

Colocar la etiqueta  
del paciente  
aquí

# Historial médico

Si necesita ayuda para completar este formulario, háganoslo saber.

**Paciente:** \_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre completo en letra imprenta)

Aunque el personal especializado en odontología trata principalmente el área de dentro y alrededor de la boca, esta forma parte de su cuerpo. Es posible que los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que pueda estar tomando, tengan una interrelación importante con la práctica odontológica que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas relacionadas con el paciente antes mencionado.

¿Tiene un médico de atención primaria?  Sí  No      ¿Consume sustancias controladas?  Sí  No  
¿Recibe atención de un especialista?  Sí  No      ¿Alguna vez ha estado hospitalizado o tuvo una operación mayor?  Sí  No  
¿Está con una dieta especial?  Sí  No      ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?  Sí  No  
¿Consume tabaco, vapeadores o cigarrillos electrónicos?  Sí  No

\* Si ha respondido sí a cualquiera de estas preguntas, explíquelas en la sección **Comentarios** en la parte inferior de esta página.

¿Está tomando algún medicamento, píldora o medicamento?  Sí  No

\* Incluya **todos** los medicamentos y dosis. Si necesita más espacio, use el reverso de este formulario.

¿Toma o ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bisfosfonatos (medicamentos para fortalecer los huesos para la osteoporosis y otras afecciones óseas).  Sí  No  
Radiación en la cabeza y el cuello  Sí  No

¿Es alérgico a alguno de los siguientes?  Sin alergias conocidas

Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metal  Látex  Anestésicos locales  Otros. Si la respuesta es sí: \_\_\_\_\_

## Mujeres:

¿Está embarazada/tratando de quedar embarazada?  Sí  No | ¿Está tomando anticonceptivos orales?  Sí  No  
¿Está amamantando?  Sí  No

¿Tiene, o ha tenido, alguno de los siguientes? **Se debe marcar una casilla por cada afección.**

Reflujo gástrico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras bucales/Ampollas febriles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergias estacionales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
TDAH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno cardíaco congénito <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SIDA/VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Niveles elevados de colesterol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas sinusales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urticaria o erupción cutánea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Reacción alérgica grave <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sequedad bucal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia (niveles bajos de azúcar) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamentos esteroideos (durante más de 2 semanas) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drogadicción (Pasada o presente) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latidos irregulares <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad estomacal/intestinal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ansiedad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema - EPOC <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas renales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis/Gota <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de extremidades <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula cardíaca artificial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bruxismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Episodios de desmayos/mareos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza/Migraña <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno del espectro autista <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno autoinmunitario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque cardíaco/Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en las articulaciones de la mandíbula (ATM) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores o crecimientos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tendencia a aparición de hematomas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Premedicación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atención psiquiátrica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ETS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas y enfermedades cardíacos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamientos con radiación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia (enfermedad de la sangre) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Hepatitis A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Culebrilla <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Desviaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Alguna vez ha tenido afecciones médicas que no se mencionan anteriormente?  Sí  No. Si la respuesta es sí, explíquelas en la sección **Comentarios**

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A mi leal entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio odontológico sobre cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre, tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE**

**FECHA DE FINALIZACIÓN** (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

<b>Nombre legal (Apellido, Nombre, MI):</b>		<b>Nombre preferido:</b>	
<b>Médico de cabecera:</b>		<b>Fecha de nacimiento</b> (mm/dd/aaaa):	<b>Núm. de seguro social:</b>
<p><b>Raza:</b></p> <input type="checkbox"/> Nativo de la India <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> De otra parte de Asia <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No declarado/Decido no divulgar		<p><b>El niño vive con:</b></p> <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Abuelo: _____ Tutor legal: _____ Persona que asume responsabilidad en lugar de los padres: _____	
<p><b>Etnia:</b></p> <input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano Americano/Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano/latino/español <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Origen español/Combinado <input type="checkbox"/> No hispanos/latinos <input type="checkbox"/> No declarado/Decido no divulgar		<p><b>Información del padre 1/tutor:</b></p> Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__    Núm. de seguro social: ____-____-____ Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Dirección: _____ Ciudad: _____    Estado: _____    Código postal: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Nombre del empleador: _____	
<p><b>Sexo asignado al nacer:</b></p> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indefinido		<p><b>Información sobre el padre 2/tutor:</b></p> Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__    Núm. de seguro social: ____-____-____ Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Dirección: _____ Ciudad: _____    Estado: _____    Código postal: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Nombre del empleador: _____	
<b>Dirección residencial:</b>		<b>Ciudad</b>	<b>NC</b> <b>Código postal</b>
<b>Teléfono - casa:</b>	<b>Teléfono - celular:</b>	<b>Teléfono - trabajo:</b>	<b>Dirección de correo electrónico:</b>
<b>Método de comunicación preferido:</b> <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico/Texto			
<b>Parte responsable:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> (mm/dd/aaaa):	<b>Núm. de seguro social:</b>
<b>Domicilio del responsable:</b>		<b>Ciudad</b>	<b>NC</b> <b>Código postal</b>

