

**Exalta Health**  
**NEW PATIENT REGISTRATION**

**Welcome!** We are glad you're here. Exalta Health is a faith-based health clinic for those who do not have insurance and do not qualify for Medicaid or Medicare. We are here to provide for your physical, emotional, and spiritual health needs. Exalta Health has a few employed staff members but many of the health care professionals who will be seeing you are volunteering their time. Both staff and volunteers are here because of their love for Jesus and their desire to serve you in His name. We are pleased to care for you no matter what beliefs you hold.

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Date of Birth:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Social Security #:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Female: \_\_\_\_ Male: \_\_\_\_ Race: \_\_\_\_\_ # of Children: \_\_\_\_

(Please circle one) Are you: Single Married Divorced Separated Widowed

Patients' Occupation: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Who do you live with? \_\_\_\_\_ What is the highest grade you completed?: \_\_\_\_\_

**Children/Dependents:**

Name	Gender	Birthdate	Social Security #
------	--------	-----------	-------------------


**WHOM MAY WE CONTACT IN CASE OF AN EMERGENCY?**

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

How did you hear about Exalta Health? \_\_\_\_\_

Where would you have gone for medical care if Exalta Health were not available? (Please circle one)

Emergency Room      Another Clinic      No medical care      Other \_\_\_\_\_

Where did you last get health care? \_\_\_\_\_ How long ago? \_\_\_\_\_

Do you belong to a church family? \_\_\_\_ if yes, which one? \_\_\_\_\_

Would you like someone to pray with you? \_\_\_\_\_

**CONSENT TO TREAT**

- I voluntarily consent to treatment of myself or my child, including physical examinations and tests such as X-Rays, blood tests and medical treatment by the staff of Exalta Health. I understand that there is no guarantee as to the results of treatments, examinations and diagnostic tests.
- In accordance with Michigan Law, a HIV test may be performed upon you or your child without written consent if a health care worker is exposed to the blood or other bodily fluids of you or your child. If the results of a HIV test indicate that you or your child are HIV infected, you will be informed of these results and provided with the appropriate counseling.

*I verify that the above information is true and that any false information may result in termination of services at Exalta Health.*

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Exalta Health**  
**RECORD INICIAL DEL PACIENTE**

**Bienvenido!** Nos da alegría que esten aqui. Exalta Health es una clinica de salud basada en la fe para las personas que no tienen seguro medico o que no califica para Medicaid o Medicare. Estamos aqui para proveer sus necesidades fisicas, emocionales y espiritual. Exalta Health tiene pocos miembros que son empleados, pero muchos de los profesionales de salud donan su tiempo. Tanto los empleados y los voluntarios estan aqui debido a el amor por Jesus y su deseo de servirle a usted en su nombre. Nos da gusto de darle un cuidado de salud, sin importar cuales son sus creencias.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **Numero de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

Hembra: \_\_\_ Varon: \_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ cuantos hijos: \_\_\_\_\_

Eres: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Ocupación del Paciente: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Con quien vive? \_\_\_\_\_ Que grado de escuela completo? \_\_\_

**Hijos/Dependientes:**

Nombre	Genero	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
--------	--------	---------------------	-------------------------


**A QUIEN PODEMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA?**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Como escucho acerca de Exalta Health? \_\_\_\_\_

A donde había ido usted para su cuidado medico, si esta clínica no estaría disponible?

Sala de emergencia    Otra clínica    No recibiría atención medica    Otro

A que clínica pertenecía antes? \_\_\_\_\_ Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Pertenece a una Iglesia? \_\_\_\_\_ Si contesta Si aCuál? \_\_\_\_\_

Quiere que alguien ore con usted? \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO A TRATAMIENTO**

- Yo voluntariamente doy consentimiento al tratamiento a mi persona o a mi hijo(a), incluyendo exámenes físicos y tales pruebas como radiografías, examen de sangre y tratamiento médico al personal de Exalta Health. Yo entiendo que no hay garantía en cuanto a los resultados de los tratamientos, exámenes o pruebas diagnósticas.
- De acuerdo con el ley del Estado de Michigan, usted o su hijo(a) puede recibir una prueba de VIH sin permiso escrito, si un trabajador de cuidado de salud está expuesta a la sangre u otro fluido corporal de usted o su hijo(a). Si los resultados de una prueba de VIH indica que usted o su hijo(a) están infectados con el VIH, será informado de los resultados y la consejería apropiada será provista.

Yo verifico que la información es verdadera y cualquier información falsa puede resultar en la terminación de servicios de Exalta Health.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha