



FORMULARIO DE REGISTRO

- 1. Nombre: _____ Iniciales _____ Fecha de Nacimiento: _____
2. Dirección: _____
Apartamento: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono (Casa): _____ Celular: _____ Trabajo: _____
3. Correo electrónico: _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____
4. Género: Femenino Masculino Hombre transgénero Mujer transgénero
Genderqueer (ninguno) Otro Negarse a revelar
5. Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual Otro No sabe No prefiero revelar
6. Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
7. Raza/Origen Étnico: (Marque todo lo que corresponda):
Asiático Negro Blanco
Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawái Isleño del Pacífico
Origen Étnico (Escoja una): Hispano/Latino NO Hispano/Latino
8. Idioma:
Armenio Inglés Hmong Laosiano Lenguaje de signos
Árabe Francés Japonés Portugués Vietnamita
Camboyano (Khmer) Alemán Coreano Ruso Tagalo
Chino Griego Kreyól Español Otro
9. ¿Es el paciente ciudadano de Estados Unidos? Sí No
10. Estado de empleo*: Empleado Empleado propio Discapacitado Retirado Estudiante (tiempo parcial o completo)
11. Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
12. Relación: _____ Apellido de madre soltera: _____

Información de los Padres/Apoderado (completar sólo si el paciente es un menor)
Padre (Nombre y Apellido): _____
Madre (Nombre y Apellido): _____
Apoderado (Nombre y Apellido): _____
Relación al paciente: Padre/Madre Abuelo/a Padre/Madre de crianza Otro: _____
Seguro Social: _____ - _____ - _____ Identificación: _____

- 13. Ingreso Mensual (antes de impuestos): _____ Personas mantenida con este ingreso: _____
14. ¿Usted tiene seguro médico? Sí No Si es así, que tipo de seguro médico? _____
Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____
15. ¿Eres veterano militar? Sí No
16. ¿Está usted sin hogar? Sí No Si es así, marque uno: Refugio Vivienda de transición Duplicado Calle Otros

- *Estado de Empleado:
• Empleado – usted se gana la vida sea trabajando a tiempo parcial o tiempo completo para otra persona, empresa u organización.
• Empleado por cuenta propia – usted se gana la vida trabajando desde su propia profesión y/o negocio y no gana comisión o sueldo de otro individuo.
• Discapacitado – usted recibe pagos mensuales de parte del gobierno para discapacidad.
• Retirado – usted se ha retirado de trabajar y recibe un cheque mensual del Seguro Social.
• Estudiante de tiempo completo o parcial – esta inscrito en una escuela acreditada en tiempo parcial (menos de 12 horas por créditos) o a tiempo completo (12 horas o más).

- Estado sin hogar:
• Refugio – Usted vive en un refugio para personas sin hogar organizado.
• Vivienda de transición – Usted reside en una pequeña unidad que ayuda a personas en transición, sin hogar a vivienda permanente.
• Duplicado – Usted esta viviendo con otras personas en su casa y/o apartamento.
• Calle – Usted vive al aire libre, en un coche, en un campamento, en una vivienda precaria/refugio o en otro lugar.
• Otros – usted vive en una sola habitación de ocupación en un hotel o motel o cualquier otra vivienda pagando día a día.

Firma del Paciente/Apoderado Legal _____



Nombre del Paciente:: _____

Fecha de Nacimiento: _____

AUTORIZACIONES Y DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN RECIBIDA

