



## FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE ADULTO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Nombre		N.º de seguro social	Preferencia de género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transgénero (M a F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F a M)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	
	Domicilio primario			Ciudad	Estado	Código postal
	Domicilio alternativo			Ciudad	Estado	Código postal
	Dirección de correo electrónico			Teléfono primario		Teléfono secundario
	Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono primario <input type="checkbox"/> Teléfono secundario <input type="checkbox"/> Portal			Idioma preferido		¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Condición de empleo <input type="checkbox"/> Empleado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Sociedad doméstica <input type="checkbox"/> Separado/a		¿Ciudadano/a estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Veterano/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Raza/Etnia - Seleccione la que corresponda. <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Otra ¿Es usted hispano/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Subsidiada <input type="checkbox"/> Otro refugio <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vive en casa de amigos/familia		
	Nombre de contacto en caso de emergencia		Relación con el paciente		Teléfono de contacto en caso de emergencia	

INFORMACIÓN DEL GARANTE Y SEGURO	Seguro primario		N.º de póliza	N.º de grupo		
	Nombre del suscriptor		Relación con el paciente			
	Seguro secundario (si corresponde)		N.º de póliza	N.º de grupo		
	Nombre del suscriptor		Relación con el paciente			
	Garante/Nombre de la persona responsable del pago (si es diferente al del suscriptor)					
	Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
	Teléfono		Relación con el paciente			

Firma de paciente/garante	Fecha
---------------------------	-------

## ANTECEDENTES DE SALUD DENTAL

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
---------------------	--------------------------------

Actualmente tiene o ha tenido alguno de los siguientes:			
Fiebre reumática o soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas emocionales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presión sanguínea alta o baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis (TB) o tos persistente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Desmayos o crisis de vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia o problemas en la sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis o problemas hepáticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangrado excesivo o se forman moretones fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno de déficit de atención (ADD)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno de hiperactividad (ADHD)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sarpullido en la piel o alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SIDA o VIH positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Embarazo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Trimestre: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3)	
Cáncer (Tipo: _____)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico?</b> En caso de respuesta afirmativa, incluya el nombre del médico: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Ha estado hospitalizado en los últimos 2 años?</b> En caso de respuesta afirmativa, ¿por qué? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Actualmente está tomando algún medicamento, píldoras o drogas?</b> En caso de respuesta afirmativa, mencione: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Es alérgico/a a o ha experimentado algún efecto de enfermedad de una anestesia local (Novocaine), Penicilina, o algún medicamento/píldora? (es decir, sarpullido, picazón o desmayo)</b> En caso de respuesta afirmativa, describa: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Ha experimentado alguna reacción no favorable de un tratamiento dental previo?</b> En caso de respuesta afirmativa, describa: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Actualmente tiene algún problema o dolor dental?</b> En caso de respuesta afirmativa, describa: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Confirmación		
Certifico que he leído y comprendo las preguntas antes mencionadas y he respondido a las preguntas según mi leal saber y entender. He pedido la explicación de alguna palabra (término) que no sabía (si hubiese alguno) y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. No haré a mi dentista o algún miembro del personal responsable de errores que he cometido al completar este formulario. También comprendo que antes de que se brinde tratamiento, tengo derecho a que me expliquen a mi entera satisfacción los beneficios, las alternativas y los factores de riesgo significativos asociados con este tratamiento.		
Firma del paciente/tutor	Relación con el paciente	Fecha



## INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO DENTAL

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
---------------------	--------------------------------

Los tratamientos dentales que ofrecemos consisten en servicios de diagnóstico (examen, radiografías), servicios preventivos (limpieza dental, aplicación de flúor, selladores, e instrucciones sobre higiene oral), servicios correctivos de restauración (empastes blancos, coronas plateadas) y servicios de endodoncia (pulpotomías), generalmente realizados usando anestesia local.

