



**SANAR**  
MEDICAL CLINIC

42104 Highway 195  
Haleyville, Alabama 35565  
205.485.7387 Office  
205.485.7393 Nurse

## NEW PATIENT WELCOME LETTER

Dear New Patient:

The providers and the entire staff of the Sanar Medical Clinic want to warmly welcome you to our practice. Our desire is to provide comprehensive medical care for you and your family while not compromising on our commitment to individual attention, personal integrity, and professional excellence.

Here we pride ourselves on our patient-centric approach, providing your family's well-being through every stage of life. From infants to the elderly, we provide a wide range of primary care, catering for the majority of patients within the practice. Where further specialist expertise is required, we manage all referrals, providing you with one convenient central point for all of your medical needs and ensuring continuity of care.

We treat a broad spectrum of illnesses from acute minor problems to complicated chronically ill patients. We emphasize preventive care and encourage complete physicals as well as, child and well women exams.

Our goal is to develop a treatment plan that incorporates medical management and ongoing preventive care. **Our Team** will learn about you and communicate effectively and efficiently with you. We will also provide support by helping you set goals for your health and a plan to assist you in reaching your goals.

We look forward to being your **Provider of Choice** and will do our best to make each visit as pleasant, efficient, and complete as possible.

**THANK YOU FOR GIVING US THE OPPORTUNITY TO SERVE YOU AND YOUR FAMILY.**

Sincerely,  
Rahe McCandless, CRNP



**SANAR**  
MEDICAL CLINIC

42104 Highway 195  
Haleyville, Alabama 35565  
205.485.7387 Office  
205.485.7393 Nurse

## CARTA DE BIENVENIDA PARA PACIENTES NUEVOS

Estimado paciente nuevo:

Los proveedores y todo el personal de la Clinica Medica Sanar queremos darles a todos ustedes la bienvenida a nuestra practica. Nuestro deseo es brindar atencion medica integral para usted y su familia, sin comprometer nuestro compromiso con la atencion individual, la intergridad personal y la excelencia profesional.

Aqui nos enorgullecemos de nuestro enfoque centrado en la paciencia, proporcionando el bienestar de su familia a traves de cada etapa de la vida. Desde bebes hasta personas mayores, ofrecemos una amplia gama de atencion primaria, atendiendo a la mayoría de los pacientes dentro de la practica. Cuando se requiere mas experiencia especializada, gestionamos o manejamos todas las referencias, proporcionandole un punto central conveniente para todas sus necesidades medicas y garantizando la continuidad de la atencion.

Tratamos un amplio espectro de enfermedades, desde problemas menores agudos hasta pacientes con enfermedades cronicas complicadas. Enfatizamos la atencion preventiva y alentamos los exámenes físicos completos, así como los exámenes de niños y chequeos regulares para las mujeres.

Nuestro objetivo es desarrollar un plan de tratamiento que incorpore el manejo medico de su salud y la atencion preventiva de continuo. **Nuestro equipo** aprendera sobre usted y se comunicara de manera efectiva y eficiente con usted. Tambien le brindaremos apoyo ayudandole a establecer metas para su salud y un plan para ayudarle a alcanzar sus metas.

Esperamos ser su **Proveedor de Eleccion** y haremos todo lo posible para que cada visita sea lo mas placentera, efectiva y complete posible.

**GRACIAS POR DARNOS LA OPORTUNIDAD DE SERVIRLE A USTED Y SU FAMILIA.**

Sincerely,  
Rahe McCandless, CRNP



## Sanar Medical Clinic

Rahe McCandless, CRNP

Phone: 205-485-7387

Fax: 205-486-3588

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

DOB/ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Gender/Sexo: Male/Hombre or/o Female/ Mujer

SSN#/Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Preferred Name/Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Email Address/ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Home Phone/Número de casa: \_\_\_\_\_

Cell Phone/Número de celular: \_\_\_\_\_

Work number/Número de trabajo: \_\_\_\_\_

How do you prefer to be contacted? (Please circle)/Como le gustaría que lo contácte? (Favor de escoger uno):