	INICIALES												
<p>I. Autorización para tratamiento médico Por este medio, yo como paciente, autorizo y doy mi permiso a CHCP a que se haga cargo de mi tratamiento médico.</p>													
<p>II. Autorización para tratamiento médico a un menor Por este medio, yo como Padre o Tutor legal del paciente doy mi permiso y autorizo su tratamiento médico. Además, doy permiso a _____ para que autorice en mi ausencia cualquier tratamiento médico necesario.</p>													
<p>III. Residentes y Estudiantes Yo entiendo que Community Health Centes of Pinellas, Inc. respalda la educación de profesionales médicos y cuenta con Residentes y Estudiantes que podrían asistir y colaborar con mi tratamiento.</p>													
<p>IV. Aviso de Privacidad Declaro que he recibido una copia del Aviso de Privacidad el cual describe las formas en que la Práctica podría utilizar y divulgar mi información médica con el fin de llevar mi tratamiento, pago o el plan de atención médica. Yo entiendo que puedo comunicarme con el Representante Encargado de la Conformidad "Compliance Officer" en caso de tener alguna pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi permiso para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de la Privacidad de esta Práctica Médica.</p>													
<p>V. Envié de la información</p> <ul style="list-style-type: none"> La información médica puede ser enviada a cualquier persona o entidad responsable por el pago a nombre del paciente con el fin de verificar la cobertura, preguntas o para cualquier otro propósito relacionado con el pago. Si estoy cubierto por Medicaid o Medicare, autorizo a que mi información médica sea enviada a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o transportistas para el pago de la reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. La información a enviar puede incluir, sin ningún tipo de limitación, el historial médico, examen físico, los expedientes de la sala de emergencia, resultados de laboratorios, tratamiento de alcoholismo y de abuso de drogas y el informe de alta. Las Leyes Federales y Estatales podrían permitir que esta Oficina participe en organizaciones, con otros proveedores médicos, aseguradoras y/u otros participantes de la industria médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades puedan compartir entre ellos mi información médica para alcanzar los objetivos que incluyan pero que no estén limitados a; mejorar la precisión y disponibilidad de mi información médica; reducir el tiempo necesario para tener disponible la información; manejar y comparar mi información para propósitos de mejorar la calidad, y cualquier otro propósito que sea permitido por ley. Entiendo que esta Oficina puede ser miembro de una de estas organizaciones. Esta autorización específicamente incluye información concerniente a: condiciones psicológicas, psiquiátricas, incapacidad intelectual, información genética, dependencia a sustancias químicas y/o enfermedades infecciosas, incluyendo, pero no limitado a, enfermedades transmitidas por la sangre como el SIDA (AIDS) y el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV). <p>Por este medio autorizo a esta organización, a los médicos u otros profesionales médicos que estén involucrados en mi tratamiento médico a proveer mi información médica para fines de tratamiento, pagos y /u otras operaciones de atención médica.</p>													
<p>VI. Divulgación de Información a Familiares y/o Amigos Doy permiso para que se les provea mi información médica confidencial a los familiares y/o amigos que aparecen en el siguiente listado para propósitos de coordinar tratamiento médico, comunicar resultados, condiciones encontradas y decisiones:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Nombre</th> <th style="width: 33%;">Relación</th> <th style="width: 33%;">Número de Teléfono</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>**Usted tiene el derecho de revocar la persona a la cual nosotros le podemos proveer su información médico en cualquier momento. Por favor llene una nueva autorización.</p>	Nombre	Relación	Número de Teléfono										
Nombre	Relación	Número de Teléfono											

		INICIALES	
VII.	Autorización para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida		
	¿Podemos llamar a su trabajo y dejarle un mensaje? En case afirmativo, ¿a qué número? _____	Sí	No
	¿Podemos llamar a su casa y dejar un mensaje? En case afirmativo, ¿a qué número? _____		
	¿Podemos dejarle un mensaje con información médica en su teléfono celular? En case afirmativo, ¿a qué número? _____		
VIII.	Autorización para que a través de correos electrónicos y mensajes de texto le recordemos sus citas y otros comunicaciones médicas. Los pacientes en nuestra oficina pueden ser contactados a través de correos electrónicos y/o mensajes de texto para recordarles su cita médica, para obtener información sobre su experiencia con nuestro personal médico, y para proveerle cualquier recordatorio o información médica en general. Doy mi autorización y mi permiso para recibir recordatorios para las citas, y otras comunicaciones de información medica al correo electrónico o al numero celular que yo les provea. Yo autorizo a recibir mensajes de TEXTO para: recordatorios de citas, comentarios, recordatorios o información médica en general al siguiente número de celular: _____. Yo autorizo a recibir CORREOS ELECTRÓNICOS para: recordatorios de citas, comentarios, recordatorios o información médica en general al siguiente dirección: _____. <i>Community Health Centers of Pinellas, Inc. no cobra por este servicio, pueden aplicar tarifas de datos y mensajería estándar conforme a su plan inalámbrico (WIFI). (Póngase en contacto con la compañía que tiene su contrato para los precios de los planes y detalles).</i>		
IX.	Revocación (Si usted no quiere recibir mensajes de TEXTO o CORREOS ELECTRÓNICOS de parte de nosotros sobre futuros recordatorios de cita médicas, comentarios e información general). <input type="checkbox"/> Revoco mi solicitud para recibir los recordatorios de citas futuros, comentarios e información médica en general a través de mensajes de TEXTO. _____ Firma del Paciente/Tutor Legal _____ Fecha <input type="checkbox"/> Revoco mi solicitud para recibir los recordatorios de citas futuros, comentarios e información médica en general a través de Correo Electrónico. _____ Firma del Paciente/Tutor Legal _____ Fecha		
X.	Derechos del Paciente Los Derechos del Paciente se exhiben en la sala de espera. Declaro que he recibido una copia de los Derechos.		
XI.	Notificación sobre las Normas de Directivas por Anticipado de Salud (para paciente mayores de 18 años) Las Directivas por Anticipado son declaraciones legales que indican el tipo de tratamiento médico que desea o no desea una persona en el caso de no tener la capacidad de tomar decisiones, y al mismo tiempo autorizan a alguien para que tome esas decisiones por uno. Las Directivas por anticipado se redactan con anterioridad y frente a testigos antes de caer enfermo o con una lesión grave. De conformidad con la ley federal y estatal, este documento sirve como notificación de que el CHCP archiva sus Directivas por Anticipado por si se presentara una situación de emergencia en la que su vida se encuentre en peligro durante la visita a uno de nuestros Centros o durante su transferencia a otro lugar de tratamiento de nivel más alto. Al firmar este documento doy fe de que estoy de acuerdo y entiendo el contenido de esta notificación. Por favor marque debajo si es que tiene o no tiene una Directiva por Anticipado o si usted quiere recibir información sobre las Directivas por Anticipado: <input type="checkbox"/> Yo tengo una Directiva por Anticipado. <input type="checkbox"/> No tengo una Directiva por Anticipado. <input type="checkbox"/> Me gustaría recibir información sobre las Directivas por Anticipado.		
XII.	Hogar Médico: Elijo participar en el Hogar Médico centrado en el paciente.		

