



Registro de paciente

Necesito un intérprete de audición Necesito un intérprete de idiomas

Información del paciente: Nombre Preferido **Fecha(mes/dia/año):**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
Fecha de nacimiento (mes/dia/año)	Número de seguro social	Ocupación
Dirección	Número de apartamento	Apartado postal
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono Principal		correo electrónico

Contacto de emergencia (Alguien que no viva en su casa):

Nombre	Apellido	Número de teléfono	Relación con el paciente
¿Reside el paciente en un hogar de ancianos o un centro de atención residencial?			
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		En caso afirmativo, dónde: Número de teléfono	

Access Family Care participa en programas federales que requieren que solicitemos lo siguiente:

<u>Raza</u>	<u>Idioma preferido</u>	<u>Sexo al nacer</u>	<u>Identidad de género</u>
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Transgénero-Hombre a mujer
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano			<input type="checkbox"/> Transgénero-Mujer a Hombre
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai	<u>Estado civil</u>	<u>Orientación sexual</u>	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay, Homosexual	<input type="checkbox"/> Prefiero no decir
<input type="checkbox"/> Rechazar responder/Desconocido	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Heterosexual	Ingreson familiar anual estimado
	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Bisexual	\$ _____
<u>Etnicidad</u>	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no decir
<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Algo más	# Adultos en el hogar _____
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Prefiero no decir	# Niños en el hogar _____
<input type="checkbox"/> Rechazar responder/Desconocido	<u>Estatus de Veterano</u> <input type="checkbox"/> No es un veterano <input type="checkbox"/> Veterano		
	¿Eres un trabajador agrícola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tiene usted un techo donde vivir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Garante-persona responsable del pago (Complete solo si la parte responsable no es el paciente).

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
Fecha de nacimiento(mes/dia/año)	Número de seguro social	Empleador
Dirección (si es diferente del paciente)		Apartado postal
Ciudad	Estado	Condado
Teléfono Principal		Relación con el paciente
Seguro: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Commercial <input type="checkbox"/> Otro _____		



FORMA DE CONSENTIMIENTO

Nombre del paciente: _____ Paciente Fecha de nacimiento del Paciente: _____ Fecha(mes/dia/año): _____

Consentimiento para la divulgación adicional de información (por teléfono, correo o en persona)

Doy mi permiso para hablar con la persona que he enumerado:

- Cualquier aspecto de la asistencia médica Solo información de salud Solo información financiera

Nombre _____ Parentesco _____ Número de teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Número de teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Número de teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Número de teléfono _____

Consentimiento para tratar a un paciente menor para tratamiento médico o dental

Yo, _____ autorizo a las siguientes personas designadas para consentir el tratamiento

Médico Dental para mi hijo _____. En caso de mi ausencia en el momento de una lesión, enfermedad o atención programada de rutina, también autorizo a la (s) persona (s) nombrada (s) a tomar decisiones relacionadas con la atención de mi hijo y firmar los documentos necesarios en caso de que mi hijo requiera hospitalización en caso de emergencia. Yo (nosotros) aceptamos la responsabilidad financiera por todos los cargos relacionados con cualquier tratamiento médico o odontológico o hospitalización prestados con motivo de esta autorización. Este consentimiento no se aplica a los procedimientos dentales que requieren extracción, óxido nítrico o tratamiento endodóntico (conductos de la raíz). Un padre o tutor legal debe estar presente para estos procedimientos. Esta autorización estará vigente por 1 año o hasta _____.

Yo _____ afirmo que soy el padrastro/madrastra del paciente, que estoy casado/a con el padre/madre natural y vivo con el padre y el niño/a naturales, y que puedo dar mi consentimiento para el tratamiento médico / dental del niño/a.

Agente designado / parentesco _____ Número de teléfono _____

Agente designado / parentesco _____ Número de teléfono _____

Agente designado / parentesco _____ Número de teléfono _____

Agente designado / parentesco _____ Número de teléfono _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por favor, ponga sus iniciales en cada línea:

_____ Doy mi consentimiento como paciente o custodio legal primario o custodio legal conjunto del paciente para cualquier tratamiento o procedimiento que el personal profesional de ACCESS Family Care considere necesario, incluidos, entre otros, los proveedores de servicios médicos, dentales y de salud del comportamiento.

_____ Entiendo que este tratamiento puede incluir radiografías y / o análisis de laboratorio. Entiendo que una visita dental de emergencia puede consistir en un diagnóstico de la afección y el tratamiento necesarios para aliviar la incomodidad, sin embargo, el tratamiento final puede requerir visitas adicionales.

