



HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Aunque el personal dental, principalmente se ocupa de tratar el área de adentro y alrededor de la boca, también su boca es parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que usted pueda tener, o medicamentos que usted pueda estar tomando, pueden tener una relación importante con el trabajo dental que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está usted ahora bajo cuidado de un doctor?	O Si O No	Si es si Favor Explicar	_____
¿Ha estado usted alguna vez hospitalizado o ha tenido una operación grande?	O Si O No	Si es si Favor Explicar	_____
¿Ha tenido usted alguna vez una seria lesión en la cabeza o en el cuello?	O Si O No	Si es si Favor Explicar	_____
¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas o drogas?	O Si O No	Si es si Favor Explicar	_____
¿Usted toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?	O Si O No	Si es si Favor Explicar	_____
¿Está usted en una dieta especial?	O Si O No	Si es si Favor Explicar	_____
¿Usted usa tabaco(fuma)?	O Si O No	Si es si Favor Explicar	_____
¿Usted usa sustancias controladas?	O Si O No	Si es si Favor Explicar	_____

MUJERES:

¿Está usted embarazada/ tratando de embarazarse? O Si O No ¿Tomando contraceptivo oral? O Si O No ¿Amamantando? O Si O No

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes productos? O Aspirina O Penicilina O Codeína O Acrílico O Metal O Látex O Anestesia Local O Otros - Si es si Favor Explicar _____

Usted tiene o ha tenido algunas de las enfermedades siguientes:

Sida/HIV positivo	O Si O No	Tratamiento de Cortisona	O Si O No	Hemofilia	O Si O No	Díalisis renal	O Si O No
Alzheimer	O Si O No	Diabetes	O Si O No	Hepatitis A	O Si O No	Fiebre Reumática	O Si O No
Anafilaxis	O Si O No	Adicto a Drogas	O Si O No	Hepatitis B o C	O Si O No	Reumatismo	O Si O No
Anemia	O Si O No	Falta de aire fácilmente	O Si O No	Herpes	O Si O No	Escarlatina	O Si O No
Angina de Pecho	O Si O No	Enfisema	O Si O No	Alta Presión Arterial	O Si O No	Culebrilla/ Culebrina	O Si O No
Aritmia o Gota	O Si O No	Epilepsia/ Ataques	O Si O No	Ronchas alérgicas	O Si O No	Enfermedad de Células Falciformes	O Si O No
Válvula del corazón artificial	O Si O No	Sangramiento excesivo	O Si O No	Hipoglucemia	O Si O No	Problemas de Sinusitis	O Si O No
Articulación artificial (coyuntura)	O Si O No	Sed excesiva	O Si O No	Latidos del corazón irregulares	O Si O No	Espina Bífida	O Si O No
Asma	O Si O No	Desmayos o mareos	O Si O No	Problemas de los riñones	O Si O No	Enfermedades del estómago o intestinos	O Si O No
Enfermedades de la Sangre	O Si O No	Tos frecuente	O Si O No	Leucemia	O Si O No	Derrame cerebral	O Si O No
Transfusión de Sangre	O Si O No	Diarrea frecuente	O Si O No	Enfermedades del hígado	O Si O No	Alteración de las Glándulas	O Si O No
Problemas respiratorios	O Si O No	Dolor de cabeza frecuente	O Si O No	Baja presión arterial	O Si O No	Padecimiento de las Tiroides	O Si O No
Morado fácilmente	O Si O No	Herpes genitales	O Si O No	Enfermedades de los Pulmones	O Si O No	Amigdalitis	O Si O No
Cáncer	O Si O No	Glaucoma	O Si O No	Prolapso de la Válvula Mitral	O Si O No	Tuberculosis	O Si O No
Obteniendo Quimioterapia	O Si O No	Alergia por polen	O Si O No	Dolores de la quijada	O Si O No	Tumores crecimientos anormales	O Si O No
Dolores en el Pecho	O Si O No	Ataque / fallo de corazón	O Si O No	Enfermedades de las Paratiroides	O Si O No	Úlceras	O Si O No
Úlceras de resfriados	O Si O No	Soplo/ murmullo cardiaco	O Si O No	Tratamiento Psiquiátrico	O Si O No	Enfermedades Venéreas	O Si O No
Desorden congénito del corazón	O Si O No	Cuentapasos en el corazón	O Si O No	Tratamiento de Radiaciones	O Si O No	Ictericia	O Si O No
Convulsiones	O Si O No	Problema del corazón	O Si O No	Reciente pérdida de peso	O Si O No		

¿Ha tenido usted alguna otra enfermedad seria que no esté nombrada arriba? O Si O No Si es si Favor Explicar: _____
Comentarios: _____

Según mis conocimientos, las preguntas en este modelo han sido contestadas correctamente. Entiendo que proveer Información Incorrecta puede ser de peligro para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental cualquier cambio de mi estado médico.

