

PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ SEGUNDA INICIAL: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_

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

Numero de Casa: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_

Sexo asignado al nacer:  masculino  femenino

Identidad de género:  Masculino  Femenino  Hombre transgénero/mujer a hombre  
 Mujer transgénero/hombre a mujer  Otro  Elige no divulgar

Orientación sexual:  Lesbiana o Gay  Heterosexual (no lesbian/gay)  Bisexual  Algomás  
 No se  Elige no divulgar

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Dirección de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Dirección de Envío (si diferente): \_\_\_\_\_  
(Dirección de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

**Recordatorios de citas / Confirmaciones / Avisos especiales / Compartir información**

El correo electrónico y los mensajes de texto nos permiten intercambiar información de manera eficiente. Al mismo tiempo, reconocemos que el correo electrónico y los mensajes de texto no son un medio de comunicación completamente seguro, ya que estos mensajes pueden dirigirse a la persona equivocada o acceder de manera incorrecta durante la transmisión. Si desea que le enviemos correos electrónicos o mensajes de texto que contengan su información de salud, proporcione la siguiente información para autorizar a CCHD a comunicarse con usted y otros proveedores de atención médica para su atención y tratamiento médicos.

\*\* Complete lo siguiente solo si la correspondencia de correo electrónico / texto está siendo autorizada:

Correo electrónico para enviarme información: \_\_\_\_\_ Número de teléfono para enviarme mensajes de texto: \_\_\_\_\_

\*Si prefiere no autorizar el uso del correo electrónico / mensajes de texto, continuaremos usando el correo de los EE. UU. O el teléfono para comunicarnos con usted.

**SU DOCTOR DE CUIDADO PRIMARIO** \_\_\_\_\_  Dr. Royeen  Dr. Curry  Emily Eichelberger NP  
**TU DENTISTA** \_\_\_\_\_  Dr. Watson  Dr. Lee

<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> No Hispano / No Latino <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Desconocido/ No Reportado	<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Negado
--	---	---

**Estado Civil:**  Soltero  Casado  Legalmente Separado  Divorciado  Viudo

**Es usted estudiante?**  No  Si **Veterano?**  No  Si **Trabajador migrante?**  No  Si

**Viviendas:**  Dueño  Renta  Publicas/ Basado- en Ingresos  Viviendo con amigos/ Familia  Sin hogar

**Cual es la cantidad aproximada de los ingresos anuales del hogar?** \_\_\_\_\_ **Tamaño de familia** \_\_\_\_\_  
 Negarse a Reportar

**El paciente necesita interprete?**  No  Si Español / Frances / Lenguaje de señas

**Si el paciente es menor de 18 anos, el padre o guardian necesita interprete?**  
 No  Si Español / Frances / Lenguaje de señas

**El paciente tiene un poder notarial para atención medica / DIRECTIVA AVANZADA/ orden de no resucitar / tutor orden de la corte?**  No  Si \*En caso afirmativo, porfavor proporcione una copia.

**INFORMACIÓN DE CONTACT DE EMERGENCIA:**

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

Relación: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE**\*Persona a ser facturada si no es el paciente

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  
 Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE ASEGURANZA:** Marcar todo lo que aplique

Medicaid  Allkids  Medicare  Seguro Privado  Autopago  Descuento

Nombre del Titular de la Poliza: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Titular de la Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Numero Telefonico del Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de **Seguro Medico**: \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Nombre de **Seguro Dental**: \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Todos los clientes tienen derecho a tratamiento por la Clínica de Salud/ Salud Conductal /Dental del Condado Cass sin discriminación por edad, raza, color, religion, sexo, orientación sexual o origen nacional.

La información anterior es verdadera y correcta a mi conocimiento.

Yo acepto responsabilidad completa por mi cuidado y el cuidado de mi hijo y libero a la Clínica de Salud/ Salud Conductal / Dental del Condado Cass y al personal de todo y cualquier responsabilidad por cualquier resultado adverso que pueda ocurrir debido a mi rechazo de seguir el plan recomendado de tratamiento.

Yo autorizo la Clínica de Salud/ Salud Conductal / Dental del Condado Cass para proporcionarme servicios y liberar información necesaria para facturar, procesar, y recibir pago de los Beneficios Medicos/ Dentales (seguro privado, Medicare, o Medicaid, etc.) por servicios Medicos y Profesionales Proporcionados.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** Yo entiendo que es mi responsabilidad leer y seguir la información contenida en este aviso. Todos los clientes tienen derecho a tratamiento por la CCHC/ CSHC/ CCDC sin discriminación por edad, raza, color, religion, sexo, orientación sexual, o origen nacional.

