



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

MUJERES:

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

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

Usted tiene o ha tenido algunas de las enfermedades siguientes:

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

¿Ha tenido usted alguna otra enfermedad seria que no esté nombrada arriba? Sí 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 INFORMATION

Fecha de realización (mm/dd/año): ____/____/____

Nombre legal del paciente (Apellido, Nombre)			Nombre Preferido:			Doctor Primario:		
Demografías:								
Fecha de nacimiento: (mm/dd/año) ____/____/____ Número del Social: ____ - ____ - ____			Sexo de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indefinido			Identificación de género (Marque uno): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino/ Trans hombre/ Femenina a masculino <input type="checkbox"/> Transgénero 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		
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			Orientación sexual : <input type="checkbox"/> Derecho o Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> No desea contestar			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		
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano								
Numero de teléfono: Casa: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____			El niño/a vive con: <input type="checkbox"/> Los dos padres <input type="checkbox"/> Padre/Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre/Madre 2 <input type="checkbox"/> Abuelos/as : _____ Guardián legal: _____ Persona actuando en lugar del padre o madre: _____					
Método preferido de comunicación: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico/Texto								
Padre 1 / Información del guardián:				Padre 2 / Información del guardián:				
<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia				<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia				
Fecha de nacimiento ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino	# de social: ____ - ____ - ____	Fecha de nacimiento ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino	# de Social: ____ - ____ - ____			
Dirección:			Dirección:					
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código Postal			
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono Celular	Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular			
Correo electrónico		Compañía de trabajo	Correo electrónico		Compañía de trabajo			

Información de contacto de emergencia adicional :

Nombre: _____ Relación: _____

Numero de teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Primario:			Secundario/Supplemental:		
Nombre del Plan:			Nombre del Plan:		
Dirección de Reclamos (Dirección física / Correo de Caja)			Dirección de Reclamos (Dirección física / Correo de Caja)		
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Numero de telephone			Numero de teléfono		
Numero de póliza	Numero de Group		Numero de póliza	Numero de Grupo	
Nombre del suscriptor (Si es diferente al paciente - Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)			Nombre del suscriptor (Si es diferente al paciente - Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)		
Fecha efectiva:	Fecha de expiración:		Fecha efectiva:	Fecha de expiración:	
Nombre del Garante:	Compañía:		Nombre del Garante:	Compañía:	
Monto del Co-pago:	Relación al paciente:		Monto del Co-pago:	Relación al paciente:	
Tipo del plan: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Self Pay			Tipo del plan: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Self Pay		
Persona responsable de pagar el cobro: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián u Otro: _____					
COMO ESCUCHO SOBRE NOSOTROS? _____					

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Consentimiento para la atención médica y divulgación de información médica: Doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento de la atención médica (es decir, atención médica y / o salud conductual) de los proveedores de salud médica y conductual, y el personal de Kintegra Health. Doy mi consentimiento para todo el tratamiento necesario de enfermedades y lesiones y la atención preventiva, incluidas las pruebas de detección, el trabajo de laboratorio (incluidas las pruebas de VIH), las vacunas y las derivaciones. Soy consciente de que ni la práctica de la medicina ni la entrega de tratamiento de salud mental / conductual es una ciencia exacta. No se me han garantizado los resultados de los tratamientos o exámenes realizados por mis cuidadores. Entiendo que Kintegra Health emplea un enfoque "basado en el equipo" para la prestación de atención médica y que la información de salud puede intercambiarse entre los proveedores de Kintegra Health y los miembros del personal involucrados en mi atención para garantizar la planificación adecuada del tratamiento y la atención adecuada. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de Información de salud protegida (PHI) sobre mí para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que me inscribo automáticamente en el Intercambio de información de salud, pero en cualquier momento puedo optar por no participar completando un Formulario de exclusión provisto por mi proveedor. Certifico que he leído y entiendo este formulario.

Este consentimiento es renovable anualmente. Puedo retirar la autorización para servicios médicos o de salud del comportamiento en cualquier momento.

