

Fecha de hoy _____

Forma de Registro del Paciente

No. Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Sexo: M F Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____

Teléfono/casa: _____ Teléfono/celular: _____

Teléfono/trabajo: _____ Otro teléfono: _____ Nombre: _____

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viuda/o

Estudiante: Tiempo Completo Medio Tiempo No

Es usted un veterano? Si No

Orientacion Sexual: Heterosexual (no lesbiana/homosexual) Lesbiana/Homosexual Bisexual

Elegir no revelar

Identidad de Genero: Masculino Femenino Transgenero masculino (femenina a masculino)

Transgenero femenino (masculino a femenino) Elegir no revelar

Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado-Retirado

Paciente empleado por: _____ Ocupación: _____

Nombre del esposo/a: _____ Compañía donde trabaja el esposo/a: _____

Nivel de Ingresos Familiar: \$0-\$11,999 \$12,00-\$19,999 \$20,000-\$27,999 \$28,000-\$39,999

\$40,000-\$49,999 \$50,000-\$69,999 \$70,000 en adelante Elegir no revelar

Idioma: Inglés Español Otro _____

Raza: Africoamericano Asiático Nativo Americano Nativo Hawaiano Isleño del Pacifico

Blanco

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Puede ser elegible para un descuento en sus gastos médicos o dentales. Por favor, solicite hablar con el consejero financiero para asistencia.

Información del garante (si es menor de 18 años)

Titulares de la póliza de seguro Nombre _____ MI _____ Apellido _____

Relación con el paciente _____ Empleador _____

Fecha de nacimiento _____ SSN _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado / Zip _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____

Teléfono _____ Este es un teléfono celular de trabajo en el hogar

¿El contacto reside con el paciente? Si o No

Si no, por favor liste la dirección

¿Qué tan seguro está usted de completar formularios médicos usted mismo? _____

1. Extremadamente 2. Bastante 3. Algo 4.Un poco 5. Nada

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Yo, _____, voluntariamente doy mi consentimiento para que me traten como paciente incluyendo los procedimientos de diagnósticos de rutina, exámenes, tratamientos médicos, incluyendo aquellos procedimientos médicos que consideren apropiados los proveedores de Healthy Connections, Inc.

Autorizo a la clínica a divulgar información a los seguros médicos para el reclamo del pago. Así mismo autorizo la divulgación de información médica a mis proveedores médicos o a cualquiera que yo designe por escrito. Este consentimiento de tratamiento queda en efecto hasta que Yo renuncie por escrito.

Confirmación de HIPPA (por sus siglas en inglés): He tenido la oportunidad de leer y entender las Políticas del Acto de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico utilizado por Healthy Connections, Inc.

FOTOGRAFIA: Autorizo a Healthy Connections, Inc. (HCI), tomarme fotos (o a mi hijo/a- menor de edad) y deslindo de toda responsabilidad a HCI por el uso de mi fotografía unicamente para propósitos de tratamiento, identificación y educación.

ASIGNACION Y DIVULGACION: Estoy de acuerdo en asignar directamente a Healthy Connections, Inc. todos los beneficios de seguros médicos, si los hay, si no que se me cobre a mi por los servicios realizados. Entiendo que yo soy responsable por todos los cargos, se hayan pagado o no por el seguro médico. Por este medio autorizo a los proveedores médicos divulgar cualquier información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de ésta firma en todas las sumisiones al seguro.

Entiendo que ésta forma de consentimiento será válida y permanecerá en efecto siempre que yo atienda ésta clínica. Se me ha explicado completamente ésta forma y entiendo sus contenidos.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre y/o Tutor pare el Menor

Fecha

____ Entiendo que si mi hijo está recibiendo tratamiento, estoy firmando este formulario en su nombre. Como la parte responsable de un niño menor de edad, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba tratamiento en esta clínica.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del Garante: _____

Fecha: _____

Designo a las siguientes personas para que actúen como mi representante de atención médica con quien puede divulgarse mi información de salud.

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Relacion: _____

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Relacion: _____

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Relacion: _____

Usted tiene el derecho de hacer cambios por escrito a este reconocimiento. Usted tiene el derecho de negarse a firmar este reconocimiento. Si se niega a firmar este acuse de recibo, es posible que nos veamos obligados a negarnos a administrar el tratamiento en función de nuestra incapacidad para presentar adecuadamente su seguro y / o buscar servicios de referencia y consulta de atención médica / dental / mental.