Email/Correo electrónico or Call/llamada

Address/Dirección : \_\_\_\_\_

City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_

Zip/Código Postal: \_\_\_\_\_ Preferred language/Lenguaje preferido: \_\_\_\_\_

Pharmacy/Farmacia: \_\_\_\_\_

How did you hear about us?/Cómo escucho sobre nosotros? \_\_\_\_\_

Ethnicity (please circle)/Etnicidad(Favor de escoger uno):      Estado Civil (Favor de escoger uno):  
Non- Hispanic/No-Hispano      Hispanic/Hispano      Single/Soltero      Married/Casado  
Divorced/Divorciado      Widow/Viudo

Race(please circle)/Nationalidad(Favor de escoger uno): Caucasian/Americano      African American/ Afroamericano  
Other/Otro: \_\_\_\_\_

Emergency contact name/Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Phone number/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relationship/Relación: \_\_\_\_\_

**Guarantor Information (if under 18)/Information del Guardian (si menor de 18 años)**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Phone number/Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

DOB/ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relation /Relación: \_\_\_\_\_

**Insurance Information/ Información de Aseguración**

Insurance Carrier/Nombre de Aseguración: \_\_\_\_\_

Policy #/Número de póliza: \_\_\_\_\_

Group #/Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Insurance Carrier/Nombre de Aseguración: \_\_\_\_\_

Policy #/Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Group#/ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

**Advance Directive (living will)/Directiva Anticipada (Testimonio de vida)**

\_\_\_\_ I have executed an Advance Directive/He ejecutado una Directiva Anticipada

\_\_\_\_ I have not executed an Advance Directive/No he ejecutado una Directiva Anticipada

Signature/Firma: \_\_\_\_\_

Date/Fecha: \_\_\_\_\_

**Health History/Historial de Salud**

This history form provides us with information to help meet all your healthcare needs. Please answer each question. This is a confidential part of your medical record and will be kept in this office.

Este formulario de historial nos proporciona información necesaria para ayudarnos a satisfacer sus necesidades de atención médica. Por favor conteste cada pregunta. Esta parte de su registro médico y sólo se mantendrá en esta oficina.

**Please list all medications you are currently taking (including nonprescription medication):**

**Favor de poner cada medicamento que tome (incluyendo medicamento sin prescripción):**

<b>Medication Name:</b> <b>Nombre del Medicamento:</b>	<b>Dosage:</b> <b>Cantidad o miligramos:</b>	<b>Frequency:</b> <b>Con cuanta frecuencia:</b>

**Medical History/Historial Médico**

Alergies/Alergias? \_\_\_\_\_

Have you ever been diagnosed with COVID-19/Lo han diagnosticado con COVID-19? \_\_\_\_\_

If so, when?/En caso que si, cuando? \_\_\_\_\_

Past surgeries with dates/Cirugías pasadas con fechas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Past hospitalizations with dates/Hospitalizaciones pasadas y fechas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describe all serious accidents, severe injuries, head injury, fractures or broken bones along with the dates.

Describa cualquier accidente grave que tuvo, lesiones graves, lesiones de cabeza, fracturas o huesos quebrados con las fechas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Last colonoscopy/Última colonoscopia: \_\_\_\_\_

Last mammogram/Último Mamograma: \_\_\_\_\_

Last Pap smear/Último papanicolaou: \_\_\_\_\_

**Women only/Solo para mujeres**

Age period began?/A que edad empezó a menstruar? \_\_\_\_\_

Number of days period lasts?/Cuántos días dura su periodo? \_\_\_\_\_

Days between periods?/Cuántos días son entre cada periodo? \_\_\_\_\_

Last menstrual period?/Fecha de su último periodo? \_\_\_\_\_

Type of birth control?/Tipo de anticonceptivo? \_\_\_\_\_

Number of pregnancies/Número de embarazos \_\_\_\_\_

Number of full-term/pre-term births/ Número de nacimientos a término completo/ prematuros \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Social History/Historial Social**