_____ Autorizo a ACCESS Family Care a proporcionar toda la información necesaria para la facturación y el tratamiento de mio del paciente.

_____ Doy permiso para que ACCESS Family Care vea mi historial de medicamentos en el sistema de prescripción electrónica con el fin de proporcionar mircetas de forma segura.

_____ Acepto ser financieramente responsable por todos los cargos y entiendo que el pago completo se espera al momento del servicio.

_____ Solicito que el pago de Medicare, Medicaid u otros beneficios de la compañía de seguros hechos en mi nombre o el del paciente sean asignados a ACCESS Family Care.

_____ Recibí una copia del Acuerdo de la Política del Paciente por No Presentarse de ACCESS Family Care. Entiendo que es mi responsabilidad leer y seguir la información contenida en este aviso.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad leer este aviso y hacer las preguntas que pueda tener.

_____ Recibí una copia del Contrato de paciente no admitido de cuidado familiar de ACCESS. Entiendo que los problemas de asistencia pueden hacer que me despidan como paciente de ACCESS Family Care y acepto que es mi responsabilidad seguir esta política.

_____ Acepto que mi consentimiento sea válido siempre que sea paciente de ACCESS Family Care.

Firma final (se aplica a todos los consentimientos)

X _____
Firma de la parte responsable / tutor legal

Fecha(mes/dia/año)

Firma del personal de ACCESS Family Care



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

SECCION I

(Nombre del paciente) (Inicial del segundo nombre) (Apellido) Fecha de nacimiento (mes/dia/año)

SECCION II INFORMACION DEL HOGAR

Por favor haga una lista de todas las personas que dependen de usted para su sustento o que ayudan con el sustento de la casa

*Los adultos (a excepción de su conyuge, pareja en union libre, o dependientes) que no tienen ingresos deben proveer una carta de cero ingresos notariizada

Table with 5 columns: Nombre, Edad, Relación con el solicitante, ¿Cuanto gana? (salario bruto), ¿Con que frecuencia le pagan? Rows 1-8.

Por favor, incluya documentación de ingresos para cada ADULTO enumerados arriba

SECCION III SEGURO

¿Usted o el paciente tienen seguro medico / dental? Si No

Si la respuesta es SI, proporcione una copia del anverso y reverso de su (s) tarjeta (s) de seguro a la recepción.

SECCION IV DOCUMENTACION DE INGRESO "CERO"

Debe proporcionar UNA de las opciones enumeradas a continuación para la documentación de Cero ingresos:

A. Carta notariizada: Puede obtener un documento de Cero ingreso en su clínica local para ser notariizada

** Las personas mayores de 18 años, que no sea su conyuge, pareja de union libre o dependiente que usted reclama como ocupantes también deben presentar una carta certificada ante un notario que indique que usted cubre sus necesidades basicas como se indico anteriormente.

** Al proporcionar esta información, nos esta dando permiso para contactar a esta persona para verificar el estado de ingresos cero. Consulte con el personal de la recepción si necesita ayuda para obtener los servicios de un notario.

SECCION V DECLARACION JURADA DEL SOLICITANTE

Yo soy el: [] Paciente [] Padre/Madre/Tutor Legal (si el paciente es un dependiente, el padre o tutor legal debe firmar)

Certifico que la información en esta aplicación es verdadera y precisa. Entiendo que es mi responsabilidad completar la solicitud y proporcionar la documentación de ingresos necesaria para obtener el descuento en los servicios. Entiendo que 1.) Mis ingresos declarados sin pruebas solo son válidos por un máximo de un mes, 2) Solo puedo auto declarar una vez cada 12 meses, 3.) Tendré que traer comprobante de ingresos para obtener el descuento después del primer mes, 4.) Tengo dos meses a partir de mi fecha de solicitud inicial para proporcionar la documentación de ingresos requerida para cubrir cualquier otro servicio mas alla del primer mes, 5.) El descuento solo se aplicará a los miembros del hogar nombrados en esta solicitud, y 6.) La falsificación de información o documentación en esta solicitud resultará en la denegación de mi solicitud y cualquier descuento aplicable recibido bajo pretextos será revocado y seré responsable de todos los cargos. Acepto informar a Access Family Care si mi situación financiera cambia significativamente.

Firma

Fecha(mes/dia/año)

Para Uso De Oficina Solamente

Table with 2 columns: Self-Declared Sliding Fee Information, 12 Month Sliding Fee Information. Rows include Expiration Date, Starting Date, Number of Household Members, Total Gross Income, Information entered in chart, Approved Sliding Fee Discount, Completed By.