Firma del Paciente, Padres/ guardián: _____ Fecha: _____

PATIENT DEMOGRAPHICS

FECHA DE REALIZACIÓN (mm/dd/año): _____

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre):		Nombre Preferido:		Doctor Primario:	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/año): ____/____/____		Sexo de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indefinido			
# del Social: ____-____-____		Orientación sexual :		Identificación de género (Marque uno):	
Raza: <input type="checkbox"/> Negro / Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Americano Indio /Alaska Nativo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del pacifico <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No declarado /Rehusado a reportar raza Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano		<input type="checkbox"/> Derecho o Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> No desea contestar		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Transgénico Masculino/ Trans hombre/ Femenina a masculino <input type="checkbox"/> Transgénico Femenino/ Trans mujer/ Hombre-a-mujer (HAM) <input type="checkbox"/> Genero Queer (no exclusivamente hombre o mujer) <input type="checkbox"/> Genero adicional/ Otro. Por favor especifique : _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	
		Estado Matrimonial: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo			
Deshabilitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sin hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Veterano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Dirección del hogar:			Ciudad		NC
					Código Postal
Teléfono de Casa:		Teléfono Celular:		Teléfono del Trabajo:	
				Correo Electrónico:	
Método de Comunicación Preferido: <input type="checkbox"/> Correo Aéreo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico / Texto					
Contacto de Emergencia 1:		Relación:		Teléfono del hogar:	
				Teléfono Celular:	
Contacto de Emergencia 2:		Relación:		Teléfono del hogar:	
				Telephone Celular:	
Persona Responsable:		Relación:		Fecha de Nacimiento (mm/dd/año): ____/____/____	
				# de Social: ____-____-____	
Dirección del hogar de la Persona Responsable:			Ciudad		NC
					Código Postal
Trabajo/ Escuela:					

Desea información sobre las instrucciones anticipadas? (Testamento en vida, procuración de atención médica, etc.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Insurance Information

Nombre del Asegurado Primario: _____		Nombre del Asegurado Secundario: _____	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/año) # de Social: ____ - ____ - ____ / ____ / ____		Fecha de Nacimiento (mm/dd/año) # de Social: ____ - ____ - ____ / ____ / ____	
Seguro Primario:	Empleador:	Seguro Secundario:	Empleador:
Numero de ID del seguro:	Numero de Grupo:	Número del ID del Seguro:	Numero del Grupo:
Dirección del seguro primario:		Ciudad	NC Código Postal
Dirección del seguro secundario:		Ciudad	NC Código Postal

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:**Consentimiento para la atención médica y divulgación de información personal de salud:**

Consiento voluntariamente al tratamiento de salud (es decir, dentales, atención médica o salud del comportamiento) de los proveedores y el personal de Kintegra Health y sus afiliados. Doy mi consentimiento para todo el tratamiento necesario para la atención de enfermedades y lesiones y también exámenes de cuidado preventivo, de laboratorio o sangre (incluyendo pruebas de VIH), vacunas y referidos. Soy consciente de que ni la práctica de la medicina ni el tratamiento de salud mental/comportamiento son una ciencia exacta. No se me han hecho a mí garantías con respecto a los resultados de los tratamientos o exámenes por mis proveedores de salud. Entiendo que Kintegra Health emplea un enfoque de "equipo" para proveer asistencia de salud, y que la información de salud puede intercambiarse entre los proveedores de Kintegra Health y miembros del personal involucrados en mi cuidado para asegurar la planificación del tratamiento y atención adecuados. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida (PHI) para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Si están cubiertos por Medicare o Medicaid. Certifico que la información proporcionada por mí en la aplicación para el pago del título v, XVIII o XIX de la ley de Seguridad Social es correcto. Certifico que he leído y entiendo este formulario. Yo entiendo que estoy inscrito automáticamente en el intercambio de información de salud, pero en cualquier momento puedo optar por no participar completando un formulario de exclusión proporcionado por mi proveedor. Certifico que he leído y entiendo este formulario.

This consent is renewable annually. I may withdraw authorization for services in writing at any time.

