

Información del paciente

Nombre del paciente	Apellido	Primer nombre	Inicial del Segundo nombre	Fecha de nacimiento
----------------------------	----------	---------------	----------------------------	---------------------

Dirección del hogar	# de casa	Calle	# de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------------	-----------	-------	------------	--------	--------	---------------

Dirección postal	# de casa	Calle	# de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------------	-----------	-------	------------	--------	--------	---------------

Marque esta casilla y deje la dirección postal en blanco si es la misma que la dirección de su hogar.

Correo electrónico	¿Podemos contractarle via correo electrónico? (marque uno)	Si No
---------------------------	--	---------

Teléfono de la residencia	() -	¿Podemos dejar un mensaje de voz? (marque uno)	Si No
----------------------------------	-------	--	---------

Número de teléfono celular	() -	¿Podemos dejar un mensaje de voz? (marque uno)	Si No
		¿Podemos mandar un mensaje de texto? (marque uno)	Si No

Número de teléfono del trabajo	() -	¿Podemos dejar un mensaje de voz? (marque uno)	Si No
---------------------------------------	-------	--	---------

Sexo: Femenino Masculino	Número de seguro social:	-	-
-----------------------------------	---------------------------------	---	---

Nombre de la farmacia:

Información del seguro (Por favor copie esta información de su tarjeta de seguro)

Marque esta casilla si el paciente no tiene seguro de salud

Seguro primario

Asegurador (Compañía)	ID del grupo	Copago por visita de oficina \$
------------------------------	---------------------	---

Nombre del titular del seguro	Fecha de nacimiento del titular
--------------------------------------	--

ID del asegurado (para el paciente)	Relación del titular con el paciente (marque uno) El mismo/ella misma Esposo/a Compañero/a Hijo/a Otro _____
--	--

Seguro secundario

Asegurador (Compañía)	ID del grupo	Copago por visita de oficina \$
------------------------------	---------------------	---

Nombre del titular del seguro	Fecha de nacimiento del titular
--------------------------------------	--

ID del asegurado (para el paciente)	Relación del titular con el paciente (marque uno) El mismo/ella misma Esposo/a Compañero/a Hijo/a Otro _____
--	--

Información del paciente (página 2)

Persona responsable

Yo soy el paciente (Usted puede omitir esta sección; vaya a la sección de información adicional)

Si usted es el padre/ guardián legal o de alguna manera el responsable de autorizar el cuidado y pagar las cuentas del paciente nombrado arriba, por favor escriba su nombre e información de contacto abajo.

El paciente es mi (marque uno): Esposo/a | Compañero/a | Hijo/a | Otro _____

Nombre	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
--------	----------	---------------	---------------------	-------------------------

Dirección de correo	# de casa	Calle	# de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
---------------------	-----------	-------	------------	--------	--------	---------------

Correo electrónico

Información adicional del PACIENTE

Por favor marque una opción para cada una de las preguntas abajo. A nosotros se nos exige hacer estas preguntas, pero usted puede omitir cualquier pregunta que no se sienta cómodo/a respondiendo.

¿Estado marital? Soltero/a | Casado/a | Unión libre | | Divorciado/a | Separado legalmente

¿Situación de empleo? Tiempo completo | Medio tiempo | No tiene empleo | Trabajador autónomo | Retirado | Militar activo | Estudiante

¿Raza? Indio Americano/Nativo de Alaska | Asiático | Nativo de Hawái /Isleño del pacífico | Negro/Afro Americano | Blanco/Caucásico

¿Etnia? Hispano/Latino | No Hispano/Latino

¿Lenguaje primario? Ingles | Español | Otro _____

¿Necesita los servicios de un interprete? Si | No

¿Es usted un veterano? Si | No

¿Es su residencia parte del programa de "public housing"? Si | No Si respondió "si", ¿De cuál proyecto/urbanización? _____