FORMA DE HISTORIA MEDICA DENTAL

Por favor responda todas las preguntas. Por favor en letra de molde.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE Fecha de Hoy: ____/____/____

Información Dental-

Razón de su visita dental del día de hoy _____

Fecha de su última visita dental: _____ Nombre del dentista: _____

¿Tiene usted miedo o ansiedades relacionadas con sus experiencias dentales previas? SI NO

Si dijo SI, por favor explique _____

Está usted actualmente o ha experimentado cualquiera de los siguientes:
□ Encías que sangran □ Dolor cerca o en los oídos □ Sensibilidad □ Llagas en la boca
□ Mal Aliento □ Sensibilidad a lo caliente, frío o dulce

En la escala del 1 – 10, encierre en un círculo su nivel de dolor. No Dolor Bajo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alto

¿Está usted usando dentaduras removibles? SI NO

Información Médica-

ALERGIAS: ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a cualquiera de los siguientes? Si respondió SI por favor escriba el tipo de reacción en la línea (erupción, ronchas o habones, etc.)

Aspirina, Motrin (Ibuprofeno) SI NO _____ Látex SI NO _____
Anestesia Local SI NO _____ Codeína u otro Narcótico SI NO _____
Acrílico SI NO _____ Metales SI NO _____
Penicilina, Keflex (Cefalexina), u otro antibiótico SI NO _____ Si dijo SI, especifique cual antibiótico _____
Otras alergias (por favor escriba) _____

MEDICAMENTOS: Por favor escriba todos los medicamentos, incluyendo medicinas sin receta:

Table with 5 columns: Nombre del Medicamento, Cantidad/dosis, Frecuencia (que tan seguido), Nombre del Doctor que recetó la medicina, Razón por la que recetaron la medicina

¿Usted fuma? SI NO ¿Usted mastica tabaco? SI NO

¿Usted usa o alguna vez ha usado sustancias controladas (drogas)? SI NO ¿Tiene usted buena salud? SI NO

¿Ha habido algún cambio en su salud general en el último año? SI NO

¿Tiene usted médico de cabecera? SI NO Si dijo SI, ¿Que enfermedad está siendo tratada? _____

El nombre y el teléfono de su doctor: _____

¿Tiene usted alguna enfermedad seria, cirugía o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? SI NO

Si dijo SI, por favor detalle la operación o la enfermedad:

- 1. ¿Alguna vez un Doctor le ha recomendado que tome antibióticos antes de un procedimiento dental "por otra cosa que no sea una infección dental"? SI NO Si dijo SI, por favor especifique _____
2. ¿Está usted tomando adelgazantes de la sangre? SI NO Si dijo Si, por favor indique debajo:
□ Eliquis (Apixaban) □ Xarelto (Rivaroxaban) □ Pradaxa (Dabigatran) □ Heparin (Hemochron) □ Coumadin (Warfarin)
□ Plavix (Clopidogrel Bisulfate) □ Otro _____

3. ¿Está usted tomando o le han recomendado tomar medicinas recetadas para una enfermedad de los huesos? SI NO
 a. Si dijo SI, ¿está usted actualmente tomando o alguna vez ha tomado alguna de las siguientes medicinas?
 Actonel (Risedronate) Boniva (Ibandronate) Fosamax or Fosamax Plus D (Alendronate)
 Skelid (Tiludronate) Didronel (Etidronate) Prolia (Denosumab)
 Xgeva (Denosumab) Otra _____
4. ¿Alguna vez le han administrado cualquiera de las siguientes drogas por vía intravenosa (I.V.) para el tratamiento del cáncer?
 Aredia (Pamidronate) Zometa or Reclast (Zoledronic Acid) Benefos (Clodronate)
5. ¿Tiene alguna articulación artificial? SI NO Si es SI, en dónde _____ Fecha en que la colocaron _____
6. ¿Ha recibido Quimioterapia o Terapia de Radiación para el cáncer o alguna otra enfermedad? SI NO

Mujeres

7. ¿Está usted o podría estar usted embarazada? SI NO Si es así, ¿Cuál es la fecha prevista de parto? _____
 8. ¿Está usted amamantando? SI NO ¿Está usted tomando pastillas anticonceptivas o de reemplazo hormonal? SI NO

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones? Por favor encierre en un círculo la respuesta apropiada.