Smoker (type and amount per day)/Fumador (tipo y cantidad al día) \_\_\_\_\_

Former smoker? Date quit?/Anteriormente fumador? Fecha en que dejó? \_\_\_\_\_

Alcohol (type and amount per day)/Alcohol (tipo y cantidad al día) \_\_\_\_\_

History of family violence?/Historial de violencia familiar? \_\_\_\_\_

Caffeine (type and amount per day)/Cafeína (tipo y cantidad al día) \_\_\_\_\_

Recreational drug used/Droga recreativa usada: \_\_\_\_\_

Date of last use/Fecha del último uso: \_\_\_\_\_

**Family History/Historial Familiar**

Mother/Madre: \_\_\_\_\_

Father/Padre: \_\_\_\_\_

Siblings/Hermanos: \_\_\_\_\_

**Vaccine History (please list the last year you received the vaccine)**

**Historial de Vacunas (favor de escribir el año más reciente en que recibió cada vacuna)**

Flu vaccine/Vacuna contra gripe \_\_\_\_\_

Pneumonia vaccine/Vacuna contra neumonía \_\_\_\_\_

Shingles vaccine/Vacuna contra la culebrilla \_\_\_\_\_

COVID-19 vaccine/Vacuna contra COVID-19 \_\_\_\_\_

Tetanus/Tdap vaccine/Vacuna contra el tetanus/tdap \_\_\_\_\_

Last physical exam/Último examen físico \_\_\_\_\_

Doctor/Última visita de Doctor que tuvo \_\_\_\_\_

**List any specialist doctors that you see and their specialty (Example: John Smith – Cardiologist)**

**Lista de cualquier doctor especialista al que visita y su especialidad (Ejemplo: John Smith – Cardiólogo)**

- 
- 
- 
- 

To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my health. It is my responsibility to inform the doctors office of any changes in my medical status. I authorize the healthcare staff to preform the necessary health care services I may need.

Hasta donde yo sé, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina del doctor de cualquier cambio de estado médico. Autorizo al personal de atención médica a realizar los servicios de atención médica necesarios que puedan necesitar.

**Signature/Firma:** \_\_\_\_\_

**Date/Fecha:** \_\_\_\_\_

**Divulgacion/Solicitud de Informacion**

**Release/Request of Information**

I, \_\_\_\_\_, Date of birth \_\_\_\_\_,

(Patient name/ Nombre del Paciente)

(Fecha de Nacimiento)

hereby authorize information contained in his/her medical records to:

Sanar Medical Clinic

42104 Hwy 195

Haleyville, AL 35565

Phone: 205-485-7387 Fax: 205-486-3588

**Consent for release of information includes the following:**

Entire Chart

Progress Notes

Lab, X-rays, and other diagnostic tests

Mental health records

Results of HIV testing

Other (specify)

**The following information may not be released:**

Mental health records

Results of HIV testing

Other (Specify)

This authorization is valid for a period of 1 year from the date below.

**Patient (or legal alternate) signature:** \_\_\_\_\_

**Relationship to patient:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Please list all previous Doctors/Clinics:**

**Favor de enumerar todos los Doctores/Clinicas anteriores:**

This form authorizes Sanar Medical Clinic and its designated representatives to use and disclose your Protected Health Information (PHI) to your spouse or other individual described below, for a purpose other than treatment, payment, or health care operations and at your request. You only need to complete this form if you want Sanar Medical Clinic to disclose your PHI. PHI is information that identifies you as a Sanar Medical Clinic patient and relates to your past, present and future physical or mental health condition and related health services.

Esté formulario autoriza a Sanar Medical Clinic y sus representantes designados a usar y divulgar su información de salud protegida a su pareja o otro individuo descrito a continuación, para fines distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica y a petición suya. Solo necesita completar este formulario si desea que Sanar Medical Clinic divulge su información. Su información de salud protegida lo identifica como paciente de Sanar Medical Clinic y relata su condición médica del pasado, presente y futuro y cualquier servicio relacionado con su salud.

**Please list individuals you authorize to receive your PHI from Sanar Medical Clinic**

**Favor de poner cualquier persona que autorice para recibir su información de salud protegida de Sanar Medical Clinic.**

Name/Nombre	Relation to you/Relación a usted	Phone number/Numero de teléfono