Segundo Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino Transgénero: Masculino a Femenino Transgénero: Femenino a Masculino
 Género no Conforme Otro: _____ Prefiero no responder

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

¿Estuvo sin hogar o tuvo un hogar inestable en los últimos 12 meses? Si No

Lenguaje(s): _____ ¿Necesita Interprete? Si No

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

RAZA

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Africano/a | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / | <input type="checkbox"/> Indio/a Americano/a o | <input type="checkbox"/> Multirracial |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano/a o Negro | Islas del Pacífico | Nativo/a de Alaska | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Asiático/a | <input type="checkbox"/> Blanco/a | <input type="checkbox"/> Árabe/Medio Oriente | |
| | <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a | | |

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Num. Telefónico (Principal): _____ Cel Hogar Otro: _____

Num. Telefónico (Secundario): _____ Cel Hogar Otro: _____

Correo Electronico: _____

Es posible que necesitemos comunicarnos con usted. Por favor indique su modo preferido de recibir mensajes:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Correo de voz | <input type="checkbox"/> Solo contactar a UNA PERSONA ESPECÍFICA:
(Indique el nombre de la persona)
_____ |
| <input type="checkbox"/> Mensajes de texto | |
| <input type="checkbox"/> Marque aquí para no recibir mensajes. | |

Contacto de EMERGENCIA:

Nombre: _____

Num.Telefonico: _____

HISTORIAL DENTAL

¿Esta actualmente conectado a una Clínica Dental? Si No

Nombre de la Clínica: _____

Nombre del Doctor/ Proveedor de Salud: _____

Dirección: _____

Num. Telefónico: _____ Fax: _____

Si usted ha recibido cuidado de alguna otra Clinica Dental en los ultimos 12 meses, porfavor llene lo siguiente respectivamente:

Nombre de la Clínica: _____

Nombre del Doctor/Proveedor de Salud: _____

Dirección: _____

Num. Telefónico: _____ Fax: _____ Actual Previo

¿Tiene registros dentales de alguna clinica previa que le gustaría compartir con nosotros?

No Si - Por favor solicite un formulario de autorizacion para el acceso de informacion a la recepcion.

En una escala del 1-10 cuanta ansiedad siente al recibir tratamiento dental, 1 siendo nada de ansiedad y 10 siendo extrema ansiedad?

A pasado por alguna mala experiencia en el dentista? En caso afirmativo, por favor explique.

Tiene informacion adicional que le gustaria compartir con nosotros para poder asegurar el mejor tratamiento?

INFORMACION DE SEGURO DENTAL

¿Usted Tiene Seguro Dental? (Incluye Medicare/Apple health/Medicaid) Si No

Seguro Dental: _____

ESTATUS/ INGRESOS

País de nacimiento: _____ Años en los EE.UU: _____ ¿Es Veterano? Si No
 ¿Alguna vez se a enlistado al Ejercito de los EE. UU? Si No ¿Eres visitante? Si No
 En caso afirmativo ¿Cual fue la fecha de su llegada? _____ Fecha de salida: _____
 Razón de su visita (Refugio, Asilo, Familia, Tipo de visa: trabajo, estudio, etc.): _____
 (Si está solicitando asilo, entregue una copia de la solicitud de asilo a la recepción.)

Sus ingresos anuales y el tamaño de su familia determinaran su elegibilidad al programa dental de Lahai Health. Sus respuestas se mantendrán en nuestros archivos y en estricta confidencialidad.

Por favor elija dos formas de verificacion de ingresos:

- Talones de cheque de los 3 meses mas recientes
- Carta de apoyo
- Carta de verificacion de ingresos
- Explicacion de su estado financiero

No se le olvide verificar sus ingresos anualmente. Por favor traiga una copia a su cita.

¿Esta empleado/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ingreso Mensual:
¿Alguien más en su hogar tiene algún tipo de ingreso que lo respalde? (cónyuge, pareja, padre, etc.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ingreso mensual de persona(s) adicional(es):
¿A cuantas personas apoyas con la cantidad total de ingresos? _____	

¿Hay algun tipo de ingreso adicional en su hogar? *En caso afirmativo, llene lo siguiente:*

Otros Ingresos	
Seguro Social:	\$ _____
Estampillas de comida:	\$ _____
Asistencia publica:	\$ _____
Jubilación:	\$ _____
Manutención de niños / Cónyuges:	\$ _____
Otra:	\$ _____
TOTAL:	\$ _____

Yo afirmo y juro que la información que provei es verdadera y correcta según mi leal conocimiento. Entiendo que el falsificamiento y/o la exclusion de cualquier informacion puede descalificarme de la consideracion y/o admision al programa Dental de Lahai Health. Acepto que devo informar a Lahai Health de cualquier cambio significativo en mis ingresos y acepto a cumplir con las reglas y regulaciones de la organizacion si soy admitido/a a el programa Dental de Lahai Health a traves de esta solicitud. Por lo presente, e leído la informacion provista y la entendi.