Dental Patient History



Patient Name: _____ DOB: _____

Are your teeth sensitive to; Son sus dientes sensibles al;		
Heat/ Calor	Yes	No
Cold/ Frio	Yes	No
Sweets/ Cosas Dulces	Yes	No
Do you feel pressure in your jaw or teeth when biting? Siente dolor o presion en su quijada o dientes al morder?	Yes	No
Do your gums bleed when brushing? Le sangran las encias cuando se cepilla?	Yes	No
Have you noticed any gum swelling? Ah notado las encias hinchadas?	Yes	No
Do you have an unpleasant taste or odor in your mouth? Tiene un sabor desagradable u olor en su boca?	Yes	No
Do you have pain in your jaw, ears, or sides of face? Siente dolor en sus quijadas, oídos, o a los lados de la cara?	Yes	No
Do you have difficulty opening and closing your mouth? Tiene dificultad al abrir y cerrar su boca?	Yes	No
Does your jaw pop, click or hurt when opening your mouth or chewing? Al abrir su boca o masticar, le truena la quijada o le duele?	Yes	No
Do you have headaches? Tiene dolores de cabeza?	Yes	No
Do you have any other specific problems with your teeth? (Tiene problemas especificos con sus dientes)? Specify: _____ Especifique; _____	Yes	No
Do you use tobacco of any kind? Fuma o masca tabaco?	Yes	No

To the best of your knowledge, are you or have you been afflicted with; Segun su conocimiento, esta o se ha enfermado de;		
Heart Ailment / Enfermedad del corazon		
A) Heart Attack/ Ataque al corazon	Yes	No
B) Heart Valve/ Valvula del corazon	Yes	No
C) Heart Stents (or) bypass/Stents Cardiacos	Yes	No
Rheumatic Fever / Fiebre Reumatica	Yes	No
Epilepsy/ Epilepsia	Yes	No
High Blood Pressure/ Presion Alta	Yes	No
Respiratory Disease/ Enfermedad Respiratoria		
A) COPD/ EPOC	Yes	No
Hepatitis/ Hepatitis		
1)A	Yes	No
2)B	Yes	No
3)C	Yes	No
Healing Complications/ Complicacion para sanar Describe-Describe: _____	Yes	No
HIV or Aids/ VIH o Sida	Yes	No
Anemia/ Anemia	Yes	No
Diabetes/ Diabetes		
1) Type/ Tipo I	Yes	No
2) Type/ Tipo II	Yes	No
Received Dialysis/Ah recibido Dialisis	Yes	No
Kidney Disease/ Enfermedades del los Riñones	Yes	No
Liver Disease/ Enfermedades del Higado	Yes	No
Tuberculosis/ Tuberculosis	Yes	No
Human Papilloma Virus/ Virus del Papiloma Humano		
1) Herpes/ Herpes	Yes	No
2) Other/ Otro: _____		
STD's/ Enfermedades de Transmision Sexual	Yes	No
Joint Replacement/ Remplazamiento de Coyunturas If yes, which joint? / _____ Si si, cual coyuntura? _____ How long ago?/ Hace cuanto? _____	Yes	No
Asthma/ Asma	Yes	No
Do you have Prolonged Bleeding/ Sangrado prolongado?	Yes	No
1) Do you take Aspirin? / Toma Aspirina?	Yes	No
2) Do you take Blood Thinners? / Toma Adelgasadores de la Sangre?	Yes	No

Answer / Conteste SI (Yes) or NO (No)

<p>Have you or are you currently receiving Steroid Therapy/ Esta o ah recibido terapia de esteroides? 1) Medication name/ Nombre de medicamento _____ 2) How much do you take? / Cuanto tomo (a)? _____ 3) How long ago did you take it? / Por cuanto tiempo lo tomo? _____</p>	Yes	No
<p>Are you allergic to any medications? / Es alergico a algun medicamento? If yes please specify/ si respondio si, porfavor especifique; _____</p>	Yes	No
<p>Have you ever had any teeth removed? / Le an sacado algun diente o muela? If Yes, how long have these teeth been missing? / Si su respuesta fue si, hace cuanto que perdio esos dientes? _____</p>	Yes	No
<p>Do you believe you will eventually wear artificial dentures? Cree que eventualmente tendra que usar dentaduras artificiales?</p>	Yes	No
<p>Do you presently wear artificial dentures? If yes when was this denture made? _____ Presentemente usa dentaduras artificiales? Si su respuesta fue si, cuando fue esta dentadura hecha? _____</p>	Yes	No
<p>Are you pregnant? / Esta embarazada?</p>	Yes	No
<p>Have you had or do you currently have cancer? / Ah tenido o tiene cancer? If yes, what type? / Que tipo? _____ Did you have chemeotherapy? /Tuvo quimeoterapia? _____ Did you have radiation therapy? / Tuvo terapia de radiacion? _____</p>	Yes	No
<p>Have you had or do you currently have Osteoporosis? / Tiene o ah tenido Osteoporosis? If yes, have you had bisphosphonate therapy? _____ Ah tenido terapia de Bisfosfonato? _____ Are you currently or did you have to take Fosamax, Boniva, Topamax? _____ Esta o ah tenido que tomar Fosamax, Boniva, Topamax? _____</p>	Yes	No
<p>Have you ever had a reaction to dental anesthetic? Alguna vez ah tenido alguna reaccion a la anestecia dental?</p>	Yes	No
<p>Have you ever been hospitalized or had any surgeries? Alguna vez ah sido hospitalizado o ah tenido alguna cirugia? If yes, specify: _____ Si su respuesta fue si, especifique: _____</p>	Yes	No