¿Es usted una persona sin hogar? Si | No Si respondió "si", ¿cuál es su condición? Vive en la calle | Vive con amigos/otros

Hogar de transición | Refugio _____

¿Es su empleo principal en agricultura o en un trabajo por temporada (Trabajador en agricultura por temporada)? Si | No

¿Usted se muda(migra) durante el año por trabajo en agricultura (Migratory Agricultural Worker)? Si | No

¿Orientación sexual? Heterosexual | Lesbiana o Gay | Bisexual | Otro | No sé | Prefiero no responder

¿Identidad sexual? Masculino | Femenino | Trans-género/Femenino-a-Masculino | Trans-género/Masculino-a-Femenino | Otro | Prefiero no responder

Reconocimientos:

- 1) Yo doy mi consentimiento voluntariamente para recibir servicios en *Christ Community Health Services Augusta (CCHSA siglas en ingles)*. Yo doy permiso a todos los proveedores de CCHSA (Salud Mental, Medicina Dental, Educación sobre Diabetes, Servicios para estudiantes y pasantes, Fisioterapia, etc.) de usar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que ellos consideren necesarios para el manejo y tratamiento apropiado médico/dental.
- 2) Yo asigno a CCHSA el pago de las reclamaciones en mi representación. Entiendo que algunos de los servicios que yo reciba puede que no estén cubiertos por mi administrador/tercero de reembolsos/pagos (*Medicare, Medicaid, otro seguro*), Y que yo soy responsable por pagar estas cantidades.
- 3) Yo entiendo que la totalidad del pago se espera antes de que yo reciba servicios en CCHSA. Esto incluye el pago de todas las cuentas de servicios, co-pagos y/o cantidades de coaseguro, con los descuentos basados en mi elegibilidad de descuentos de tarifas.
- 4) Yo entiendo que CCHSA no va a dar recetas médicas para narcóticos en la primera cita de un paciente. Yo también entiendo que los proveedores de CCHSA no garantizan la continuidad en recetas médicas de narcóticos.
- 5) Yo entiendo que CCHSA puede retirarme sus servicios como paciente con causa justificada, o si yo no uso los servicios de un proveedor de CCHSA en un periodo de tiempo de 3 años.
- 6) Entiendo que Christ Community es un sistema de atención médica integrada, lo que significa que todos los proveedores y médicos trabajan juntos para coordinar mi atención. Entiendo que todas mis notas de visita son parte de mi expediente médico. Esto significa que otros proveedores y médicos de Christ Community que me cuidan pueden tener acceso a esta información.
- 7) Algunos servicios de Christ Community Health pueden incluir el uso de equipos de telemedicina y la interacción con proveedores o médicos que no están físicamente en el lugar. Estos servicios se realizan a través de líneas seguras y no se graban en video, ni se enrutan a través de Internet ni se guardan de ningún modo.

Yo confirmo que toda la información proporcionada en este formulario de información del paciente es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del paciente o padre/madre/el guardián legal

NOMBRE EN LETRA IMPRENTA del paciente o padre/madre/el guardián legal

Fecha

Protección de información de salud – Adultos

Nombre del paciente	Apellido	Primer Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
----------------------------	----------	---------------	----------------------------	---------------------

A *Christ Community Health Services Augusta (CCHSA- siglas en ingles)* se le permite compartir la información protegida de salud del paciente (**PHI- siglas en ingles**) solamente con las personas que usted escriba abajo. Esta información (PHI) incluye pero no está limitada al historial de salud del paciente, listas de medicamentos y resultados de exámenes de laboratorio. Estas personas también van a tener permiso para recoger las recetas médicas/medicamentos del paciente.