Firma del paciente o persona autorizada: _____ **Fecha/Tiempo** _____

Persona Asegurada o el Garantor Financiero: _____ **Fecha/Tiempo** _____

(si es diferente al anterior):

Nota: Kintegra Health, localizada en Gastonia, North Carolina, incluye: Kintegra medical, dental, behavioral health, integrated medicine, and school health practices, as well as mobile medical and dental units throughout North Carolina. **Afiliados:**

Local Health Departments: Catawba, Davie, Davidson, Forsyth, Gaston, Iredell, Lincoln, Mecklenburg.

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

Firma del testigo

Fecha del testigo

Paciente se reusó a firmar

Paciente fue tratado inicialmente para una emergencia. El paciente fue: (Elija uno)

▪ Dada la notificación tras la estabilización o

▪ Se le dará el aviso después de la transferencia

Si tiene dominio limitado del inglés o discapacidad auditiva, ofrezca servicios de interprete sin costo adicional:

Idioma nativo del estado: _____

LEP: Interprete aceptado _____ LEP: Servicios rechazados _____

Nombre/ Número de personas/ Servicios Elegidos/ Usados: _____





Permiso de comunicación – Autorización de liberación de información

Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AÑO) _____
Nombre de la Clínica _____	
está autorizada a divulgar información de salud protegida sobre el paciente arriba mencionado de la siguiente manera y a las personas aquí identificadas.	

Para que Kintegra Health pueda servirle mejor, usted tiene la opción de proporcionarnos los nombres, números telefónicos y su relación con las personas con quienes podemos hablar de sus citas, referidos a especialistas, pruebas, resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud que usted desea que divulguemos.

A la izquierda describa como desea recibir la información e identifique las personas/entidades autorizadas a recibir esta información.	A la derecha describa la información que desea recibir y que puede publicarse a las personas /entidades autorizadas.
<input type="checkbox"/> Correo de Voz <input type="checkbox"/> Correo Postal	<input type="checkbox"/> Médico (Citas, referidos, pruebas o resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud) <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otras personas: Nombre / Número de teléfono / Relación _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Médico (Citas, referidos, pruebas o resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud) <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Comunicación por correo electrónico – Proporcionar la dirección de correo electrónico* _____ <input type="checkbox"/> *Para comunicación por correo electrónico por favor acepte la divulgación abajo:	<input type="checkbox"/> Médico (Citas, referidos, pruebas o resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud) <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Notificación de violación
<input type="checkbox"/> Comunicación por texto -- Proporcionar el número de teléfono* _____ <input type="checkbox"/> * Para comunicación por texto por favor acepte la divulgación abajo:	<input type="checkbox"/> Recordatorio de citas <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> * Para el correo electrónico y/o la comunicación de texto entiendo que si la información no se envía de manera encriptada existe el riesgo de que se pueda acceder de manera inapropiada. Todavía elijo recibir correo electrónico y/o comunicación de texto como seleccionado.	

<input type="checkbox"/> Foto del paciente recibida por parte del paciente o guardián legal	<input type="checkbox"/> Puede ser publicada en la oficina
<input type="checkbox"/> Foto tomada por el personal (Ejemplo: pre/post procedimiento)	<input type="checkbox"/> Puede ser publicada en la internet
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro _____

Por favor firmar en la parte de atrás

Revisado Oct 2014; Abril 2017

Derechos del Paciente:

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.
- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se revelara como se describe en este documento.
- La revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido revelada pero será efectiva en el futuro.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una revelación por parte del receptor y puede que ya no este protegida por la ley federal o estatal.
- Tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y mi tratamiento no estará condicionado a la firma de este.

Esta autorización se mantendrá en efecto hasta que el paciente la revoque.

 Firma del paciente o del representante Fecha _____

*Descripción de la autoridad del representante personal (adjunte documentación necesaria)

Estoy revocando mi autorización para revelar la información médica protegida previamente solicitada.

 Firma del paciente o representante personal Fecha _____



Kintegra Health Regulaciones de la Oficina

Nuevos Pacientes: Llegue treinta (30) minutos temprano para el registro de pacientes.

Emergencias: Los pacientes sólo se les permite un (1) cita de emergencia como un nuevo paciente. La próxima cita será para un examen, limpieza y radiografías.

Escala de Tarifa: Comprobante de ingresos es requerido en la primera cita. Si no se presenta, se le cobrará la tarifa completa hasta que la información de ingresos sea presentada a nosotros. Toda la información debe ser actualizada anualmente.

