

Departamento de salud y clínica dental del condado de Douglas

Registro de paciente

Fecha: _____

Información del Paciente:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ MI: _____

Contraseña del correo electrónico _____

Fecha de nacimiento _____ Seguro social: _____ Sexo: H o M Raza: _____

Dirección _____ Apt# _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código

Postal: _____

Teléfono de casa# _____ Trabajo# _____ Telefono

Cellular# _____

Numero de Licencia# _____

Epleado/a _____

Estas: soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Persona Responsable: (Completar solo si el paciente es menor de edad)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ MI: _____

Contraseña del correo electrónico _____

Fecha de nacimiento _____ Seguro social: _____ Sexo: H o M Raza: _____

Dirección _____ Apt# _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código

Postal: _____

Teléfono de casa# _____ Trabajo# _____ Telefono

Cellular# _____

Numero de Licencia# _____ Epleado/a _____

Estas: soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Nombre y relación de la persona que completa este formulario: _____

HISTORIA MEDICA

PARA

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Aunque el personal dental primeramente trata el área de la boca, la boca es parte de su cuerpo. Problemas de salud que usted pueda tener, o medicamentos que esté tomando, pueden tener una relación importante con los servicios dentales que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No Si la respuesta es sí, explique _____
- ¿Ha sido hospitalizado alguna vez por enfermedad o cirugía? Sí No Si la respuesta es sí, explique _____
- ¿Usted ha tenido una grave lesión de cuello o de cabeza? Sí No Si la respuesta es sí, explique _____
- ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas o drogas? Sí No Si la respuesta es sí, explique _____
- ¿Ha tomado alguna vez Phen-Phen, Redux? Sí No Si la respuesta es sí, explique _____
- ¿Está usted en una dieta especial? Sí No Si la respuesta es sí, explique _____
- ¿Fuma o mastica tabaco? Sí No Si la respuesta es sí, explique _____
- ¿Usa otra clase de drogas (marihuana, cocaína, pastillas)? Sí No Si la respuesta es sí, explique _____

Mujeres:

¿Podría estar embarazada? Sí No ¿Ha tomado anticonceptivos? Sí No ¿Esta dando pecho? Sí No

¿Tiene alergia a algún medicamento?

__ aspirina __ penicilina __ codeína __ acrílico __ metal __ látex __ anestésicos locales

¿Otras cosas? Por favor nómbralas: _____

¿Tiene o ha tenido usted, cualquiera de los siguientes?

SIDA/VIH	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Medicina 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
La Enfermedad de 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
Anafilaxia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	La drogadicción	<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	Quedarse sin respiración 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	Presión arterial alta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Culebrilla (herpes zoster)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Artritis/Gota	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Urticaria o Sarpullido	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Anemia falciforme	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Válvula del corazón artificial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sangrado excesivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hipoglucemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sinusal problemas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Una articulación artificial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sed excesiva	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Latidos 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	Mareos o desmayos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas renales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad estómago/intestinal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad de 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	Ataque 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	Enfermedad hepática	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Problemas de respiración	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Frecuentes dolores de cabeza	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Presión arterial baja	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Patología tiroidea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Moretones fácilmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Herpes genital	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad pulmonar	<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	Glaucoma	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tuberculosis (TB)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Quimioterapia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre del heno	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor en las articulaciones mandibulares	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dolor en el pecho	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ataque/fracaso al corazón	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad paratiroidea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Úlceras	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Las ampollas febriles	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Soplo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Atención psiquiátrica	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad venérea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cardiopatía congénita	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Marcapasos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tratamientos de radiación	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ictericia amarillo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Convulsiones	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas/ las enfermedades del corazón	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Recientemente la pérdida de peso	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

¿? Sí No Si sí, explique _____

Comentarios: _____

He contestado las preguntas en ésta forma correctamente y lo mejor que yo puedo. Yo entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud o la salud del paciente. Es mi responsabilidad informarles a la oficina dental de cualquier cambio en mi estado médico.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR _____

FECHA _____

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS DE LA CLÍNICA DENTAL 2021-2023

ESTAS POLÍAS SON IMPORTANTES Y SE APLICARÁN ESTRICTAMENTE. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE - ANTES DE INICIAR Y FIRMAR. Estas polías se crearon para brindar a todos nuestros pacientes la mejor atención dental posible. Con gusto responderemos preguntas antes de que ponga sus

iniciales y firme; pero se requieren ambos a continuación para ser un paciente aquí.

- Si corresponde, se requiere tarjeta de seguro e identificación válida (identificación con foto).
- Nuestro objetivo es ayudarlo a tener una buena salud bucal. Con esto como nuestro objetivo principal, requerimos que cada paciente reciba una limpieza dental y radiografías de un higienista dental antes de recibir cualquier tratamiento con el dentista. **(LAS LIMPIEZAS PARA ADULTOS NO ESTÁN CUBIERTAS POR MEDICAID)**
- Siga las instrucciones de cuidado del personal dental entre visitas.
- Como un higienista discutirá con usted, es importante recibir limpiezas y exámenes regulares. (Generalmente cada 6 meses). Las visitas regulares ayudan a prevenir futuros problemas dentales.
- **¡Las citas DEBEN confirmarse al menos 24 horas antes o SE CANCELARÁN!**
- Nuestra oficina hace todo lo posible para comunicarse con usted por correo y/o teléfono. Es SU **RESPONSABILIDAD** proporcionarnos su información de contacto actual para poder aprovechar esta cortesía. Los pacientes deben **CONFIRMAR VERBALMENTE** su cita, al menos 24 horas antes de su cita, si no se confirma la cita **SERÁ CANCELADA** y se considerará una cita falla. INICIALES
- Llegue 10 minutos antes de su cita para tener tiempo para registrarse. Los pacientes que lleguen después de su cita programada serán reprogramados. Estamos comprometidos a ver a nuestros pacientes a la hora de su cita programada. Si anticipamos algún retraso debido a un problema imprevisto o una emergencia, intentaremos notificarlo de inmediato. INICIALES
- **EL AVISO DE CANCELACIÓN CON 24 HORAS ES OBLIGATORIO. ¡SIN EXCEPCIONES!**



• **PRIMERA CITA FALLADA** - Pacientes existentes, esta es su única cita perdida sin penalización.