ACCESO AUTORIZADO A LA INFORMACION DEL PACIENTE (PHI)				¿Podemos dejar mensajes en el teléfono de esta persona?
Nombre completo	Fecha de nacimiento	Numero(s) de teléfono	Relación con el paciente	Si No
Nombre completo	Fecha de nacimiento	Numero(s) de teléfono	Relación con el paciente	Si No
Nombre completo	Fecha de nacimiento	Numero(s) de teléfono	Relación con el paciente	Si No
Nombre completo	Fecha de nacimiento	Numero(s) de teléfono	Relación con el paciente	Si No

CONTACTO DE EMERGENCIA				¿Podemos dejar mensajes en el teléfono de esta persona?
<i>Escribir a alguien aquí, dá permiso de tener acceso a la información del paciente (PHI) sólo si es necesario en caso de una emergencia</i>				
Nombre completo	Fecha de nacimiento	Numero(s) de teléfono	Relación con el paciente	Si No

CCHSA usa *Health Information Exchanges (HIEs – siglas en ingles)* para compartir información (PHI) con otras oficinas médicas, hospitales, farmacias etc. HIEs hace que todos los proveedores de salud tengan acceso a su información de salud de una manera más fácil y rápida para que así ellos le puedan dar a usted el mejor cuidado posible. Sólo a los participantes en la red de HIEs que sean importantes para el cuidado del paciente se les permite compartir y observar la información (PHI) del paciente por medio de HIEs.

Usted tiene derecho a pedir que nosotros no compartamos su información (PHI) por medio de HIEs. El hecho de que usted participe o no, no va a afectar su acceso a los servicios de CCHSA. Si usted no quiere que su información (PHI) sea compartida por medio de HIEs, por favor marque esta casilla.

Declinar

Reconocimientos:

- 1) Me han dado la oportunidad de revisar el Anuncio de prácticas de privacidad.
- 2) Yo doy permiso para que CCHSA use y comparta la información del paciente (PHI) con los terceros necesarios para el pago por tratamiento y por operaciones generales de cuidado de salud.
- 3) Yo doy permiso para que CCHSA comparta la información del paciente (PHI) y que entregue las recetas/medicamentos del paciente a cada una de las personas listadas en la tablilla de “ACCESO AUTORIZADO A LA INFORMACION DEL PACIENTE (PHI)” arriba. Yo tengo el derecho legal de dar esta autoridad a las personas listadas en este formulario.
- 4) Yo entiendo que tengo el derecho de restringir la forma como CCHSA comparte la información (PHI) y que yo puedo cancelar este permiso en cualquier momento.

FIRMA del paciente o del representante	Nombre en letra de imprenta del paciente o del representante	Fecha
--	--	-------

Solicitud para Descuentos Por Escala De Tarifas

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Marque si rechaza los descuentos:

- Rechazo todos los Descuentos por Escala de Tarifas. He recibido información sobre los descuentos disponibles y entiendo que puedo solicitar en cualquier momento en el futuro.*

Enumere las personas que normalmente, principalmente y de manera colectiva dependen del mismo Ingreso del Hogar/Familia. Todas las personas incluidas en el cálculo del Tamaño del Hogar/Familia deben vivir juntas la mayor parte del tiempo. Ninguna persona puede ser considerada miembro de más de un Hogar/Familia.

Nombre y fecha de nacimiento si hay relación	Relación	Ingreso	Semana/Mes/Año	Paciente de la clínica (circulo)
	Propia			Sí
				Sí /No
				Sí /No
				Sí /No
				Sí /No
				Sí /No
				Sí /No
				Sí /No

(Continúe en la página siguiente si es necesario)

Proporcione verificación de ingresos para cada miembro del hogar según esté disponible. Si no se dispone de verificación de ingresos.