Nota a pie de página: Kintegra Health, con sede en Gastonia, Carolina del Norte, incluye Kintegra Medical, Dental, Integrated Medicine y Behavioral Health Practices en todo Carolina del Norte. Afiliado: Departamentos locales de salud: Catawba, Davie, Davidson, Forsyth, Gaston, Iredell, Lincoln, Mecklenburg.

SERVICIOS CONFIDENCIALES: Entiendo que la Sección 90 - 21.5 de los Estatutos Generales de Carolina del Norte protege el derecho de un menor a recibir servicios relacionados con enfermedades de transmisión sexual, embarazo, abuso de drogas y trastornos emocionales sin el consentimiento de los padres. Entiendo que de acuerdo con los Estatutos Generales de Carolina del Norte 90 - 21.4 los proveedores médicos no están obligados a notificarme sobre los servicios prestados en estas áreas a menos que la situación, en opinión del proveedor medial, indique que la notificación es esencial para la vida o la salud del menor. Entiendo que si solicito información sobre estos servicios, el proveedor médico compartirá información conmigo solo si el proveedor considera que lo mejor para la salud y el bienestar de mi hijo es hacerlo. Además, entiendo que Kintegra Health y todas sus afiliadas harán todo lo posible para alentar a mi hijo a hablar conmigo sobre problemas y servicios.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO: garantizo el pago a Kintegra Health y sus afiliados por todos los cargos por los servicios prestados a mi hijo a menos que se renuncie específicamente según el tamaño de la familia y los ingresos, de acuerdo con la política de facturación de Kintegra Health. Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro. Autorizo el pago de beneficios médicos, quirúrgicos y de comportamiento, que de otro modo me serían pagaderos, a Kintegra Health por los servicios prestados. Si está cubierto por Medicare o Medicaid, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo los Títulos V, VVIII y / o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta.

Padre/ Guardián legal/ Persona que actúa en el lugar del padre:

Fecha: _____

Imprimir nombre: _____ Firma: _____

SOLO PARA USO OFICIAL:

Firma del testigo _____		Fecha/ Hora _____	
<input type="checkbox"/>	Paciente se reusó a firmar		
<input type="checkbox"/>	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: _____			
<input type="checkbox"/>	LEP: Interprete aceptado _____	<input type="checkbox"/>	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.

Correo de Voz

Correo Postal

Otras personas:

Nombre / Número de teléfono / Relación

Comunicación por correo electrónico – Proporcionar la dirección de correo electrónico*

*Para comunicación por correo electrónico por favor acepte la divulgación abajo:

Comunicación por texto – Proporcionar el número de teléfono*

* Para comunicación por texto por favor acepte la divulgación abajo:

* 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.

Médico (Citas, referidos, pruebas o resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud)

Financiera

Otro _____

Médico (Citas, referidos, pruebas o resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud)

Financiera

Otro _____

Médico (Citas, referidos, pruebas o resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud)

Financiera

Notificación de violación

Recordatorio de citas

Otro: _____

<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/pos procedimiento)	<input type="checkbox"/> Puede ser publicada en la internet
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro _____

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.

_____ 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

Revisado Oct 2014; Abril 2017



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: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO EN AUSENCIA DE PADRE (S)

En caso de que los padre (s) o tutores de este niño no puedan acompañar al niño a la visita de oficina, no puede ser alcanzado, o en caso de emergencia, que los padre (s) o tutor legal de _____, autorizar a los médicos de Kintegra Health para administrar tal atención médica como indicado debido a enfermedad, (médico, del comportamiento o quirúrgica) y además el consentimiento dicho tratamiento, procedimientos, consultas médicas, consultas del comportamiento, consultas quirúrgicas y procedimientos quirúrgicos que se indican a llevarse a cabo.

Indique las personas que están autorizadas a llevar a mi hijo para recibir atención médica:

- | | | |
|----|---------------------------------|----------------------|
| 1) | _____ | _____ |
| | Nombre de la persona autorizada | Relación al paciente |
| 2) | _____ | _____ |
| | Nombre de la persona autorizada | Relación al paciente |
| 3) | _____ | _____ |
| | Nombre de la persona autorizada | Relación al paciente |

Padre o Tutor Legal

Firma de Testigo

Fecha

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:
