



Registro de paciente

Necesito un intérprete de audición Necesito un intérprete de idiomas

Información del paciente: **Fecha:**

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento Número de seguro social Ocupación

Dirección Número de apartamento Apartado postal

Ciudad Estado Código postal Condado

Teléfono Principal Teléfono secundario correo electrónico

Contacto de emergencia (No vive 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?
 sí no ¿Si sí donde? Número de teléfono

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

| | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| <u>Raza</u> | <u>Idioma preferido</u> | <u>Estatus de Veterano</u> | <u>Identidad de género</u> |
| <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> No es un veterano | <input type="checkbox"/> Masculino |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Veterano | <input type="checkbox"/> Femenino |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Otro: | <u>Sexo al nacer</u> | <input type="checkbox"/> Mujer a hombre |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <u>Estado civil</u> | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Hombre a mujer |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai | <input type="checkbox"/> Soltero | <u>Orientación sexual</u> | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay, Homosexual | <input type="checkbox"/> Prefiero no decir |
| <input type="checkbox"/> Más de una raza | <input type="checkbox"/> Viudo | <input type="checkbox"/> Heterosexual | <u>Ingresos del hogar</u> |
| <input type="checkbox"/> Rechazar responder/Desconocido | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> \$ 10,000 o menos |
| <u>Etnicidad</u> | <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> No sé | <input type="checkbox"/> \$10,001-\$20,000 |
| <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Algo más | <input type="checkbox"/> \$20,001-30,000 |
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | <u>Sin Casa?</u> | <input type="checkbox"/> Prefiero no decir | <input type="checkbox"/> \$30,001-\$40,000 |
| <input type="checkbox"/> Rechazar responder/Desconocido | <input type="checkbox"/> Sí | # Adultos en el hogar _____ | <input type="checkbox"/> \$40,001-\$50,000 |
| | <input type="checkbox"/> No | # Niños en el hogar _____ | <input type="checkbox"/> \$ 50,001 y más |
| ¿Eres un trabajador agrícola? <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 Número de seguro social Empleador

Dirección (si es diferente del paciente) Apartado postal

Ciudad Estado Condado Correo electrónico

Teléfono Principal Relación con el paciente

Seguro: Medicaid Medicare Commercial Otro _____

FORMA DE CONSENTIMIENTO

Nombre del paciente: _____ Paciente Fecha de nacimiento del Paciente: _____ Fecha: _____

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 u odontológico u hospitalización prestados con motivo de esta autorización. Este consentimiento no se aplica a los procedimientos dentales que requieren extracción, óxido nitroso 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.

_____ 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

Firma del personal de ACCESS Family Care

SECCIÓN I

(Nombre del paciente) (Inicial del segundo nombre) (Apellido del paciente) (Fecha de nacimiento del paciente)

Nombre del solicitante (Primero, inicial del segundo nombre, Apellido) Fecha de nacimiento del solicitante Relación del solicitante con el paciente

Estado civil: Soltero Casado

Divorciado Viudo

Nombre del cónyuge

Las guías de Subsidio Federal nos exige buscar un 3er responsable antes de aplicar la Ayuda de Descuento

SECCIÓN II INFORMACIÓN DEL HOGAR

Haga una lista de todas las personas que viven en su hogar (incluyéndose a usted) que este ingreso respalda, y cualquier persona a la que reclame como dependiente en su declaración federal de impuestos.

*Los adultos no relacionados deben figurar en la lista si contribuyen al ingreso del hogar (comida / alquiler / servicios públicos).

* Los adultos (a excepción de su Cónyuge) enumerados a continuación con ingresos cero deben proporcionar la documentación requerida.

| Nombre | Edad | Relación con el solicitante | Fuente de ingreso Salarios, Seguridad Social, etc ... | ¿Con qué frecuencia le pagan? (Cada semana, Cada dos semanas, 1 vez al mes, 2 veces al mes, otras) |
|--------|------|-----------------------------|--|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

de miembros del hogar que este ingreso apoya

\$

Ingreso anual bruto total estimado

SECCIÓN III SEGURO

¿Usted o el paciente tienen seguro médico / dental?