Acct# _____

Ejemplos de ingresos a continuación y comprobantes de ingresos aceptables (solo se necesita un documento por cada fuente de ingresos):

- Salarios y sueldos (talón de pago, aplicación de efectivo, formulario fiscal, carta del empleador, formulario de Autodeclaración, etc.)
- Ingresos por trabajo independiente (formulario fiscal, formulario de Autodeclaración, etc.)
- Jubilación, incluyendo pensiones y seguridad social (Estado de Beneficios, recibo de depósito, etc.)
- Ingresos por desempleo (Estado de beneficios, talón de pago)
- Compensación laboral, discapacidad u otros ingresos relacionados (estado de beneficios, talón de pago)
- Manutención de menores y pensión alimenticia recibida (recibo, estado de beneficios, extracto bancario, documento judicial)

Si solicito descuentos, entiendo que al firmar a continuación atestiguo que esta información representa el tamaño de mi hogar y los ingresos de la mejor manera posible. También comprendo que estos descuentos se aplican solo a los servicios prestados mientras tenga un Descuento por Escala de Tarifas activo. Si la documentación se devuelve después de una visita dentro de dos semanas para un nuevo paciente, dos semanas de una nueva solicitud o dos semanas desde una solicitud renovada, los descuentos se aplicarán hasta ese período de dos semanas. Además, entiendo que se espera el pago de todos los pagos aplicables en el momento del servicio. Los nuevos solicitantes y los pacientes renovados (una vez al año) solo pueden estar obligados a pagar una tarifa nominal en el momento del servicio si la solicitud de descuentos está pendiente.

Nombre del solicitante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

**Uso exclusivo de la oficina: aprobado/no aprobado
(Office Use Only: Approved/Not Approved)**

Pt Access Rep Signature: _____

Printed Name: _____

ACTIVE SLIDING FEE LEVEL DATE RANGE _____

LEVEL: A B C D E

Aceptación de la política de no presentación

Sus proveedores de atención médica desean asegurarse de que usted y los demás residentes del área tengan acceso a atención dental de alta calidad cuando la necesiten. Para garantizar el máximo acceso a la atención para todos nuestros pacientes, tenga en cuenta y siga la Política de citas/no presentación.

Cumplir con las citas programadas y llegar con anticipación

Haremos todo lo posible para recordarle su próxima cita con el dentista por teléfono, correo postal o electrónico. Pero es su responsabilidad recordar la fecha y hora de su cita.

Debe llegar 20-30 minutos *antes de* la hora programada. Si no puede asistir o cree que va a llegar tarde a su cita programada, le rogamos que nos lo comunique *lo antes posible*. Notificarlo después de las 3:00 P.M. del día laborable anterior a la cita se considera demasiado tarde y será clasificado como una no presentación. Si llega con más de 5 minutos de retraso, es posible que se le solicite reprogramar la cita. Si tiene dificultades para encontrar transporte, háganoslo saber. Es posible que podamos ponerle en contacto con recursos que puedan ayudarle.

¿Qué se considera una "no presentación"?

- Una persona se considera como no presentada si no asiste a su cita el día de la misma o no notifica a la oficina antes de las 3:00 P.M. del día laborable anterior a la cita.

¿Qué ocurre si no asisto a mi cita?

Cuando usted no asiste a su cita, le quita la oportunidad a otra persona que podría haberla utilizado. **Debido a que muchas personas en nuestra comunidad no tienen acceso a servicios médicos y dentales de calidad, las "no presentaciones" se toman muy en serio.**

Nuevos pacientes:

Si no asiste a su primera cita con el dentista, no se le permitirá programar otra cita durante un año.

Pacientes establecidos:

Si usted no asiste a 2 citas en un período de 12 meses, no se le permitirá programar otra cita durante un año. A los pacientes menores de 18 años se les puede conceder una excepción a la política de no presentación a discreción de un proveedor dental.

Entiendo y acepto cumplir esta política de no presentación.