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

CONTRATO DE PRIVACIDAD

Este aviso describe las formas en que Lahai Health pudiera utilizar y compartir su información médica y personal. Cualquier información personal que incluya su nombre, dirección, fecha de nacimiento, números de identificación y telefónicos, e información de salud física y mental (pasado, presente, y futuro) es considerada información demográfica, privada, y protegida.

En Lahai Health, la información privada de nuestros pacientes se puede utilizar y compartir de varias maneras para asegurar el mejor cuidado de salud de nuestros pacientes. Por ejemplo, Si uno de nuestros médicos recomienda que uno de nuestros pacientes visite a un especialista, es posible que tengamos que revelar el nombre del paciente y la razón de la visita a la nueva clínica. También, puede que tengamos que confirmar la información personal de nuestros pacientes al ordenar recetas médicas a las farmacias o al mandar muestras de nuestros pacientes a los laboratorios. En estos casos y en casos similares es necesario compartir este tipo de información demográfica.

Sin embargo, hay situaciones en las cuales pueda ser necesario revelar su información privada sin su autorización. Estas situaciones incluyen pero no están limitadas a emergencias, reportes necesarios a instituciones de salud pública, y si se requiere, a las autoridades legales. No obstante, Usted tiene derechos respecto a nuestro uso de su información privada. Tiene el derecho a limitar la divulgación de su información al redactar un acuerdo, tiene el derecho a saber si hemos compartido su información con propósitos que no tengan que ver con su cuidado de salud, y tiene el derecho de revisar sus archivos médicos y hacer las modificaciones o correcciones necesarias. Esta notificación se mantendrá en nuestros archivos y usted tiene el derecho de presentar cualquier queja respecto a la divulgación de su información al director de la clínica Lahai Health en cualquier momento.

He leído y entiendo el contrato de privacidad, y que puedo obtener una copia personal de la información si la solicito. Este contrato se mantendrá en efecto hasta que sea revocado por escrito por el signatario.

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

POLIZA DE ASISTENCIA

Es importante que nuestros pacientes mantengan sus citas. Cuando un paciente no se presenta a su cita, cancela al último momento, o llega tarde, perdemos la oportunidad de ofrecerle ayuda a otros pacientes en busca de cuidado dental económico, accesible, y de alta calidad. Por esta razón, **si necesita cancelar o reprogramar su cita, por favor llámenos CON UN MÍNIMO DE 2 DÍAS DE ANTICIPACIÓN al 206-899-4768 (Línea en Español).** Si su llamada no es contestada, Por favor deje un mensaje detallado, y si su cita cae en Lunes, por favor llame el Jueves anterior.

TARDANZA: Si usted llega a su cita más de 10 minutos tarde, es posible que tengamos que reprogramar su cita por falta de tiempo.

CITAS PERDIDAS: Si usted pierde **MÁS DE 2 CITAS** sin previa notificación dentro de un año, no podrá hacer citas por 6 meses. Ya que acabe este periodo, recibirá una carta de notificación para poder programar sus citas.

He leído y entiendo la póliza de asistencia y estoy de acuerdo a seguir los términos de la póliza.

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE CUIDADO Y ATENCION DENTAL

Estoy de acuerdo a compartir mi información médica y dental con Lahai Health y otras instituciones medicas necesarias a traves de Lahai Health para poder recibir la mejor atencion dental posible. Por lo presente, estoy de acuerdo a recibir el cuidado y atención dental de Lahai Health.

Yo afirmo y juro que la información que provei en este formulario de registro es verdadera y correcta según mi leal conocimiento, e informaré a Lahai Health de cualquier cambio en mis ingresos, estado de seguro dental y medico, salud, medicamentos, e información de contacto.

Esta autorizacion se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por escrito por el signatario.

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

ACUERDO FINANCIERO

CADA CUENTA DEBE PAGARSE EL DIA DE LA CITA. Si algun procedimiento require multiples citas, se require el pago completo de cada cita. Aceptamos tarjeta de debito, crédito, y dinero en efectivo exacto. Todos los servicios dentales de emergencia o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos deben pagarse al momento del servicio.