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD:** Mi firma debajo tambien indica que me han porporcionado una copia de el "Aviso de Prácticas de Privacidad" del CCHD. Entiendo que es mi responsabilidad hacer cualquier pregunta que tenga.

**Firma de Cliente (o padre):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Como escuchaste de nosotros?**  Periodico  Amigo/ Familia  Cartel  Radio  Otro \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

### **RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS**

*Gracias por escoger a la Clínica de Salud/ Dental del Condado Cass para su cuidado medico/dental. Nuestro personal valora su tiempo y esperamos que usted en turno valore el nuestro. En orden para mejor servirle tenemos las siguientes políticas de la oficina para que usted revise y lea. Estar de acuerdo con estas polizas nos permite proporcionar un mejor cuidado de manera eficiente y oportuna.*

#### **PAGO**

- Todo pago/ copago por los servicios proporcionados debe ser colectado en el tiempo del servicio.
- Elegibilidad para servicios debajo de Illinois Medicaid serán determinados antes de empezar cada visita.
- Debe traer su tarjeta de aseguranza actual a cada cita. Si la elegibilidad no puede ser verificada, se le pedira pagar por el servicio.
- Cualquier servicio no pagado por Medicaid, Medicare, y/o aseguranza medica/ dental sera su responsabilidad pagar.
- Cualquier paciente con un balance previo se le pedira que consulte con nuestra Oficina Financiera para hacer un plan de pago para eliminar la cantidad previa.
- Yo entiendo que si mi cuenta es referida a una Agencia de Colecciones y yo ser responsable por los costos de colección incurridos.

#### **DESCUENTO**

- Ofrecemos un plan de descuento que permitira a los pacientes que han proporcionado comprobante de ingresos para recibir servicios a un precio razonable. Su costo es determinado por los ingresos del hogar y el tamaño de la familia.
- El descuento esta basado en el Departamento de Salud de los Estados Unidos y las Guías de los Servicios Humanos.

#### **CITAS**

- Es su responsabilidad recordar su cita. En orden para que podamos proporcionar una llamada de cortesia un numero de telefono actual es requerido. Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio.
- El personal llamara a confirmar las citas. Usted debe contestar o regresar la llamada el dia de trabajo antes, antes de medio dia o su cita sera cancelada.
- Si su numero de telefono es desconectado o no actualizado o su correo de voz no funciona, su cita se le dara a otro paciente.
- A los pacientes nuevos se les pedira llegar 30 minutos antes de su cita para completar el formulario de paciente nuevo.

#### **TRATAMIENTO DE MENORES**

Todos los menores deben ser acompañados por un tutor legal o el tutor legal debe dar permiso por escrito para que otro individuo lo acompañe via la completación del Formulario Apoderado. Dependiendo del tratamiento que sera proporcionado el tutor legal puede ser requerido estar en el sitio para dar consentimiento informado excepto en casos cuando los menores buscan cuidado tal como permitido por la Ley Estatal de Illinois.

#### **HOGAR MEDICO CENTRADO PARA LOS PACIENTES**

Un hogar medico centrado para los pacientes es un sistema de cuidado en cual un equipo de profesionales trabajo adjunto para proporcionar todas sus necesidades de cuidado de salud. Nosotros usamos la tecnologia, como registros medicos electrónicos para comunicar y coordinar su cuidado y proporcionar los mejores resultados posibles para usted. Usted el paciente, es la parte mas importante del hogar medico centrado para los pacientes. Cuando usted toma una parte activa en su salud y trabajo junto con nosotros, usted puede estar seguro/a de que esta recibiendo el cuidado que necesita!

**Yo entiendo y estoy de acuerdo con las politicas escritas anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

**Consentimiento Para Liberar Información a un Miembro Familiar o un Cuidador Designado**

Los nombres que figuran a continuación están permitidos a que se les libere información de la Clínica de Salud/ Salud Conductels/Dental del Condado Cass con el consentimiento firmado debajo.

<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>Numero de Telefono</b>

** Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

\*Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por medio de una solicitud escrita.