INICIALES

• **SEGUNDA CITA FALLADA:** se requiere una tarifa de \$20 antes de que cualquier individuo/familiar reciba cualquier tratamiento después de una cita fallada.

INICIALES

• **TERCERA CITA FALLADA**- El paciente ya no es elegible para recibir ningún tratamiento dental de nuestra clínica dental. Sin excepciones. Esto incluye a aquellos con planes de tratamiento; independientemente de si el plan de tratamiento ha comenzado o está a punto de finalizar.

INICIALES

Después de una tercera cita fallada; nuestra oficina intentará notificarle el despido por correo a la dirección más reciente que haya compartido con nosotros. Hacemos esto puramente como cortesía y no somos responsables por correos perdidos, robados o no entregados. Sus iniciales confirman comprensión y acuerdo con lo anterior.

INICIALES

Mis iniciales/firma confirman que entiendo y acepto todas las políticas de la clínica dental mencionadas anteriormente.

[Firma del paciente/tutor]

[Fecha de hoy]

Firma del paciente/tutor

Fecha de hoy

El derecho del Departamento de hacer cambios a este Aviso

El Departamento se reserva el derecho de cambiar este aviso. Cuando lo hacemos, podemos hacer el Aviso modificado para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como la información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia del aviso actual en nuestras instalaciones. Cada aviso contendrá en la primera página, en la esquina superior derecha, su fecha de vigencia . Además, cada vez que se registre en nuestra oficina para los servicios médicos, una copia de la Notificación actual vigente estará disponible para usted en el área de espera.

Al firmar abajo, reconozco que entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en el Aviso de Prácticas de Privacidad Actualizado 08 2013 Departamento de Salud del Condado de Douglas.

Firma

Fecha

PARA USO DEL DEPARTAMENTO SOLO POR DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Se ha realizado un esfuerzo de buena fe para proporcionar a _____ con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero fue rechazada en la fecha de hoy __ / __ / __.

Firma del empleado del Departamento de Salud del Condado de Douglas _____

**Douglas County Health Department
Dental Access Program
Application**

El Programa de Salud del Condado de Douglas Departamento Dental Access (DAP) es un programa a través del cual se proporcionan servicios dentales a un precio reducido a las personas que no tienen seguro dental. Este programa se basa en el ingreso total del hogar, los bienes de propiedad de la familia, y el tamaño del hogar. Los pacientes son entrevistados para la elegibilidad para el programa dental a través de este formulario. Si es elegible, usted puede recibir servicios dentales para la reducción de las tasas en el condado de Douglas Clínica del Departamento de Salud Dental. Estas tarifas de descuento se basan en las tasas de reembolso de Medicaid.

FAVOR DE LLENAR TODA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. Nos reservamos el derecho a solicitar comprobante de ingresos.

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Telefono: (_____) _____

Información del Hogar

Nombre (Incluyéndote a ti mismo)	Relación con Usted	Fecha de Nacimiento	Sexo

Voltear →

Enumere a todas las personas de su hogar (incluido usted mismo) para quienes desea obtener una tarifa reducida.

Información de ingresos

Enumere los salarios, ganancias o dinero de cualquier empleador de un trabajo o de un trabajo por cuenta propia que usted, su cónyuge u otras personas que se mencionan anteriormente

Nombre de la persona empleada	Nombre de la empleadora	Número de teléfono del trabajo	Monto bruto (costo antes de impuestos-semanal)

Otros recursos

Indique cualquier pensión alimenticia, manutención de los hijos, pensión, Seguro Social, ingresos por alquiler, jubilación, desempleo, veteranos o beneficios de compensación laboral que usted, su cónyuge u otras personas en su hogar puedan recibir.

Persona que recibe el beneficio	Tipo de Beneficio	Cantidad recibida	¿Con qué frecuencia?

Confidencialidad y divulgación de información

Acepto la divulgación de información personal y financiera de este formulario de solicitud al Departamento de Salud del Condado de Douglas para determinar la elegibilidad para el Programa DAP (Programa de Salud Dental), para que los representantes de la agencia puedan evaluarlo y verificar la elegibilidad. Entiendo que se me puede pedir que brinde información adicional. Los funcionarios del Programa DAP pueden verificar toda la información en este formulario. Entiendo que debo informar a la agencia que determina mi elegibilidad sobre cualquier cambio en la información de este formulario. Al firmar esta solicitud, certifico bajo pena de perjurio que todo en este formulario es verdad. Toda la información y documentación reunida para determinar la elegibilidad es confidencial. La divulgación de información sobre mi elegibilidad a cualquier persona no autorizada para recibir esta información es una violación de las leyes estatales y federales. La solicitud debe estar firmada por un miembro del hogar mayor de 18 años.

Firma del solicitante

Fecha