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

<b>Nombre del asegurado principal:</b> _____		<b>Nombre del asegurado secundario:</b> _____	
<b>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):</b>   <b>Núm. de seguro social:</b> ____/____/____   _____-____-____		<b>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):</b>   <b>Núm. de seguro social:</b> ____/____/____   _____-____-____	
<b>Seguro principal:</b>	<b>Empleador:</b>	<b>Seguro secundario:</b>	<b>Empleador:</b>
<b>Parentesco con el paciente:</b>		<b>Parentesco con el paciente:</b>	
<b>Número de identificación del seguro:</b>	<b>Número de grupo:</b>	<b>Número de identificación del seguro:</b>	<b>Número de grupo:</b>
<b>Dirección del seguro principal:</b>	<b>Ciudad</b>	<b>NC</b>	<b>Código postal</b>
<b>Dirección del seguro secundario:</b>	<b>Ciudad</b>	<b>NC</b>	<b>Código postal</b>

<b>Firma del padre/tutor legal:</b> _____	<b>Fecha/Hora</b> _____
<b>Nombre en letra de imprenta del padre/tutor legal:</b> _____	
<b>Parte asegurada o garante financiero (en caso de ser distinto):</b> _____	<b>Fecha/Hora</b> _____

## Código de conducta del paciente

En Kintegra Health estamos comprometidos a brindar la atención de la más alta calidad a nuestros pacientes. Esperamos que nuestros pacientes se comporten de forma respetuosa con nuestro personal y otros pacientes. A fin de garantizar un ambiente seguro y cómodo para todos, le pedimos que cumpla con el siguiente código de conducta:

### **Respeto**

Los pacientes deben respetar a los profesionales de la salud que los atienden, así como a otros pacientes en el centro. Esto incluye abstenerse de cualquier tipo de abuso verbal o físico, lenguaje discriminatorio o cualquier otro comportamiento que pueda ser ofensivo para los demás. Los pacientes también deben respetar la privacidad y confidencialidad de los demás pacientes, así como la suya propia.

### **Comunicación**

Los pacientes deben comunicarse de forma abierta y honesta con sus proveedores de atención médica. Esto incluye proporcionar información precisa sobre sus antecedentes médicos, síntomas y cualquier medicamento o tratamiento que reciban actualmente. Los pacientes también deben hacer preguntas y buscar aclaraciones cuando sea necesario, para asegurarse de que tienen una comprensión clara de su diagnóstico, plan de tratamiento y cualquier otro problema médico.

### **Cumplimiento**

Los pacientes deben seguir el plan de tratamiento prescrito por su proveedor de atención médica. Esto incluye tomar los medicamentos según las indicaciones, asistir a las citas programadas y seguir cualquier otra instrucción o recomendación proporcionada por el equipo de atención médica. Los pacientes también deben informar a su proveedor de atención médica sobre cualquier cambio en su salud o afección médica.

### **Seguridad**

Los pacientes deben asumir la responsabilidad de su propia seguridad y bienestar. Esto incluye informar a su proveedor de atención médica sobre cualquier alergia o reacción adversa a los medicamentos, informar cualquier incidente o inquietud relacionada con la seguridad y seguir todas las pautas y protocolos de seguridad establecidos por el centro de atención médica.

### **Ambiente**

Los pacientes deben respetar el centro de atención médica y sus recursos. Esto incluye mantener las instalaciones limpias, seguir todas las normas y regulaciones y utilizar los recursos de manera adecuada.

Nos reservamos el derecho de negar el servicio a cualquier paciente que no cumpla con este código de conducta. Agradecemos su cooperación para ayudarnos a mantener un ambiente seguro y respetuoso para todos.

### **Reconocimiento**

He leído el Código de conducta de pacientes de Kintegra Health y comprendo y acepto cumplir con el mismo.

---

Firma del paciente

---

Fecha

---

Firma del padre, la madre o tutor (si corresponde)

---

Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Consentimiento para la atención médica y la divulgación de información personal de salud:**

Doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento de atención médica (es decir, dental, atención médica y / o salud conductual) de los proveedores y el personal de Kintegra Health, Inc. y todos sus afiliados. Doy mi consentimiento para todo el tratamiento necesario de enfermedades y lesiones y atención preventiva, incluidos exámenes de detección, análisis de laboratorio (incluidas las pruebas de VIH), vacunas y referencias. 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 hecho garantías con respecto a los resultados de los tratamientos o exámenes realizados por mis cuidadores. Entiendo que Kintegra 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 y los miembros del personal involucrados en mi atención para garantizar una planificación adecuada del tratamiento y una atención adecuada. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de información médica protegida (PHI) sobre mí para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Entiendo que mi información médica podría incluir historial médico o información sobre el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad transmisible (como una infección de transmisión sexual, VIH / SIDA o hepatitis), enfermedad mental, alcohol o uso de sustancias. Si está cubierto por Medicare o Medicaid, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título V, XVIII y / o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Certifico que he leído y entiendo este formulario. 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. Este consentimiento es renovable anualmente. Puedo retirar la autorización para los servicios en cualquier momento. **Inicial \_\_\_\_\_**