El personal del servicio dental le explicará sobre los servicios específicos que necesite y la disponibilidad de estos servicios a través de este programa dental. Los servicios recomendados para usted son necesarios para mejorar y mantener sus dientes y estructuras de apoyo (encías y huesos). La buena salud oral es necesaria para comer, hablar y la apariencia física. Algunas infecciones dentales pueden convertirse en riesgos para la vida. Si decide hacerse el tratamiento recomendado, esto no garantiza ni el éxito ni asegura que no ocurrirán problemas. El éxito del tratamiento también depende del seguimiento de las instrucciones de cuidado en casa que le da el personal dental. Sin embargo, cada caso individual es impredecible; su condición puede seguir siendo la misma, puede mejorar o puede empeorar después del tratamiento.

El tratamiento dental de rutina tiene muy pocos riesgos; ocurren raramente y por lo general son leves. Sin embargo, debe estar consiente de estos riesgos, incluyendo (pero no limitado a) complicaciones que resulten del uso de instrumentos dentales, medicamentos (es decir antibióticos y medicina para el dolor) y anestesia local.

Las complicaciones posibles incluyen: hinchazón, sensibilidad, sangrado, dolor, infección, entumecimiento y/o sensación de hormigueo en el labio, lengua, mentón, encías, mejillas y/o dientes, que es generalmente temporal pero en ocasiones poco frecuentes puede ser permanente; lesiones por masticación a los labios y/o lengua después del uso de anestesia local, reacción alérgica a algún medicamento o anestesia usada, cambio en la oclusión (mordida), calambre y espasmos en el músculo de la mandíbula, náuseas y vómitos, curación demorada, perforación de los senos paranasales y/o fracaso del tratamiento.

Si ocurre alguna complicación, puede ser necesario un tratamiento adicional. Es posible que este tratamiento adicional no esté disponible a través de True Health. Si el tratamiento no está disponible a través de esta organización, True Health no es responsable financieramente por el costo del tratamiento asociado con el cuidado de la complicación. Es su responsabilidad hacer preguntas sobre cualquier comentario en esta hoja que no comprenda para que todo pueda ser explicado a su satisfacción.

### Consentimiento para servicios dentales – Coloque sus iniciales en los enunciados que aparecen a continuación.

\_\_\_\_\_ Certifico que he leído y comprendido la información antes mencionada.

\_\_\_\_\_ Autorizo y doy mi consentimiento para que el proveedor o la persona que éste designe realice este procedimiento en el paciente indicado en la parte superior de este formulario.

\_\_\_\_\_ Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, de forma escrita.

Firma del paciente/tutor	Relación con el paciente	Fecha
Firma del empleado		Fecha



## Acuerdo sobre ajuste en la escala de pagos

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
---------------------	--------------------------------

Los pacientes no asegurados pueden reunir los requisitos para el programa de descuentos de la escala de pagos en Family Health Source. La elegibilidad para el programa de descuentos de la escala de pagos se basa en los ingresos familiares y en el tamaño de la familia. Necesitamos contar con documentación para determinar la elegibilidad.

Family Health Source se reserva el derecho de revisar sus declaraciones de impuestos y/o informe de sueldo a pedido. La elegibilidad será actualizada periódicamente dependiendo del tipo de documentación presentada. Si no hay cambios en sus ingresos o elegibilidad del seguro previo a la actualización programada, notifique a True Health.

**Coloque sus iniciales en cada enunciado en el espacio que se provee.**

\_\_\_\_\_  
*(iniciales)* Certifico que los ingresos y la información familiar suministrada en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si alguna parte de la información incluida en este formulario ha sido falsificada, este contrato será cancelado y seré responsable del costo **TOTAL** de los servicios. Entiendo que este documento se mantendrá en mi registro médico permanente y que la falsificación de información puede constituir un delito federal.

\_\_\_\_\_  
*(iniciales)* Entiendo que la escala de pagos está sujeta a cambios.

\_\_\_\_\_  
*(iniciales)* Entiendo que se espera el pago al momento de recibir los servicios.

\_\_\_\_\_  
*(iniciales)* (Si corresponde) Me han informado y comprendo que si no brindo pruebas de mis ingresos en mi próxima visita, mi categoría será cambiada a una escala de pagos más alta.