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

7) _____

8) _____

9) _____

10) _____



Healthy connections, Inc. es su Hogar de Cuidado de la salud- como Paciente Centrada del Hogar Medico (PCMH), nos hemos asociado con nuestros pacientes y tomamos parte en una relacion para reforzarnos y fortalecer los resultados de la asistencia medica de las personas a quien servimos. El Paciente-Centrada del Hogar Medico* (“Medico del Hogar”) es un modelo de cuidado que pone las necesidades del paciente primero. La casa medica es las base de la cual los servicios de la asistencia medica se coordinan para proporcionar el cuidado mas eficaz y eficiente del paciente. Esto incluye el uso de la tecnologia, la coordinacion de especialidad y atencion de pacientes hospitalizados, servicios proporcionados preventivos a traves de la prevencion e mantenimiento de la salud, la educacion del paciente, el diagnostico y tratamiento de las enfermedades agudas y cronicas.

-----Por favor de completar esta forma y retornarla a nuestra clinica-----

Nombre _____	Seguridad Social _____	DOB _____
--------------	------------------------	-----------

Seleccion de Proveedor de Atencion Primaria

___ Entiendo que he seleccionado _____ como mi proveedor de atencion primaria, y en el futuro las citas seran programadas con el/ella para asegurar la continuidad y mejorar la prestacion de la atencion. En el evento que mi proveedor no este disponible, mi cita puede ser programada con otro proveedor. Yo entiendo que tengo derecho a solicitar una transferencia a otro PCP de conformidad con la politica y los procedimientos de Healthy Connections, Inc. pero al transferirse a un nuevo PCP, se exige la finalizacion de un nuevo documento firmado.

Dental

___ MENA – Billy Beasley, DDS

___ Mena- Arielle Schulman, DMD

___ HOT SPRINGS – Lauren E. David, DDS

___ MENA – Kathy Reed, RDH

___ MENA/MT IDA – Sydney Seals, RDH

___ HOT SPRINGS/MT IDA – Sabrina Bagley, RDH

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

Firma del Pariente o Representante del Paciente

Fecha

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Derechos:

1. Tiene derecho a un trato considerado y respetuoso, sin importar la raza, credo, color, orientación sexual, origen de nacionalidad, discapacidad, sexo, preferencia religiosa, estado civil, creencias políticas, edad o estado de seguro médico, este trato debe ser de una manera digna respetuosa de sus valores personales y creencias en el sistema.
2. Tiene derecho a que se le atienda en el horario programado para su cita tan pronto como sea, entendiendo que también se consideraran las necesidades de los otros pacientes.
3. Usted tiene derecho a buscar tratamiento en un Centro de Salud Comunitario (CSC), y su pago se basará de acuerdo al sistema de descuento u otro programa de elegibilidad.
4. Tiene derecho a revisar y a recibir una explicación de su cuenta, sin importar la procedencia del pago.
5. Tiene derecho a que todos sus exámenes físicos, entrevistas y discusiones se hagan en un lugar privado y que todos los records y asuntos acerca de su cuidado se manejen confidencialmente.
6. Tiene derecho a saber los nombres y el nivel de entrenamiento de los proveedores que cuidan de usted.
7. Tiene derecho a una explicación entendible de su malestar, así como las pruebas y tratamientos que han planeado y los riesgos que conllevan estos tratamientos y pruebas.
8. Tiene derecho a pedir otra opinión de otro proveedor de CSC o pedir que un nuevo proveedor tome su caso por una sola vez.
9. Tiene derecho a ofrecer sus preocupaciones o quejas acerca del cuidado de salud que recibió. Porfavor pregunte por el Jefe del Equipo Clínico del Centro.
10. Tiene derecho a saber que CSC no realiza ningun tipo de tratamiento ilegal.
11. Tiene derecho a que se le informe acerca de su tratamiento, diagnóstico y pronóstico y de aceptar o rechazar, consejo o tratamiento del cuidado de la salud.
12. Tiene derecho a planear su tratamiento del cuidado de salud, por adelantado y escoger a alguien que tome decisiones por usted, hasta donde lo permita la ley, en caso de que usted llegara a estar imposibilitado para tomar decisiones.
13. Tiene derecho a que se le informe de cualquier experimento clínico u otro proyecto educativo/de investigación que afecten su tratamiento, y el derecho a rechazar la participación en dichos experimentos e investigaciones.
14. Tiene derecho a que le den sus reportes de dolor a tiempo y a tener un plan clínico apropiado para aliviar su dolor, que se incluye su plan de seguro.