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Hoy: _____

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DE PACIENTES DENTALES

Por favor responda las siguientes preguntas:

Si usted llena este formulario por otra persona, ¿Qué parentesco tiene con usted? _____

Último examen físico fue: _____ Referido por: _____

Nombre de su Médico Principal: _____ Teléfono: _____

Dirección del Médico: _____

Sexo del Paciente: Masculino Femenino Estatura del paciente: _____ Peso del Paciente: _____

	Sí	No		Sí	No
¿Está bien de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el último año, ¿ha observado cambios de su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa aparatos dentales removibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma esteroides/corticosteroides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fuma/mastica tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando anticoagulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿Cuántos paquetes/latas por día? _____		
¿Alguna vez ha tenido quimioterapia o radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene algún implante metálico en su cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿fue su a cabeza/cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿Dónde? _____		
Alguna vez ha tomado medicamentos para la osteoporosis, por vía intravenosa o una pastilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha tenido una fractura de mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿Qué medicamento y por cuanto tiempo?			¿Alguna vez ha tenido frenos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			¿Ha tenido alguna complicación con un tratamiento dental? En caso afirmativo, ¿qué? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para Niños: ¿Ha sido el niño sedado para tratamiento dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Historial Médico: ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes? No Sí (marque lo que corresponda)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas dañadas | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja/desmayo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Las ETS |
| <input type="checkbox"/> Diarrea o perdida de peso | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Úlceras/Reflujo | <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas | <input type="checkbox"/> Anemia/Células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune |
| <input type="checkbox"/> Asma/EPOC | <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación | | |

Si usted marco cáncer, ¿Qué tipo? _____ ¿Cuándo? _____

Alergias: ¿Ha tenido algunas alergias? No Sí (marque lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos: _____ | <input type="checkbox"/> Comida/Ambiental: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> Sulfamidas | <input type="checkbox"/> Aspirina |
| <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> Yodo | <input type="checkbox"/> Barbitúricos, sedantes, o pastillas para dormir |

Hospitalizaciones/Cirugías:

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? No Sí (llene abajo)

- Enfermedades graves/operaciones: _____
- Hospitalizaciones: _____

Medicamentos Corriente: Incluye las recetas o medicamentos de venta libre tales como vitaminas, antihistamínicos, Tylenol, y hierbas, etc.

Medicina/Vitamina/Suplemento	Dosis-¿Cuánto tomas?	¿Con qué frecuencia lo toma?	Razon

SÓLO MUJERES:

	Sí	No		Sí	No
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está lactando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas relacionados con su menstruación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está tomando pastillas anticonceptivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Los antibióticos pueden interferir con la eficacia de las pastillas anticonceptivas.

POR FAVOR, VUELTE LA PÁGINA DE NUEVO →

¿Cuál es su problema dental principal?: _____

- Certifico que he leído y entiendo la anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hubiere, sobre este formulario de historial médico, han sido contestadas a mi satisfacción y no voy a aguantar la dentista ni a ningún miembro del equipo dental, responsable por cualquier error u omisión de los que he hecho en el llenado de este formulario.
- Entiendo que si hay un cambio con respecto a mi estado de salud debo notificar a la oficina lo más pronto posible.
- Doy mi consentimiento para la administración de anestesia local que se considere necesario por el dentista a cargo de mi cuidado. Entiendo los riesgos de la anestesia local pueden ser: molestias locales, hinchazón, moretones, llagas, reacciones alérgicas, convulsiones, y entumecimiento temporal y / o permanente. También he leído la hoja adjunta de los beneficios, riesgos y complicaciones de la anestesia local.

Firma del paciente/apoderado legal

Fecha

Para ser completado por el dentista:

- Medical Consult Required: _____
- Pre-Medication Required: _____

Signature of Dentist

Date