Llegadas tardías: Si usted llega más de diez (10) minutos tarde a su cita, se le puede pedir hacer una nueva cita para que podamos tener tiempo suficiente para completar su tratamiento. Esto es a la discreción del dentista.

Cancelaciones: Si necesita cancelar una cita, usted debe llamar por lo menos veinticuatro (24) horas antes de su cita. Cualquier cosa menos de seis (6) horas es vista como una cita perdida. Cuando un paciente pierde una cita, perdemos la oportunidad de cuidar de ese paciente, así como otro paciente que podría haber utilizado esa cita.

NO LLAMAR / NO PRESENTARSE

- Primera cita perdida: Una nota se colocará en el historial y el paciente se le recordará verbalmente de nuestra política por perder la cita.
- Segunda cita olvidada: Una nota se colocará en el historial, el paciente se le recordará verbalmente de nuestra política por perder la cita, y el paciente no se le permitirá volver a programar una cita por los próximos tres (3) meses.

Solo adultos: Una carta debe ser escrita dirigida a nuestro Director Dental explicando lo siguiente:

1. Porque perdió la última cita
2. Porque piensa usted que necesita otra cita
3. También debe admitir que usted gastó tiempo donde pudimos atender a otra persona.
4. También aclarando que está de acuerdo que si pierde su cita se le tendrá prohibido hacer otra cita por todo un año.

- Tercera cita olvidada: El paciente no se le permitirá hacer una cita con anticipación por un período de un (1) año, excepto en casos de emergencia.
- Si un paciente está programado con otro miembro de la familia y los dos no se presentan a su cita, la familia tendrá prohibido programar varias citas en el mismo día.

Acompañantes de los niños: Le agradecemos por confiar en nuestro equipo dental durante el tratamiento para su hijo. Las habitaciones son pequeñas y preferimos que sólo uno de los padres acompañe a su niño. Niños mayores de 6 años pueden ser trasladados al área de tratamiento por nuestro personal. Antes de que su hijo sea trasladado, nuestro personal le preguntará a usted problemas dentales que su hijo está experimentando y cualquier cambio en su historia médica. Los padres de los niños mayores se les motiva que ayuden a sus hijos brindándoles independencia durante la cita, pero nunca es prohibido acompañar a sus hijos. Además, los padres que tienen ansiedad pueden ayudar a que sus hijos tengan una experiencia más positiva sin la presencia de ellos durante la cita. Nuestro objetivo final es dar a su hijo la mayor calidad de posibilidades de tener éxito en su tratamiento dental para que puedan llevar esta confianza por el resto de sus vidas.

Fotografía: Por favor, consulte tomar fotografías y videos para su uso personal con el dentista antes de hacerlo. Algunas veces la clínica toma fotografías de nuestros pacientes, pero sólo con su permiso por adelantado.

Entiendo y acepto este reglamento de no llamar/ no presentarse.

Firma de paciente/padre: _____ Fecha: _____



Patient label

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO**

Estamos obligados por ley a proporcionarle nuestro aviso de prácticas de privacidad que explica cómo usamos y revelamos su información médica. También estamos obligados a obtener su firma reconociendo que este aviso se ha puesto a su disposición en una de estas formas:

- <http://www.kintegra.org>
- Por escrito al Oficial de Privacidad Kintegra Health, 200 E. Second Avenue, Gastonia, NC 28052
- O solicitando uno en cualquier oficina del proveedor GFHS

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

(Representante autorizado o paciente)

Relación con el paciente: Yo cónyuge Padre/guardián Otro: _____

Razón paciente incapaz / dispuesto a firmar:

<input type="checkbox"/> Foto del paciente recibida por parte del paciente o guardián legal	<input type="checkbox"/> Puede ser publicada en la oficina
<input type="checkbox"/> Foto tomada por el personal (Ejemplo: pre/post procedimiento)	<input type="checkbox"/> Puede ser publicada en la internet
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro _____

Por favor firmar en la parte de atrás

Revisado Oct 2014; Abril 2017

<p>Derechos del Paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. • Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se revelara como se describe en este documento. • La revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido revelada pero será efectiva en el futuro. • La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una revelación por parte del receptor y puede que ya no este protegida por la ley federal o estatal. • Tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y mi tratamiento no estará condicionado a la firma de este.

Esta autorización se mantendrá en efecto hasta que el paciente la revoque.

_____ Fecha _____
 Firma del paciente o del representante

*Descripción de la autoridad del representante personal (adjunte documentación necesaria)

Estoy revocando mi autorización para revelar la información médica protegida previamente solicitada.

_____ Fecha _____
 Firma del paciente o representante personal