Sí No

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

SECCIÓN IV DOCUMENTACIÓN DE INGRESO CERO

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

A. Carta notariada: una carta de la persona o el establecimiento donde se encuentra actualmente indicando que están cubriendo sus necesidades básicas (comida / casa / ropa) y que actualmente no tiene una fuente de ingresos. La carta debe estar NOTARIZADA, fechada dentro de los últimos 30 días, firmada e incluir la información de contacto (dirección y número de teléfono) de la persona que escribió la carta.

** Los adultos que no sean su cónyuge (mayores de 18 años) que viven en el hogar y que usted reclama como dependientes y / o ocupantes también deben presentar una carta certificada ante notario que indique que cubre sus necesidades básicas como se indicó anteriormente.

** Al proporcionar esta información, nos está 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.

B. Verificación de ingresos de los Servicios familiares: si está recibiendo cupones de alimentos o asistencia temporal para familias necesitadas (TANF), una copia de la verificación de ingresos o una declaración de la oficina de Servicios para la familia servirá como comprobante de ingresos.

SECCIÓN V DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE

Certifico que la información en esta aplicación es verdadera y precisa. Entiendo que es mi responsabilidad completar la solicitud y proporcionar la documentación de prueba de ingresos requerida para solicitar servicios con descuento. Entiendo que si no proporciono la documentación de ingresos requerida en mi visita inicial, seré responsable de los cargos completos. Entiendo que tengo 30 días desde mi fecha inicial de servicio para proporcionar la documentación de ingresos requerida y recibir un descuento si califico y que no se aplicará ningún descuento a las cuentas anteriores a 30 días. Acepto informar a Access Family Care si mi situación financiera cambia significativamente. También entiendo que falsificar información o documentación en esta solicitud resultará en que mi solicitud sea denegada y cualquier descuento aplicable recibido bajo falsos pretextos será revocado y yo seré responsable de todos los cargos. Entiendo que esta solicitud y cualquier descuento para el que pueda ser elegible se aplican solo al paciente que figura en esta solicitud. Cualquiera / todos los pacientes adicionales necesitarían solicitar por separado.



FORMA DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre del paciente (Nombre, Segundo Nombre, Apellido) Fecha de nacimiento del paciente Fecha

Ocupación Empleador Estado civil Nombre del médico

Motivo de la visita de hoy: ¿Estás adolorido? Sí No

| Historial médico personal (marque todos los que correspondan): | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Quimioterapia / Radiación | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Radiación a la cabeza / cuello | <input type="checkbox"/> Herpes labial / ampolla de fiebre |
| <input type="checkbox"/> Autismo / Asperger | <input type="checkbox"/> Murmullo cardíaco / Latido cardíaco irregular | <input type="checkbox"/> Trauma en la cabeza / cuello | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Desorden bipolar | <input type="checkbox"/> Problemas / enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva / de desarrollo | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Hipertermia maligna | <input type="checkbox"/> Infección MRSA |
| <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Antecedentes de endocarditis | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Mareos / Desmayos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Convulsiones / epilepsia / trastorno convulsivo | <input type="checkbox"/> Problemas abdominales crónicos |
| <input type="checkbox"/> Moretones / sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Trazo | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula |
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> Aneurisma | <input type="checkbox"/> Cortisona / medicamento esteroideo | <input type="checkbox"/> Acidez |
| <input type="checkbox"/> Atrial Fibrillation | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Cáncer Tipos: | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal |
| | | <input type="checkbox"/> Está tomando o ha tomado medicina de densidad ósea | <input type="checkbox"/> Otro: (enumere abajo) |

| Historial Quirúrgico (Marque todos los que apliquen y anote la fecha): | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angioplastia / bypass cardíaco Tipos: Fecha: | <input type="checkbox"/> Marcapasos Fecha: | <input type="checkbox"/> Historia de problemas de anestesia general Fecha: | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación Tipos: Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Cánula cardíaca Fecha: | <input type="checkbox"/> Otra cirugía de corazón Tipos: Fecha: | <input type="checkbox"/> Apendicectomía Fecha: | <input type="checkbox"/> Oreja nariz garganta Tipos: Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Válvula del corazón Fecha: | <input type="checkbox"/> Cirugía vascular Fecha: | <input type="checkbox"/> Histerectomía Fecha: | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar Fecha: |