**Aviso de Reconocimiento de Práctica de Privacidad:**

Estamos obligados por ley a proporcionarle nuestro Aviso de prácticas de privacidad que explica cómo usamos y divulgamos su información de salud. También estamos obligados a obtener su firma reconociendo que este aviso se ha puesto a su disposición de la siguiente manera: <http://www.kintegra.org>, escribiendo a la Oficina de Privacidad de Kintegra Health, 200 E. Second Ave, Gastonia, NC 28052, o solicitando uno en cualquier ubicación de Kintegra Health Provider. **Inicial \_\_\_\_\_**

**Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios de Seguro:**

Garantizo el pago a Kintegra Health y sus afiliados por todos los cargos por los servicios que me brindan a menos que se renuncie específicamente en función del 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 salud conductual, que de otro modo me serían pagaderos a mí, a Kintegra Health por los servicios prestados. Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo los Títulos V, VIII y / o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. **Inicial \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona autorizada\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Asegurado o Garante Financiero (si es diferente de lo anterior)\_\_\_\_\_  
Fecha

Nota al pie: 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 de salud locales: Catawba, Cleveland, Davie, Davidson, Forsyth, Gaston, Iredell, Lincoln, Mecklenburgo.



## 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. 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 vídeos 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:** \_\_\_\_\_

## Consentimiento para la comunicación de Kintegra Health

Otorgo mi permiso a Kintegra Health para comunicarse conmigo a través de mi teléfono celular, de domicilio y del trabajo mediante mensajes pregrabados, mensajes de voz artificiales, dispositivos de marcado automático u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajería de texto o cualquier otra forma de comunicación electrónica, de acuerdo con mis preferencias de comunicación. Se pueden aplicar tarifas de mensajería estándar. La información enviada por estos métodos puede incluir la información de la facturación y los pagos, las citas y la información médica.

Comprendo que en el caso de las comunicaciones por correo electrónico y mensaje de texto, si la información no se envía encriptada, existe el riesgo de que se pueda acceder a ella de forma indebida. Aun así elijo recibir mensajes de correo electrónico y mensajes de texto.

El presente formulario de divulgación se encuentra vigente hasta que yo lo cambie o revoque. Solo yo puedo cambiar los datos de la persona que se nombra en este formulario para que se comunique con Kintegra Health acerca de mi información médica. Al momento del cambio o la revocación, completaré un nuevo formulario. Los contactos de emergencia no se encuentran incluidos en este consentimiento.

Comprendo que la divulgación de las copias de mis registros médicos requiere un formulario de autorización específica firmado por mí o por mi representante legal. Estas comunicaciones pueden producirse cuando la persona identificada se une a mi visita o se comunique conmigo por teléfono, correo electrónico u otro método electrónico.

Otorgo el permiso para que Kintegra Health se comunique con las siguientes personas acerca de:

- Mi información de facturación y pagos.
- Administración de citas, que incluye la programación, la cancelación y la reprogramación de citas.
- Información médica, que incluye los diagnósticos, los resultados y los planes de tratamiento.

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

- Rechazo cualquier comunicación con otras personas aparte de mí o de mi tutor legal.
- Elijo no recibir ninguna comunicación, a excepción de los recordatorios de citas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente o persona que se encuentra autorizada legalmente a firmar por el paciente)

Nombre en letra de impresión: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO/SERVICIOS

### POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME ABAJO:

Se me ha informado sobre el tipo de servicios que recibiré y consiento que yo/o mi hijo(a) \_\_\_\_\_ sea examinado y tratado por Kintegra Health. Yo consiento recibir cualquier tratamiento que sea indicado y a ser referido (a) otros proveedores de salud si es necesario. Se me ha informado sobre los riesgos y los beneficios del examen médico, los estudios, y el tratamiento que serán provistos.

Autorizo la divulgación de información médico o cualquier otra información con el propósito de procesar cualquier reclamo hecho en mi nombre.

## AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN HIJO EN LA AUSENCIA DE LOS PADRES

En caso de que los padres o los guardianes legales de niño (a) no puedan venir a una visita médica con su hijo (a), o si no pueden ser contactados, o en el caso de una emergencia, nosotros, los padres o guardianes legales de niño(a) damos la autorización a los médicos de Kintegra Health or Gaston County Health Department para que ellos les den el tratamiento médico debido a una enfermedad (sea medicina y/ o cirugía) y además les damos la autorización para que el tratamiento, los procedimientos, y las consultas médicas y las consultas de cirugía, y procedimientos operativos indicados sean llevados a cabo.

Alistados abajo estan los nombres de las personas que estan autorizadas a traer a mi hijo(a) a la clínica.

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

\_\_\_\_\_  
**Padres o Guardianes Legales (Imprima)**

\_\_\_\_\_  
**(Firma)**

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

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha