

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Estimado Paciente:** Somos una clínica sin fines de lucro que brinda atención médica a bajo costo en una escala móvil. Los costos de visita para los pacientes son determinado por una escala móvil de tarifas calculada en función de los ingresos y el tamaño de la familia. Debido a nuevos informes federales regulaciones, ahora se requiere la siguiente información para cada paciente. Tenga en cuenta que toda la información es confidencial. Apreciamos su cooperación con estos nuevos requisitos de informes y necesitaremos recopilar esta información en un anualmente.

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				(Por favor dé su licencia de conducir a la recepcionista)			
Apellido del Paciente		Primer Nombre		Segundo nombre		Número de seguro social	
<input type="checkbox"/> Mr.	<input type="checkbox"/> Miss	Fecha de Nacimiento		Edad		Apodo: Nombres previos:	
<input type="checkbox"/> Mrs.							
Dirección de casa (Calle)			(Ciudad)		(Estado)		(Código Postal)
Dirección de envío (Calle o apartado de correos)			(Ciudad)		(Estado)		(Código Postal)
Teléfono de Casa:		Teléfono celular:			Teléfono del Trabajo:		
Dirección de Correo Electrónico							
Ocupación		Empleador			Dirección del Empleador		
Identidad de Género		<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Hombre Transgénero (Mujer a Hombre)		<input type="checkbox"/> Otro	
		<input type="checkbox"/> Hembra		<input type="checkbox"/> Mujer Transgénero (Hombre a Mujer)		<input type="checkbox"/> Prefiero no Revelar	
Sexo al nacer:		<input type="checkbox"/> Hombre		Orientación: <input type="checkbox"/> Heterosexual (No Lesbiana o Gay)		<input type="checkbox"/> Bisexual	
		<input type="checkbox"/> Hembra		Sexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay		<input type="checkbox"/> No Se	
						<input type="checkbox"/> Otro	
						<input type="checkbox"/> Prefiero no revelar	
EN CASO DE EMERGENCIA							
Nombre de un amigo/familiar local o familiar		Relación a el paciente		Teléfono de casa:		Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Método preferido de Contacto (Marque DOS)		<input type="checkbox"/> Teléfono de casa		<input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo		<input type="checkbox"/> Correo electrónico	
		<input type="checkbox"/> Teléfono celular		<input type="checkbox"/> Correo		<input type="checkbox"/> Fax	
INFORMACIÓN DEL SEGURO				(Por favor entregue su tarjeta(s) de seguro a la recepcionista)			
El/Es paciente cubierto por seguro?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si es así por favor marque uno: <input type="checkbox"/> Seguro Privado		<input type="checkbox"/> Seguro Médico del Estado	
						<input type="checkbox"/> Seguro de Enfermedad	
						<input type="checkbox"/> Otro	
Nombre del Seguro Primario		Nombre del titular de la póliza			Póliza #		Copago \$
Relación del Paciente con el Suscriptor		<input type="checkbox"/> Uno mismo		<input type="checkbox"/> Esposa		<input type="checkbox"/> Niño	
						<input type="checkbox"/> Otra	
Nombre de segundo proveedor de seguro		Nombre del de seguro póliza			Póliza #		Copago \$
Relación del Paciente con el Suscriptor		<input type="checkbox"/> Uno mismo		<input type="checkbox"/> Esposa		<input type="checkbox"/> Niño	
						<input type="checkbox"/> Otra	
Cualquier seguro adicional		Nombre del de seguro póliza			Póliza #		Copago \$
Patient's Relationship to Subscriber		<input type="checkbox"/> Uno mismo		<input type="checkbox"/> Esposa		<input type="checkbox"/> Niño	
						<input type="checkbox"/> Otra	
						Fecha de nacimiento del Asegurado	
INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR				(Para completar si el paciente es menor de edad)			
Nombre de la Madre/Guardian		Nombre de Soltera de la Madre		Fecha de Nacimiento		Número de Seguro Social de la Madre/Guardian:	
						Número de Teléfono de la Madre/Guardian:	
Nombre del Padre		Fecha de Nacimiento del Padre		Número de Seguro Social del Padre		Número de Teléfono del Padre	Los Familiares del Paciente
Dirección (si es diferente de la anterior)							
Persona Responsable de Pagar			Relación con el Paciente			Ocupación	
Empleador			Dirección del Empleador			Número de Teléfono del Empleador	

**For Internal Use Only:**

Patient Account #: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ Patient DOB: \_\_\_\_\_

**USTED TIENE DERECHO A OPTAR POR NO PARTICIPAR EN HIE/VIH:  
solicite el formulario de SERVICIOS OPCIONALES para optar por no participar**

**Intercambio de información de salud**

Cuando busca tratamiento médico en una organización que participa en un HIE, su información de salud es accesible. ***Si decide no participar en HIE, no se podrá acceder ni compartir su información de salud, incluso en una situación de emergencia.***

**Detección de VIH**

Como FQHC, participamos en muchos programas federales como parte de la iniciativa para poner fin a la epidemia del VIH. A todos los pacientes de entre 15 y 65 años se les realizarán pruebas de detección del VIH anualmente. ***Si elige no participar, deberá completar un formulario de consentimiento para la prueba de detección del VIH si solicita realizarse la prueba en el futuro.***

Por la presente, asigno todos los pagos de beneficios por servicios salud conductual/médicos/dentales proporcionados a mi o a mis dependientes según el plan anterior a Innis Community Health Center, Inc. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo incurrido y / o no pagado. Estoy de acuerdo en pagar cualquier deducible, coseguro; Copago, por cualquier servicio recibido, independientemente de mi estado de seguro ahora o en cualquier momento en el futuro ejecución de este formulario. Por la presente también autorizo la divulgación de la información requerida en el curso de estos servicios que pueda ser necesaria para procesar mis Reclamaciones. No se pueden presentar reclamaciones sin su firma.

Por la presente autorizo o doy mi consentimiento para el tratamiento diagnóstico y / o terapéutico para mí o para el menor mencionado a continuación que pueda ser considerado necesario o aconsejable por los proveedores de atención médica profesionales de la clínica, doy mi consentimiento para la comunicación en línea, audio y video. Entiendo los riesgos, beneficios y limitaciones de los servicios de telesalud / teledentisteria y el acceso al portal de pacientes. Doy mi consentimiento para que o !omen fotografías médicas de mí o de la persona de la que soy tutor legal. Entiendo que esta información se puede utilizar en mi expediente médico con fines de identificación. También doy mi consentimiento para que Innis Community Health Centers, Inc. Arbor Family Health acceda la información de mis recetas dentro de la red de verificación de elegibilidad de Rx para la continuidad de la atención dentro de mi grupo de proveedores.

**Accidente automovilístico y compensación laboral:** entiendo que soy responsable del 100% de la factura por el tratamiento recibido por un accidente automovilístico o un incidente de compensación laboral, y que debo pagar la factura en su totalidad el día en que se brinda el tratamiento. También entiendo que es posible que no tenga que pagar por el tratamiento prestado si mi abogado o ajustador de reclamos proporciona un documento escrito (que representa un caso de compensación laboral o accidente automovilístico) prometiendo pagar el monto total. Acepto que este formulario de consentimiento será válido por un año para los servicios médicos y/o dentales que se me brinden. Acepto que se puede utilizar una fotocopia de este formulario en lugar del original.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente (en letra de imprenta)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Este consentimiento puede ser retirado o modificado en cualquier momento con el permiso por escrito del paciente, padre / tutor legal de Innis Community Health Centers, Inc. Arbor Family Health. Se puede entregar una copia de este consentimiento a los padres o tutores cuando lo soliciten.

**DATOS ADICIONALES DEL PACIENTE**

Estado Marital	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo	Situacion Laboral	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Ningun
	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado			<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Estudiante	

¿Eres un veterano?  Sí  No

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Alojamiento:	<input type="checkbox"/> Alquiler/Propia	<input type="checkbox"/> Sin hogar	<input type="checkbox"/> N/A	Agricultura	<input type="checkbox"/> Trabajador Migrante	<input type="checkbox"/> Dependiente de Migrante	<input type="checkbox"/> N/A
	<input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> Duplicando	<input type="checkbox"/> Transicional	Estado:	<input type="checkbox"/> Trabajador Temporal	<input type="checkbox"/> Dependiente de la temporada	

Médico de Atención Primaria:	Dentista Primario:	Farmacia Preferida:
------------------------------	--------------------	---------------------

Directiva Avanzada/Testamento Vital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene acceso de transporte para citas de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*** Si es SÍ, ¿trajiste una copia hoy? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Ingreso Anual del Hogar:	<input type="checkbox"/> Menos de \$10,000	<input type="checkbox"/> \$10,001-\$20,000	<input type="checkbox"/> \$20,001-\$40,000	Número de personas que viven en su casa:
	<input type="checkbox"/> Prefiero no revelar	<input type="checkbox"/> \$40,001-\$60,000	<input type="checkbox"/> \$60,001-\$100,000	<input type="checkbox"/> \$100,000+

**INTIMIDAD****FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN HIPAA**

Descargo de responsabilidad: Este documento se proporciona únicamente para fines de referencia. Se aconseja a las Entidades cubiertas bajo HIPAA que se refieran a la política de privacidad para requisitos específicos para la autorización HIPAA.

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso a Innis Community Health Center para:

- Utilitar la siguiente información de salud protegida, y / o  Revelar la siguiente información de salud protegida a:

(Nombre (s) de la entidad para recibir información)

(Relación al nombre escrito)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Información a ser dada (marque todo lo que corresponda):

- Registros médicos  Registros de tratamiento  Registros de diagnóstico
- Otro: \_\_\_\_\_

Si la persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, y la información descrita anteriormente se puede divulgar a otras personas o instituciones y ya no está protegida por estas regulaciones (HIPAA).

Puede negarse a firmar esta autorización. Su negativa a firmar no afectará su capacidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad de los beneficios.

Puede inspeccionar o copiar información médica protegida para ser utilizada o divulgada bajo esta autorización. Para información protegida de salud creada. Como parte de un ensayo clínico, su derecho de acceso se suspende hasta que se complete el ensayo clínico.

Finalmente, puede revocar esta autorización en persona en la oficina o por escrito en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Innis Community Health Center en 6450 Hwy 1, Batchelor, LA 70715. Su aviso no se aplicará a las medidas tomadas por o antes de esta oficina.

Recibiendo una solicitud escrita y firmada revocando la autorización.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Me han proporcionado y entiendo el contenido del Aviso de prácticas de privacidad para Innis Community Health Centers, Inc. y sus identidades. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a la forma en que mi información de salud puede ser utilizada o divulgado para llevar a cabo tratamientos, pagos o operaciones de atención médica en Innis CHC, Inc. y sus identidades no están obligadas a aceptar las restricciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha



A DIVISION OF INNIS COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA/DENTAL**

Yo, \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

**AUTORIZAR:** \_\_\_\_\_ **DR:** \_\_\_\_\_ **DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

Liberar una copia de todos los registros médicos en posesión de la práctica identificada anteriormente con respecto a mi enfermedad y/o tratamiento durante el período de \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_.

**El propósito de esta autorización es:** (coloque una marca de verificación en el espacio en blanco que corresponda)

Atención médica adicional  Personal  Cambio de proveedores  Legal

**Autorizo la divulgación de la siguiente información de salud protegida:** (coloque una marca de verificación en el espacio en blanco que corresponda)

Entire Record  Tratamiento o Prueba  Vacunas  OTRO: \_\_\_\_\_

Informes de laboratorio/rayos X  Historial Médico, Examen, Informes

Esta autorización incluye la divulgación de información sobre pruebas de VIH, diagnóstico o tratamiento de VIH, condiciones tratadas de VIH, abuso de drogas/alcohol abuso y condiciones relacionadas con las drogas y/o diagnóstico psiquiátrico o psicológico. Esta autorización también autoriza la liberación de todos y cada uno registros médicos recibidos por la práctica médica de la oficina de cualquier otro centro o proveedor de atención médica. Entiendo que la copia de los registros enviados a esta clínica de un centro o proveedor de atención médica anterior puede o no representar un registro médico completo.

**Entregue la información anterior como material declarado y autorizado a: (consulte la clínica)**

	CLÍNICA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
	CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DE INNIS	6450 LA HWY 1 BATCHELOR, LA 70715	(P) 225-492-3775	(F) 225-492-3772
	CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DE LIVONIA	8387 Newfield Dr. PO Box 250 LIVONIA, LA 70755	(P) 225-412-0202	(F) 225-412-0366
	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD DE MARINGOUIN	77575 Landry Dr. MARINGOUIN, LA 70757	(P) 225-625-2105	(F) 225-625-2109
	CENTRO DE SALUD COMUNITARIO NEW ROADS	230 Roberts Drive, Suite H. PO Box 1127 NEW ROADS, LA 70760	(P) 225-638-5879	(F) 225-238-8330
	CENTRO DE SALUD COMUNITARIO NEW ROADS SERVICIOS ESPECIALIZADOS (Salud Conductual)	230 Roberts Drive, Suite H. PO Box 1127 NEW ROADS, LA 70760	(P) 225-618-5959	(F) 225-238-8330
	CLÍNICA EN LA ESCUELA DE POINTE COUPEE	8460 Pointe Coupee Rd. New Roads, LA 70760 PO Box 250 LIVONIA, LA 70755	(P) 225-638-3767	(F) 225-638-4058
	CLÍNICA DE SALUD EN LA ESCUELA DE LIVONIA	8387 Newfield Dr. PO Box 250 LIVONIA, LA 70755	(P) 225-412-0404	(F) 225-412-0342
	CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA DE BRUSLY	230 N. Vaughn Dr. BRUSLY, LA 70719	(P) 225-344-0008	(F) 225-343-0623

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo de la firma del paciente o tutor legal  
(Miembro del personal médico)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Revisado: 10/2022

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Raza y etnia (seleccione todas las que correspondan)**

**¿Cuál es su origen étnico?**

- Mexican, Mexican American, Chicano
- Puerto Rican
- Cuban
- Another Hispanic, Latino/a, or Spanish Origin
- Hispanic, Latino/a, Spanish Origin, Combined
- Not Hispanic, Latino/a, or Spanish Origin
- Unreported/Chose Not to Disclose Ethnicity

**¿Cuál es tu raza?**

- Asian Indian
- Chinese
- Filipino
- Japanese
- Korean
- Vietnamese
- Other Asian
- Native Hawaiian
- Other pacific islander
- Guamanian or Chamorro
- Samoan
- Black/African American
- White
- More than one race
- Unreported/Chose Not to Disclose Race

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Solicitud de privilegios de tarifa de escala deslizante**

Para conservar los privilegios de tarifa de escala móvil, **SE DEBE PROPORCIONAR PRUEBA DE INGRESOS DENTRO DE LOS 5 DÍAS DE ESTA SOLICITUD.** (Ejemplo de prueba de ingresos incluye pero no se limita a: Recibo de pago reciente para todos los miembros que trabajan y evidencia de otros ingresos, carta de adjudicación actual o copia impresa de la Administración del Seguro Social, pensión alimenticia o manutención de niños, una declaración en papel con membrete del empleador que indique el promedio de horas trabajadas una semana y la tasa de pago, o un extracto bancario reciente.) Si no se recibe prueba de ingresos o se niega a proporcionar esta información dentro de este tiempo, será responsable del 100% de la factura.

Por favor complete la siguiente información del hogar:

¿Usted o alguien que reside en su hogar recibe alguno de los siguientes?

		Si	No	Monto			Si	No	Monto
A	Empleo				K	Seguridad Social para cónyuge, hijos u otros			
B	Desempleo				L	Cupones de alimentos			
C	Compensación de trabajadores				M	Cualquier apoyo regular de alguien que no viviendo contigo			
D	Beneficios de Huelga				N	Pensión de empleado del gobierno			
E	Beneficios para veteranas				O	Pagos de anualidades de seguro privado y/o seguro regular			
F	Fondos de Capacitación Laboral				P	Dividendos			
G	Pensión alimenticia				Q	Pagos de interés			
H	Manutención de los hijos				R	Pagos de alquiler			
I	Asignaciones para familias militares				S	Regalías			
J	AFDC				T	Ingresos de herencias/ fideicomisos			

Total anual de ingresos de arriba: \_\_\_\_\_

Indique el nombre de cada miembro de su hogar a continuación (si no hay suficiente espacio, use el reverso)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Ingreso	Semanal, quincenal, Bimensual, Mensual

Certifico que he leído o me han leído el cuestionario anterior y que toda la información es correcta. Entiendo que no revelar por completo mis ingresos reales es un acto de fraude y puede ser sancionado con una multa o prisión de acuerdo con la ley federal.

## 2024 Descuentos de escala móvil

Puede ser elegible para **SERVICIOS CON DESCUENTO, ¡incluso con un seguro privado!**

Arbor Health Clinics ofrece servicios con descuento a **TODOS** los que califiquen. Averigüe si es elegible en la escala a continuación.

Cuanta gente hay en su hogar?	NIVEL DE INGRESOS Paga solo \$20	NIVEL DE INGRESOS Pagar 25%	NIVEL DE INGRESOS Pagar 50%	NIVEL DE INGRESOS Pagar 75%	NIVEL DE INGRESOS Pagar 100%
1	\$0 - \$15,060.00	\$15,060.01 - \$20,029.80	\$20,029.81 - \$24,999.60	\$24,999.61 - \$30,120.00	\$30,120.01 +
2	\$0 - \$20,440.00	\$20,440.01 - \$27,185.20	\$27,185.21 - \$33,930.40	\$33,930.41 - \$40,880.00	\$40,880.01 +
3	\$0 - \$25,820.00	\$25,820.01 - \$34,340.60	\$34,340.61 - \$42,861.20	\$42,861.21 - \$51,640.00	\$51,640.01 +
4	\$0 - \$31,200.00	\$31,200.01 - \$41,496.00	\$41,496.01 - \$51,792.00	\$51,792.01 - \$62,400.00	\$62,400.01 +
5	\$0 - \$36,580.00	\$36,580.01 - \$48,651.40	\$48,651.41 - \$60,722.80	\$60,722.81 - \$73,160.00	\$73,160.01 +
6	\$0 - \$41,960.00	\$41,960.01 - \$55,806.80	\$55,806.81 - \$69,653.60	\$69,653.61 - \$83,920.00	\$83,920.01 +
7	\$0 - \$47,340.00	\$47,340.01 - \$62,962.20	\$62,962.21 - \$78,584.40	\$78,584.41 - \$94,680.00	\$94,680.01 +
8	\$0 - \$52,720.00	\$52,720.01 - \$70,117.60	\$70,117.61 - \$87,515.20	\$87,515.21 - \$105,440.00	\$105,440.01 +
Over 8	Agregue \$5,380 por cada persona mayor de 8	Agregue \$5,380 por cada persona mayor de 8	Agregue \$5,380 por cada persona mayor de 8	Agregue \$5,380 por cada persona mayor de 8	Agregue \$5,380 por cada persona mayor de 8

Una vez calificado, debe mostrarnos un comprobante de ingresos válido para recibir sus descuentos. **Documentos aceptados:** declaración de impuestos, talón de cheque reciente, extracto bancario, carta de seguro social o cupones de alimentos. Carta de adjudicación. Complete un formulario de escala móvil disponible en la recepción. Si tienes preguntas, ¡pregúntanos!

Basado en las Pautas de pobreza de 2023, U.S. Salud y Servicios Humanos <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

## Nuestros Coordinadores de Cuidado

¡Los coordinadores de Arbor Family Health están aquí para responder a **TODAS** sus preguntas! Te podemos ayudar:

- Solicitar Medicaid/Medicare
- Solicite los beneficios de SNAP
- Alojamiento de sección 8
- Asistencia con Transporte
- Obtener un teléfono celular
- Prepárate para una entrevista de trabajo
- Red con oportunidades de trabajo locales
- Ayudarlo a aprender cómo ser un empleado exitoso

¡Llámenos hoy y pida hablar con un coordinador de atención!

**1-888-711-3785**



## Consentimiento para el tratamiento Acuse de recibo de la información

La ley estatal requiere que obtengamos su consentimiento para el tratamiento dental. Por favor, pregúntenos sobre cualquier cosa que no entienda y estamos listos para responder a cualquiera de sus preguntas o explicarle algo. Cualquier alternativa en el tratamiento recomendado, incluyendo ningún tratamiento, me han sido explicadas. En términos generales el tratamiento dental contemplado es:

Existen riesgos asociados con cualquier tratamiento dental. Esto incluye la administración de cualquier agente anestésico local en el sitio y la medicación previa antes de que se preste atención dental. Algunos de estos riesgos/complicaciones son, pero no se limitan a, lo siguiente:

- Infección
  - Hemorragia
  - Fracaso de la herida para sanar
  - Lesiones en dientes adyacentes y/o tejidos duros o blandos
  - Parestesia o entumecimiento de: lengua, y o boca y/o cara
  - Fractura de mandíbula (mandíbula inferior) o maxilar (mandíbula superior)
  - Abertura entre la boca y los senos paranasales o boca y nariz
  - Diente o fragmento en seno maxilar
  - Extracción incompleta de los dientes
  - Alveolitis seca
  - Pérdida de dientes
  - Pérdida de hueso
  - Desprendimiento (pérdida imprevista de tejido duro y/o blando)
  - Lesiones a estructuras adyacentes
  - Rotura del instrumento
  - Rotura de raíz(s) y fragmentos de raíz retenidos
  - Tragar y/o aspirar objetos
  - Reacción alérgica a los medicamentos
  - Trismo (dolor en la mandíbula o dificultad para abrir la boca)
  - Failure or treatment to accomplish its purpose
  - Fracaso o tratamiento para lograr su propósito
  - Muerte (en raras ocasiones)
  - Endocarditis bacteriana
- Es posible que se requiera cirugía oral adicional, hospitalización y / o tratamiento adicional en caso de cualquier complicación (s)

### **Reconocimiento**

Reconozco que he leído, o que me lo han leído y entiendo la información contenida en este formulario de consentimiento. Se me dio una oportunidad adecuada para hacer cualquier pregunta y todas las preguntas que se hicieron, fueron respondidas a mi satisfacción.

Por la presente autorizo y dirijo al dentista y/o asociados, higienistas, asistentes de su elección para realizar el diagnóstico, tratamiento dental. Este formulario de consentimiento seguirá siendo válido hasta que lo revoque por escrito.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

NOMBRE:	<b>HISTORIA DE SALUD</b>
Fecha de Nacimiento:	ACCOUNT NUMBER (office use only)

VIH/SIDA positivo..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Artritis/ Reumatismo .. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No válvula cardíaca artificial / marcapasos ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No articulaciones artificiales ... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (Cadera, rodilla, etc)..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  Asthma..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Transfusión de sangre . <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cancer..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No especificar _____ Quimioterapia..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Dolor en el pecho..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  Cardiopatía congénita..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  Diabetes..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Enfisema..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Epilepsia/Convulsiones..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Desmayos/mareos..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Glaucoma..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No fiebre del heno/alergia/urticaria... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Sopolo cardíaco..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Problemas cardiovasculares (Corazón) ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Hemofilia..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Hepatitis A, B, C ..... <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Presión sanguínea alta/baja..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Enfermedad de riñón..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Enfermedad hepática/ictérica amarilla..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Metal/Placas/Tornillos.... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No especificar _____	Prolapso de la válvula mitral..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Trastorno nervioso/ansioso..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Desórdenes neurológicos ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No No Osteoporosis..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Radioterapia ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Fiebre Reumática..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Enfermedad de célula falciforme..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Problema sinusal ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Accidente cerebrovascular..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Tuberculosis..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  Tumores..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Enfermedad de la tiroides..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Ulceras..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---	---	---

¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema que no esté en la lista de arriba y que crea que deberíamos conocer?.....Yes No

Mujer: Estas embarazada ahora? .....Yes \_\_\_\_\_Meses No enfermería? .....Yes No

Fumas? .....Yes No # de años \_\_\_\_\_ Paquetes por día \_\_\_\_\_

Vapeas? .....Yes No Usar un cigarrillo electrónico? .....Yes No Fumar marihuana?.....Yes No

Mojar o masticar? ....Yes No Usas drogas ilegales? ...Yes No Type \_\_\_\_\_

Alguna vez has estado en rehabilitación de drogas o tratamiento de alcohol? ....Yes No

Alguna vez ha cirugía? .....Yes No If **YES**, por favor especificar: \_\_\_\_\_

Esta tomando alguno de los siguientes?

Anticoagulantes.....Yes No

Medicamentos para la presión arterial alta.....Yes No

Tranquilizantes.....Yes No

Otro.....Yes No

**Provider Initials:** \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergias:

Penicilina/Amoxicilina.....Yes No

Latex.....Yes No

Otro: \_\_\_\_\_

**FAMILY MEDICAL HISTORY (Which of the following medical conditions apply to you or an immediate family member?)**

Y	N	Condition & Details	Relationship to patient (Mother, Sister, etc.)	Y	N	Condition & Details	Relationship to patient (Mother, Sister, etc.)
		Asthma				Diabetes	
		Cancer				Convulsiones	
		Alta presión sanguínea				Muerte súbita antes de los 50 años	
		Heart Disease/Heart Attack				Celula falciforme	
		Enfermedad cardíaca / Ataque cardíaco				Tuberculosis	
		Trastorno nervioso / mental				Otro:	
		Otro:				Otro:	

Entiendo que la información anterior es necesaria para brindarme atención dental de manera segura y eficiente. He respondido a todas las preguntas a mi leal saber y entender. En caso de que se necesite más información, tiene mi permiso para preguntar al proveedor o agencia de atención médica respectiva, quien puede divulgarle dicha información. Notificaré al médico de cualquier cambio en mi salud o medicamento.

**Firma del paciente/tutor** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_