Firma del paciente o de sus padres/tutores

Fecha

Consentimiento dental general

Nombre del paciente	Apellido	Primer nombre	Inicial del Segundo nombre	Fecha de nacimiento
---------------------	----------	---------------	----------------------------	---------------------

1. Examen, radiografías y limpieza:

Entiendo que la visita inicial requerirá radiografías para completar el examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Si no tengo ninguna preocupación periodontal, se realizará una limpieza preventiva (“regular”). Si el dentista no puede realizar adecuadamente mi examen inicial debido a un cálculo excesivo (sarro), o si se me diagnostica una enfermedad periodontal, entiendo que el tratamiento no será inicialmente una limpieza preventiva ("regular"). Entiendo que el tratamiento puede implicar varias visitas en un corto período de tiempo para tratar adecuadamente mi condición. Me darán una "mejor" estimación de cuanto sería para tratar adecuadamente mi condición antes de que se realice el tratamiento.

2. Drogas, medicamentos y sedación:

He sido informado y entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar enrojecimiento, hinchazón, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). Pueden causar somnolencia y falta de conciencia y coordinación, que pueden aumentar con el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y acepto no operar ningún vehículo o dispositivo peligroso durante al menos 12 horas o hasta que esté completamente recuperado de los efectos de los medicamentos analgésicos o sedantes recetados. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales.

3. Cambios en el plan de tratamiento:

Entiendo que, durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas al trabajar con los dientes que no se descubrieron durante el examen, el más común es la terapia del conducto radicular después de los procedimientos de restauración de rutina o la necesidad de un tapón pulpar durante el procedimiento de restauración. Doy permiso al dentista para que realice cualquiera o todos los cambios y adiciones que sean necesarios.

4. Disfunción de la articulación temporomandibular (TMD):

Entiendo que los síntomas de estallido, chasquido, bloqueo y dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la articulación después del tratamiento dental de rutina en el que la boca se mantiene en la posición abierta durante un período prolongado de tiempo. Sin embargo, los síntomas de TMD asociados con el tratamiento dental suelen ser de naturaleza transitoria y bien tolerados por la mayoría de los pacientes. Entiendo que, si surgiera la necesidad de tratamiento, me remitiría a un especialista para que lo tratara y cuyo costo es responsabilidad del paciente.

5. Rellenos (Empaste, Tapadura):

Entiendo que se debe tener cuidado al masticar el material de relleno durante las primeras 24 horas para evitar la rotura, y la sensibilidad dental es común después de una restauración recién colocada.

6. Extracción de Dientes:

Si se necesita una extracción, se proporcionará un formulario de consentimiento por separado que explica las posibles complicaciones. Se me informará de mis opciones para reemplazar los dientes faltantes (implantes, puentes o prótesis removibles).

Consentimiento dental general

7. Tratamiento periodontal:

Entiendo que, si me diagnostican con enfermedad periodontal, tengo una condición grave que causa inflamación de las encías y / o pérdida de hueso y que puede causar la pérdida de mis dientes. También entiendo que el éxito del tratamiento depende, en parte, de mis esfuerzos para cepillarme los dientes y usar el hilo dental a diario, recibir las limpiezas de mantenimiento según lo indicado, seguir una dieta saludable, evitar los productos de tabaco y seguir otras recomendaciones. Un formulario de consentimiento separado será dado para tratamiento periodontal que detalla adicionalmente el propósito de la terapia y el tratamiento que se proporcionará.

Consentimiento:

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta, por lo tanto: los médicos acreditados no pueden garantizar adecuadamente los resultados. Los resultados dependen en gran medida de mi papel activo en el mantenimiento de la salud bucal adecuada. Reconozco que nadie ha hecho ninguna garantía o garantía con respecto al tratamiento dental que solicito y autorizo. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y es responsable individualmente de la atención dental que se me brinda. También entiendo que ningún otro dentista, aparte del dentista tratante, es responsable de mi tratamiento dental. Puedo rechazar cualquier tratamiento que se propone, pero debe informar al dentista antes del trabajo que se realiza.

FIRMA del paciente o representante del paciente

NOMBRE del paciente o representante del paciente

Fecha