# Historia Médica

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

*Aunque el personal dental trate principalmente el área y alrededor de la boca, tu boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted pueda tener, o los medicamentos que esté tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas.*

Esta al cuidado de un doctor ahorita?  Si  No Si contesto si, por favor explique: \_\_\_\_\_  
Ha estado hospitalizado o ha tenido una operación mayor?  Si  No Si contesto si, por favor explique: \_\_\_\_\_  
Ha tenido una lesión grave en la cabeza o cuello?  Si  No Si contesto si, por favor explique: \_\_\_\_\_  
Está tomando medicamentos, pastillas, o drogas?  Si  No En caso afirmativo, por favor indique: \_\_\_\_\_

Toma usted, o ha tomado, Phen-Fen, Redux?  Si  No

Está tomando o ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o otros medicamentos conteniendo bifosfonatos?  Si  No

Esta usted en una dieta especial?  Si  No

Usa usted tabaco?  Si  No

Utiliza usted sustancias controladas?  Si  No

## Mujer está usted:

Embarazada/Tratando de salir embarazada  Si  No Tomando anticonceptivos orales  Si  No Amantando  Si  No

Es usted alérgico o, a tenido reacción a?:

Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metales  Látex  Anestésicos locales

Otro, por favor liste: \_\_\_\_\_

Yo no he sabido alergias

Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Infeción del SIDA o VIH <input type="checkbox"/> Si	Medicina de cortisona <input type="checkbox"/> Si	Hemofilia <input type="checkbox"/> Si	Tratamientos de radiación <input type="checkbox"/> Si
La enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Si	Diabetes <input type="checkbox"/> Si	Hepatitis A <input type="checkbox"/> Si	Pérdida de peso reciente <input type="checkbox"/> Si
Anafilaxia <input type="checkbox"/> Si	Adicción de drogas <input type="checkbox"/> Si	Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Si	Diálisis renal <input type="checkbox"/> Si
Anemia <input type="checkbox"/> Si	Falta de aire <input type="checkbox"/> Si	Herpes <input type="checkbox"/> Si	Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Si
Angina <input type="checkbox"/> Si	Enfisema <input type="checkbox"/> Si	Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Si	Reumatismo <input type="checkbox"/> Si
Artritis/Gota <input type="checkbox"/> Si	Epilepsia o Ataques <input type="checkbox"/> Si	High Colesterol <input type="checkbox"/> Si	Fiebre escarlatina <input type="checkbox"/> Si
Válvula artificial en el corazón <input type="checkbox"/> Si	Sangrar excesivo <input type="checkbox"/> Si	Ronchas, Salpullido <input type="checkbox"/> Si	Culebrilla, herpes zoster <input type="checkbox"/> Si
Artificial articulación <input type="checkbox"/> Si	Sed excesivo <input type="checkbox"/> Si	Hipoglicemia <input type="checkbox"/> Si	Enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/> Si
Asthma <input type="checkbox"/> Si	Desmayo, Mareo <input type="checkbox"/> Si	Latido irregular del corazón <input type="checkbox"/> Si	Problemas de sinusitis <input type="checkbox"/> Si
Enfermedad en la sangre <input type="checkbox"/> Si	Tos frecuente <input type="checkbox"/> Si	Problemas del riñón <input type="checkbox"/> Si	Espina bífida <input type="checkbox"/> Si
Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Si	Diarrea frecuente <input type="checkbox"/> Si	Leucemia <input type="checkbox"/> Si	Enfermedad estomago o intestinal <input type="checkbox"/> Si
Problema respiratorio <input type="checkbox"/> Si	Dolor de cabeza frecuente <input type="checkbox"/> Si	Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Si	Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Si
Moretea fácilmente <input type="checkbox"/> Si	Herpes genital <input type="checkbox"/> Si	Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Si	Hinchazón de las extremidades <input type="checkbox"/> Si
Cáncer <input type="checkbox"/> Si	Glaucoma <input type="checkbox"/> Si	Enfermedad del pulmón <input type="checkbox"/> Si	Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Si
Quimioterapia <input type="checkbox"/> Si	Fiebre de heno <input type="checkbox"/> Si	Prolapso del lavavula mitral <input type="checkbox"/> Si	Amigdalitis <input type="checkbox"/> Si
Dolor de Pecho <input type="checkbox"/> Si	Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Si	Osteoporosis <input type="checkbox"/> Si	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Si
Fuegos/Ampollas de fiebre <input type="checkbox"/> Si	Murmullo del corazón <input type="checkbox"/> Si	Mandíbula dolorosa <input type="checkbox"/> Si	Tumores o crecimientos <input type="checkbox"/> Si
Congénita de corazón <input type="checkbox"/> Si	Marcapasos de corazón <input type="checkbox"/> Si		Ulcera <input type="checkbox"/> Si
Convulsiones <input type="checkbox"/> Si	Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Si		Piel amarillenta <input type="checkbox"/> Si
La enfermedad de paratiroides <input type="checkbox"/> Si	Cuidado psiquiátrica <input type="checkbox"/> Si		
	Enfermedad venérea <input type="checkbox"/> Si		

¿Ha tenido alguna enfermedad grave no mencionado anteriormente?  Si  No

Comentarios: \_\_\_\_\_

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mí (o del paciente) para la salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_