Fiebre sin explicación	Si	No	Falta de Aire	Si	No	Espectro Autista	Si	No
Inexplicable pérdida de peso	Si	No	Tuberculosis	Si	No	Ansiedad/Depresión	Si	No
Lesión en la cabeza	Si	No	Problemas/Ataque al Corazón	Si	No	Derrame Cerebral	Si	No
Enfermedad de los riñones	Si	No	Fecha _____			Fecha _____		
Cáncer/Tumores	Si	No	Desordenes Mentales	Si	No	Enfermedades Venéreas	Si	No
Tipo _____			Tipo _____			Tipo _____		
Enfermedad Hereditaria del Corazón	Si	No	Epilepsia/Convulsiones	Si	No	Enfermedades Nerviosas	Si	No
Fecha de la reparación						Transplante de médula ósea o de órganos	Si	No
			Angina/Insuficiencia Coronaria	Si	No	Alta Presión	Si	No
Diabetes	Si	No	Dolor en el pecho después de un esfuerzo	Si	No	Artritis/Reumatismo	Si	No
						Problemas de Comportamiento	Si	No
Hipoglucemia	Si	No	Glaucoma	Si	No	Corazón Dañado/Válvulas Artificiales	Si	No
Parálisis Cerebral	Si	No	Alta Presión Sanguínea	Si	No			
Desmayos/Mareos	Si	No	Sinusitis	Si	No	Fiebre Reumática	Si	No
Marcapasos	Si	No	Inyecciones de Cortisona	Si	No	SIDA / VIH	Si	No
Fuegos/Ampollas labiales	Si	No	Úlceras	Si	No	Sangrado	Si	No
Enfermedad de Tiroides	Si	No	Enfermedad del Hígado	Si	No	Transfusión de Sangre	Si	No
Problemas Respiratorios	Si	No	Ictericia	Si	No	Hipertermia Maligna	Si	No
Asma	Si	No	Hepatitis A/B/C	Si	No	Apnea del Sueño/Respiración por la boca	Si	No

Explique cualquier respuesta afirmativa: _____

¿Tiene algún otro problema médico o preocupación? SI NO _____

Nombre de la persona que completó ésta forma: _____ Relación con el paciente: _____

Yo certifico basado en mi conocimiento que las preguntas de ésta forma se han contestado con exactitud. Yo entiendo que si doy información falsa o incorrecta puede perjudicar la salud del paciente. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la clínica dental de cualquier cambio en mi salud o historia médica. No voy a responsabilizar a mi dentista o a cualquier miembro de su personal por cualquier error u omisión que yo haya hecho cuando completé esta forma.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA

Reviewing Dentist _____

Date _____



Acuerdo de paciente de política sin mostrar

El objetivo de ACCESS Family Care es asegurarse de que nuestros pacientes tengan una atención médica y dental de alta calidad cuando ellos lo necesiten. El propósito de este Acuerdo es informarle de los requisitos que se han establecido para su cita en las clínicas de ACCESS Médica y Dental de la siguiente manera:

- **Usted deberá proporcionarnos un número de teléfono que funcione y deberá informarnos si cambia ese número.**
- **Recordatorio de Citas-**Aunque Usted es el único responsable de recordar el día y hora de su cita, nosotros le llamaremos uno o dos días laborales antes para recordarle de su cita.
- **Confirmación de Citas-** Si no podemos hablar con Usted y tememos que dejarle un mensaje de voz, le pediremos que nos llame tan pronto como le sea posible para confirmar si vendrá o no a su cita. Si Usted no confirma su cita, ésta será dada a otro paciente, y si Usted se presenta sin haber confirmado, su cita, nosotros no podremos atenderlo y usted necesitará reprogramar otra cita.
- **Faltar una Cita-**Si Usted no acude a la cita que se ha hecho, será considerada como una cita perdida.
- **Cancelación de Citas-**Si no puede acudir a su cita programada, deberá ponerse en contacto con nosotros por lo menos 24 horas antes de su cita para que podamos ofrecer esa cita a otro paciente. Si Usted no llama 24 horas antes de su cita, contará como una cita perdida.
- **Retraso de Citas-**Si usted se presenta más de 10 minutos tarde de su cita, será considerada como una cita perdida. Su cita se le dará a un Paciente en espera, y en ese caso a Usted se le pedirá que programe, otra cita o tenga que esperar para ser visto.
- **Consecuencias de las Citas Perdidas-** Si en un intervalo de 12 meses tiene tres (3) citas perdidas, ya sea que no haya acudido a su cita, cancelado por lo menos con 24 horas de anticipación, o haber llegado más de 10 minutos tarde a su cita, o cualquier combinación de ellos ésto se le notificará al Médico que lo atiende. El Médico consultará con el Director Médico o Dental, tomarán una decisión sobre sí o no será despedido como paciente o no. Si se ha tomado la decisión de despedirlo como paciente, usted recibirá una notificación por Correo Certificado de que Usted ha sido permanentemente despedido como Paciente de todas las Clínicas de ACCESS Family Care Médica y Dental.