Si alguien mas sera responsable de sus gastos, por favor llene lo siguiente.

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSIBLE (QUE NO SEA EL PACIENTE)

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Condado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Núm. Telefonico (Hogar): _____ Núm. Telefonico (celular): _____

He leído, entiendo, y acepto el acuerdo financiero.

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

HISTORIAL SOCIAL

¿Dónde vive ahora? Casa Departamento Vehículo Sin hogar/vivienda inestable

Otro: _____ Prefiero no contestar

¿Se siente seguro en su relación actual? No Si

Orientación sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual Prefiero no contestar

Uso de Cafeína (Café/Té/Soda): Nunca Raramente Moderado Diario Previamente, pero renuncié

Uso de Alcohol: Nunca Raramente Moderado Diario Previamente, pero renuncié

Uso de Tabaco: Nunca Raramente Moderado Diario Previamente, pero renuncié

Uso de Marijuana: Nunca Raramente Moderado Diario Previamente, pero renuncié

Uso de Drogas Recreativas: Nunca Raramente Moderado Diario Previamente, pero renuncié

Ejercicio: Nunca Raramente Moderado Diario, Types of Exercise: _____

***CUANDO LAS PAGINAS 1-6 ESTEN COMPLETAS, POR FAVOR ENTREGUE A LA RECEPCION UNA FORMA DE IDENTIFICACIÓN (SOLO PARA EXCEPCION DE SEGURO DENTAL), TARJETAS DE SEGURO Y DOCUMENTACIÓN FINANCIERA QUE HAYA TRAÍDO. ***

RECEPTION USE ONLY:

Clinic Site: _____

Copy of Identification (ID) provided (*indicate type*): _____

Financial Documents provided (*indicate type*): _____

Copy of Insurance Cards provided (*only for patients with any insurance*)

Explanation of Financial Standing form completed (*if applicable*)

ROI for dental/medical records completed (*if needed*)

Signed medical interpreter form (if applicable indicate type): _____

Signed Text Messaging (SMS) consent (if applicable)

Specify what percentage patient falls under the Federal Poverty Level (*Refer to the FPL chart*): _____%

FOR DENTAL USE ONLY: Circle what percentage discount the patient is approved for: 80% 60% 40%

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
---------------	----------------------------

HISTORIAL MEDICO

A pesar de que su tratamiento sera dental y no medico general, la boca juega un inportante papel en la salud general de nuestro cuerpo. Nuestra salud oral puede ser afectada por diferentes condiciones medicas y medicamentos que estemos tomando; tambien podria tener una importante interrelación con el tratamiento odontológico que reciba.

PREGUNTAS GENERALES

¿Está bajo cuidado médico actualmente? SI NO

En caso afirmativo, cual es el nombre de tu proveedor medico: _____

¿Cómo considera su salud?

Excelente Buena Favorable Pobre

¿Tienes alguna de las siguientes condiciones?

Tuberculosis Activa	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tos que ha persistido por más de 3 semanas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tos que produce sangre	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Alguna vez ha...

Estado expuesto a alguien con Tuberculosis?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Estado hospitalizado u operado de gravedad?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tenido una herida seria en la cabeza o cuello?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tenido un transplante de algun organo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tenido un reemplazo de coyuntura?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tenido historial de Endocarditis infecciosa?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tenido desordenes alimenticios?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tomado Phen-Fen o Redux?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tomado Bisfosfonatos orales: ej. Fosamax, Boniva, Actonel	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tomado Intravenosa Bisfosfonatos ej. Bonefos, Aredia, Reclast, Zometal	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

(Mujeres) Estas...

Tomando anticonceptivos orales
 Embarazada /Intentando
 Amamantando
 Ninguno

SINTOMAS Y CONDICIONES

Indique si esta experimentando alguno de los siguientes síntomas o condiciones.