Responsabilidades:

1. Usted tiene la responsabilidad de mantener una conducta apropiada en el centro de salud. Usted no debe de abusar física o verbalmente al personal o propiedad del centro.
2. Usted tiene la responsabilidad de cumplir con su cita en el centro de salud, y sino puede venir, notifique por adelantado al centro de salud. SI usted no cumple con su cita o no la cancela con tiempo menos de 24horas,Usted va a ser sujeto a un pago de \$25.00 por no cumplir.
3. Usted tiene la responsabilidad de proveer información veraz de su situación financiera y cumplir con los requisitos del programa.
4. Usted tiene la responsabilidad de pagar su parte del cobro el día del servicio.
5. Usted tiene la responsabilidad de preguntarle al doctor cualquier cosa de su cuidado que no entienda.
6. Usted tiene la responsabilidad de brindar, hasta donde usted sepa, información completa y veraz acerca de su malestar, enfermedades pasadas, medicinas, hospitalizaciones y otras cuestiones que tengan que ver con su salud.
7. Usted tiene la responsabilidad de seguir las instrucciones que le de su proveedor del cuidado de la salud. Usted es responsable de las consecuencias de sus propios actos, si usted falla en seguir estas instrucciones o si usted rechaza el tratamiento.
8. Usted tiene la responsabilidad de decirle al doctor cuando tenga dolor y unirse a un plan para aliviar el dolor.

Firma del paciente

Fecha

Mi firma esta indicando que he leído, he entendido, y que voy a cumplir con los terminos de Derechos y Responsabilidades de Healthy Connections, Inc.

Polizas Del Paciente De la Practica Dental

- ❑ Nosotros requerimos 24 horas de notificación avanzada si usted no puede asistir a su cita. Nosotros nos reservamos el derecho a cobrarle una cuota al no presentarse y no notificar/ o a destituirlo de nuestra práctica si no cumple con los requisitos.
- ❑ Los niños **no** pueden ser dejados en la área de espera y **no** pueden acompañarlo(a) a usted a los cuartos/área de tratamiento. Por favor organice el cuidado de su hijo(a) según su cita o nosotros nos reservamos el derecho a reasignarle su cita.
- ❑ Solo los pacientes están permitidos en los cuartos/área de tratamiento. Un padre o guardián solo puede acompañar a un paciente para tratamiento si tienen necesidades especiales o son menores de la edad escolar. Si el paciente es un menor, un padre o legal guardián están permitidos a acompañar a el paciente a el área de tratamiento solo durante el examen inicial. Durante la visita el dentista le explicará el diagnóstico, el plan de tratamiento, los riesgos y beneficios del tratamiento. Cuando llegue el momento de realizar todo el tratamiento al paciente, se le pedirá a los padres/guardianes esperar en el área de espera. Si el paciente se incomoda, el dentista o higienista ira al área de espera y le pedirá su asistencia. En cualquier momento el padre o guardián tiene la habilidad de pedir hablar con el(la) dentista o higienista.
- ❑ Un padre o guardián legal se le pedirá encaminar/acompañar a niños con necesidades especiales y niños menores de la edad escolar a las áreas de tratamiento. Otros niños **no** serán permitidos en las áreas de tratamiento mientras un hermano(a) estén recibiendo tratamiento.
- ❑ Los padres, guardianes legales o personal del asilo de ancianos deben mantenerse en la oficina durante el tratamiento si el paciente es menor de 18 años o es un residente que esta al cuidado de un facilidad o casa de asilo, o cualquier otro tipo de cuidado guardián.
- ❑ El uso de celulares **no** está permitido en los cuartos operadores.
- ❑ La comida y bebidas no están permitidos en los cuartos operadores.
- ❑ Por favor tenga consideración hacia otros al hablar. A los pacientes que hablen en tono alto o usen lenguaje inapropiado se les pedirá retirarse.

Yo entiendo y estoy de acuerdo a conformarme a las polizas del paciente de la practica dental descritas.

Emprima Nombre: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente/o Guardian Legal: _____