Por favor, enumere las cirugías y fechas adicionales:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Enumere cualquier hospitalización reciente, incluidos el motivo y la fecha:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

¿Le gustaría tener información acerca de crear una Declaración de Voluntad Anticipada? Sí No



FORMA DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____ Fecha _____

Medicamentos / suplementos a base de hierbas Sin medicamentos / suplementos herbales

| | |
|----|-----|
| 1. | 6. |
| 2. | 7. |
| 3. | 8. |
| 4. | 9. |
| 5. | 10. |

Alergias No hay alergias conocidas

| | |
|----|----|
| 1. | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |

Historia familiar -Marque si sus parientes sanguíneos han tenido alguno de los siguientes enfermedades:

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Depresión, suicidio |
| <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> Sangrado, coagulación | <input type="checkbox"/> Asma/COPD | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Trastornos hereditarios |
| <input type="checkbox"/> Otro: | | | |

Historia social

¿Usas tabaco? Sí No Tipos: _____ Cantidad / día: _____ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Qué año dejó de fumar? _____

¿Bebes alcohol? Sí No ¿Cuántas bebidas por semana? _____

¿Alguna vez ha usado drogas ilegales? No Sí, usado en el pasado Sí, actualmente uso

Historial de salud de la mujer (los pacientes dentales solo deben responder las preguntas indicadas con *)

Por favor liste la cantidad de: Embarazos: _____ Nacidos vivos: _____ Niños vivos: _____

Abortos involuntarios: _____ Abortos: _____

¿Eres menopáusico / posmenopáusico? Sí No En caso afirmativo, indique la edad de inicio: _____

Fecha del último período menstrual: _____ Fecha de la última mamografía: _____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ Resultado de la prueba de Papanicolaou? Normal Anormal

*¿Estás embarazada actualmente? Sí No ¿Fecha de parto? _____ * ¿Actualmente estás amamantando? Sí No

Nacimiento / Historia pediátrica

Enfermedad / complicaciones maternas? Sí No Me alojé en NICU? Sí No

¿Nacimiento prematuro? Sí No Si es así, ¿qué tan temprano? _____ Historia de alimentación: Pecho Biberón Ambos

Peso al nacer: _____ lbs. _____ oz. ¿Vacunas actualizadas? Sí No

Historia dental

Motivo de la visita de hoy: _____

Fecha de la última visita al dentista: _____ Nombre del dentista: _____

¿Alguna vez un médico le recomendó tomar antibióticos antes de un procedimiento? Responda sí solo si los antibióticos no se recetaron para una infección dental. Sí No

¿Está usando aparatos dentales removibles? Sí No

¿Tiene algún temor o problema serio relacionado con su última visita al dentista? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Certifico que a mi leal saber y entender, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión y que proporcionar información falsa o incorrecta puede ser perjudicial para mi salud (o la del paciente). Entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina médica de cualquier cambio en mi salud o historial médico. No responsabilizaré a mi médico ni a ningún miembro de su personal por ningún error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

FORMULARIO DE HISTORIA DENTAL

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

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
APELIDO 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: Sensibilidad Llagas en la boca
 Encías que sangran Dolor cerca o en los oídos 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:

| 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? YES 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 | Hepatitis B | Si | No |
| Inexplicable pérdida de peso | Si | No | Tuberculosis | Si | No | Hepatitis C | 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 _____ | | | 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 |
| Hipoglucemia | Si | No | Glaucoma | Si | No | Corazón Dañado/Válvulas Artificiales | 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 | 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



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

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

Fecha

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/>