Condiciones Cardiovasculares

Cardiopatía congénita	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Angina (dolor en el pecho)	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Inflamación de tobillos	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Prolapso de Válvula mitral	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Ataque del corazón	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Palpitaciones	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Soplo del Corazón	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enfermedad coronaria del corazón	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Arritmia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Fallo del Corazón	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Enfermedad reumatoide del corazón	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Desfibrilador implantado	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
Endocarditis infecciosa	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Marcapasos	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
Válvula artificial de Corazón	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Arteriosclerosis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		

Condiciones Respiratorias / Pulmonares

Asma	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Neumonía	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Roncar	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Bronquitis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Sinusitis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Apnea del sueño	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Efisema/COPD	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Tos Persistente	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Sarcoidosis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Tuberculosis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Duerme sobre muchas almohadas	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Dificultad al respirar	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Diabetes o Desorden Endocrino

Diabetes	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Desorden glándula suprarrenal	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
----------	---	-----------------------	---	-------------------------------	---

Condiciones del Riñón o Urogenital

Piedras en el Riñón	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Falla renal/Insuficiencia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Diálisis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Orina Frecuente	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>				

Cáncer o Tumores

Maligno	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Benigno	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Ninguno	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
---------	---	---------	---	---------	---

Condiciones Neurológicas/ Nerviosas

Derrame cerebral	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Depresión	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Convulsiones/epilepsia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Ataque isquémico transitorio	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Ansiedad	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Neuropatías	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Mareo o Desmayos	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Estres post-traumático-TEPT	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Esclerosis Múltiple	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Adormecimiento	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Desorden de salud Mental	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enfermedad Parkinson's	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Debilidad	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Tras. Obsesivo/compulsivo	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Deficit de atnc./ TDAH	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Demencia/Alzheimer's	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		

Condiciones de Sangre/ Hematológicos

Anemia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Trombosis venosa profunda	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Múltiple mieloma	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Desorden de sangre	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enfermedad celula falciforme/trait	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Leucemia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Te salen moretones fácil?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Talasemia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Limfoma	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Condiciones Gastrointestinales (GI)

Reflujo ácido(GERD)	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Síndrome del int. irritable	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Hepatitis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Acidez estomacal	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enfermedad de Crohn	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Cirrosis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Úlceras	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Calculos biliares	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Ictericia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Condiciones de su musculoesqueleto/ tejidos conectivos

Artritis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Gota	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Fibromialgia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Osteoporosis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Lupus	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Esclerodema	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Reemplazo de articulación	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Transtorno TMJ	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		

Enfermedades Infecciosas

VIH (Virus de inm. Hum.) S N | EST (Enf. transm. Sex) S N | Herpes oral S N
 Sida S N | SARM (Infecc. Por estafilococo.) S N | Mononucleosis S N

Condiciones de Cabeza / Ojos / Oído / Nariz / Garganta

Problemas con su visión S N | Glaucoma S N | Sordera S N
 Uso de lentes de contacto S N | Catarata S N

Condiciones Dermatologicas: Psoriasis (piel seca) S N

ALERGIAS

¿Tienes alguna de las siguientes alergias?

- Nada
- Penicilina
- Aspirina
- Codeina
- Látex
- Sulfamida
- Anestésicos locales
- Barbiturico, Sedativos, o pastillas para dormir
- Metales: _____
- Otro: _____

En caso afirmativo, cual es su reaccion? _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

Por favor anote todos los medicamentos que este tomando (con receta, sin receta, y suplementos).

Nombre del medicamento	Dosis (mg/ml)	Frecuencia	fecha de comienzo	Recetado por...

Por favor indique el nombre de su farmacia preferida para recoger medicamentos:

Farmacia: _____

Locación: _____

Num. Telefonico: _____

Por favor indique cualquier diagnóstico médico actual:

- 1. _____ Fecha Diagnosticada: _____
- 2. _____ Fecha Diagnosticada: _____
- 3. _____ Fecha Diagnosticada: _____

Enumere las hospitalizaciones, cirugías o visitas a la sala de emergencias que haya tenido.

- 1. _____ Fecha: _____
- 2. _____ Fecha: _____
- 3. _____ Fecha: _____

CUIDADO ESPIRITUAL

¿ Le gustaría que alguien ore con/por usted o conteste preguntas basadas en la fe? Si No

¿Tiene otras preocupaciones/ necesidades? (Vivienda, estampillas de comida, Asistencia financier, transporte)

Si No

Si respondio si a cualquiera de estas preguntas, por favor hable con alguien del equipo dental o la recepcion.

*****¿ Como se entero de Lahai Health?**

En línea Goodwill Iglesia: _____

Voluntario de Lahai Health Familia/Amigos Otro: _____

FIRMA

He respondido correctamente a las preguntas de este formulario segun mi leal conocimiento. Yo entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligrosa para mi (paciente) salud y que es mi responsabilidad informar a Lahai Health de cualquier cambio en mi estatus médico.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

 As a provider I have reviewed page 6, 7, & 8, of this patient’s intake form.

**MEDICAL CLEARANCE REQUIRED? YES ___ NO ___

Provider’s Name (printed)

Provider’s Signature

Date