Por favor, póngase en contacto con cualquier de persona le la Clínica si tiene alguna pregunta relacionada con este Acuerdo de la Política del Paciente por no presentarse.

He leído, entiendo y acepto cumplir con este Acuerdo de Política del Paciente por no presentarse.

Nombre del Paciente (Por favor escribe el nombre)

Fecha (mes/día/año)

Firma del Paciente o Padre/Tutor (pacientes menores de 18)

Fecha (mes/día/año)

ACCESS Family Care participa en un intercambio de información médica para que sus proveedores de atención médica puedan acceder a sus registros electrónicos de salud de otros proveedores de atención médica. Este formulario proporciona información sobre Midwest Health Connection y cómo AFC comparte sus registros con la red de información médica para que su proveedor de atención médica pueda compartir y acceder a sus registros electrónicos de salud para que su equipo de atención pueda tomar las mejores decisiones de atención para usted. Sus registros de salud existen en muchos lugares. MHC conecta a sus proveedores, hospitales y laboratorios entre sí. Con una imagen más completa de su salud, su equipo de atención médica puede cuidarlo mejor en el consultorio, el hospital o la sala de emergencias del médico. Usted no tendrá que recopilar registros de diferentes proveedores o recordar el historial de laboratorio y medicamentos, estará disponible para su equipo de atención 24/7.

¿Quién tiene acceso a la Red MHC?

Solo los profesionales de la salud, los planes de salud y otros beneficiarios autorizados tendrán acceso a sus registros médicos, en la medida permitida por la ley, incluso para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. La información de registros médicos está protegida por la ley federal y estatal y los registros compartidos con un intercambio de información médica cumplirán con esas leyes. Puede solicitar al personal de ACCESS Family Care una lista de proveedores de atención médica que hayan visto sus registros o hayan accedido a ellos desde el intercambio de información médica.

Lea las siguientes declaraciones:

- ACCESS Family Care puede participar en uno o más intercambios de información médica (HIEs) y puede compartir electrónicamente su información médica para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros propósitos autorizados, en la medida permitida por la ley, con otros participantes en las HIEs.
- Los tipos de información médica que se pueden compartir a través de HIEs, incluyen, pero no se limitan a: diagnósticos, medicamentos, alergias, resultados de pruebas de laboratorio, informes radiológicos, inscripción de planes de salud y elegibilidad. Dicha información también puede incluir información de salud que puede considerarse particularmente sensible para usted, incluyendo: información de salud mental; Información sobre el VIH/IAD y los resultados de las pruebas; información genética y resultados de pruebas; Tratamiento de ETS y resultados de pruebas, e información de planificación familiar.
- La inclusión de su información médica en un HIE es voluntaria y está sujeta a su derecho a darse de baja. Si no opta por no participar, podemos proporcionar su información médica de acuerdo con la ley aplicable a las HIE en las que participamos. Si desea darse de baja del intercambio de información médica, por favor pida a un miembro del personal de la AFC un formulario de exclusión voluntaria.
- Si decide optar por no compartir datos a través de HIEs, su información ya no se compartirá a través de un HIE, incluso en una emergencia médica; sin embargo, su exclusión no modificará la forma en que se accede y libera su información a individuos autorizados de acuerdo con la ley, incluyendo ser transmitida a través de otros mecanismos seguros (es decir, por fax o una tecnología equivalente).
- La ley actual permite a mis proveedores que me están tratando copiar o incluir mis datos de salud en sus propios registros médicos. Incluso si más tarde cancelo mi consentimiento, los proveedores que he visitado que han copiado mis registros no están obligados a eliminarlos.
- El intercambio de información de salud hará un seguimiento de quién ve mis registros de salud para asegurarse de que están seguros.
- AFC tiene sanciones para cualquier persona que comparta mis datos de manera incorrecta y si sospecho o me entero de que mis datos fueron compartidos o accedidos de la manera incorrecta, puedo comunicarme con ACCESS Family Care al 417-451-0619 y pedir hablar con el Oficial de Privacidad.
- Puede encontrar más información sobre Midwest Health Connection en <https://www.mhc-hie.org/>