Firma del paciente/tutor	Relación con el paciente	Fecha
--------------------------	--------------------------	-------

<b>Solo para uso del centro de salud</b>				
--	--	--	--	--

	Fuente de ingresos	Monto - Propio	Monto - Cónyuge	Frecuencia
Verificación de ingresos	<input type="checkbox"/> Comprobantes de cheque de pago - 3 últimos			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Determinación de beneficios de seguro social			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Declaración de impuestos sobre ingresos del año pasado			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Declaración de compensación por desempleo			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Carta de apoyo notariada			<input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Otros ingresos			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente

**Total de miembros en la vivienda \*:** \_\_\_\_\_ *\*En caso de 3 o más miembros en la vivienda, incluya la última declaración impositiva.*

Su ingreso anual documentado es de \$ \_\_\_\_\_. El tamaño documentado de su familia es \_\_\_\_\_.  
Por lo tanto, usted califica para el Programa de descuentos en la escala de pagos indicada a continuación hasta \_\_\_\_\_.

No se presentó prueba de ingresos - Se usó exención por única vez. Indicar el programa de descuentos en la escala de pagos que corresponda a continuación.

<input type="checkbox"/> <b>DIPOSITIVA A</b>	<input type="checkbox"/> <b>DIPOSITIVA B</b>	<input type="checkbox"/> <b>DIPOSITIVA C</b>	<input type="checkbox"/> <b>DIPOSITIVA D</b>	<input type="checkbox"/> <b>DIPOSITIVA E</b>	<input type="checkbox"/> <b>DIPOSITIVA F</b>
--	--	--	--	--	--

Firma del empleado	Puesto del empleado	Fecha
--------------------	---------------------	-------



## Autorización y contrato para tratamiento

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
---------------------	--------------------------------

El abajo firmante por el presente presta su consentimiento y acepta el tratamiento a ser suministrado al paciente cuyo nombre aparece en el Formulario de inscripción. El paciente, tutor o representante del paciente debe colocar sus iniciales en todos los puntos que corresponda.

### Consentimiento para el tratamiento

\_\_\_\_ Certifico que solicito examen y tratamiento médico para el paciente de parte de los médicos y empleados de (iniciales) Family Health Source. Doy mi permiso para la evaluación y tratamiento y certifico que no hay garantía ni me han asegurado los resultados que se obtendrán. Si el paciente es un menor, entiendo que un padre, tutor legal o adulto responsable debe acompañar al paciente al centro médico y permanecer con el paciente durante todo el examen.

### Contrato financiero y asignación de beneficios

\_\_\_\_ Entiendo que he recibido una copia de la Política financiera de Family Health Source y que acepto cumplir con sus (iniciales) términos.

### Declaración de derechos y responsabilidades del paciente

\_\_\_\_ Entiendo que he recibido una copia de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente de (iniciales) Family Health Source y que acepto cumplir con sus términos.

### Aviso de prácticas privadas

\_\_\_\_ Entiendo que he recibido una copia del Aviso de prácticas privadas de Family Health Source. (iniciales)

### Divulgación de información médica

\_\_\_\_ (si corresponde) Además del uso y/o divulgación de mi PHI tal como se establece arriba, autorizo a que mi (iniciales) información sea divulgada a la(s) siguiente(s) persona(s). Incluya nombre completo de la(s) persona(s) autorizada(s) a continuación. Entiendo que este pedido no limitará el uso y divulgación normal de PHI tal como se establece arriba.

Nombre de la persona autorizada	Relación con el paciente

\_\_\_\_ Entiendo que puedo enmendar o revocar mi consentimiento de usar y/o divulgar PHI en cualquier momento, si lo (iniciales) hago por escrito. El uso o divulgación que ocurra previo a la fecha en la que presento la revocación del consentimiento no se verá afectado.

### He leído y comprendo totalmente el consentimiento y acuerdo antes mencionados.

Firma del paciente/tutor	Relación con el paciente	Fecha
--------------------------	--------------------------	-------

Solo para uso del centro de salud		
Firma del empleado	Puesto del empleado	Fecha

