

**FORMA DE REGISTRACION DEL PACIENTE - DENTAL**

No. de Seguro Social:		Nombre del Paciente:		Segundo Nombre:		Apellido:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Identidad De Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Declina Responder <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre (Mujer A Hombre) <input type="checkbox"/> Transgénero Mujer (Hombre A Mujer) <input type="checkbox"/> Género Neutral (Exclusivamente Ni Hombre Ni Mujer)			Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Declina Responder			
Fecha de nacimiento:			Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Legalmente Separado				
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> América Ind. /Nat. Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái			Las Islas del Pacífico Negro de Haití Blanco de Haití Más de una raza		Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No - Hispano		Idioma Preferido:
			Empleado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Empleador:		
Dirección:				Teléfono de la casa:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:	Teléfono celular:			
Correo Electrónico			Teléfono del trabajo:			Método preferido de contacto:	
Fuente de Referencia: <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Sin Cita <input type="checkbox"/> Directorio Telefónico <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Compañía de Seguros <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido <input type="checkbox"/> Folleto/Correo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Promoción de Eventos							

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO**

(POR FAVOR DE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA)

Compañía de Seguro:		Relación al Paciente:		# de Grupo:		# de Póliza:	
---------------------	--	-----------------------	--	-------------	--	--------------	--

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Otro	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	
Nombre:		Segundo Nombre:		Apellido:			
Idioma Preferido:		Teléfono de Casa:		Teléfono de Celular:		Teléfono de Trabajo:	

**PADRES/GUARDIAN DEL PACIENTE**

<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Otro	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	
Nombre:		Segundo Nombre:		Apellido:			
Idioma Preferido:		Teléfono de Casa:		Teléfono de Celular:		Teléfono de Trabajo:	

**FARMACIA PREFERIDA**

Farmacia:		Teléfono:		Fax:			
Dirección o Calle:			Ciudad:		Estado:	Código Postal:	



**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO Y FACTURACIÓN**

Yo, el abajo firmante, doy permiso para mí o para mi hijo menor, como se indicó anteriormente, para someterme a todas las pruebas, exámenes, tratamientos u otros procedimientos necesarios requeridos por el personal médico o dental de Family Health Centers of Southwest Florida, Inc. (FHCSWF) para diagnosticar y / o tratar enfermedades.

Me doy cuenta de que la práctica de la medicina, la cirugía y la odontología no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me han otorgado garantías como resultado de los tratamientos o exámenes de FHCSWF.

Doy mi consentimiento para que FHCSWF y / o las instituciones o agencias autorizadas acepten la divulgación de mi información médica y dental que acepte al paciente para recibir atención médica, dental o institucional. Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica y dental al asegurador del paciente. Doy permiso para divulgar datos (médicos, dentales y personales) a las agencias gubernamentales que se requieren de FHCSWF.

Por la presente autorizo el pago a FHCSWF de los beneficios debidos a mí en mi reclamo pendiente y / o MAYORES BENEFICIOS MÉDICOS que de otra manera se me deben pagar, pero que no excedan los cargos regulares del centro de salud y / o del médico o dentista por este período de tratamiento.

Family Health Centers está afiliado a varios centros educativos. Entiendo que este personal me notificará que son estudiantes y que tengo derecho a negarme a que participen en mi cuidado. También entiendo que si están involucrados en mi atención, un profesional de la salud contratado de Family Health Centers está supervisando todos los servicios y la atención prestada.

**DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE DE FHCSWF**

Reconozco que se me ha facilitado una copia de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente de FHCSWF, un acuerdo mutuo entre FHCSWF y yo. Una copia impresa está disponible a pedido.

**HIPAA - AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD DE FHCSWF**

Reconozco que una copia de la Declaración de Prácticas de Privacidad para el Paciente, que explica el compromiso de FHCSWF de proteger mi información médica personal de conformidad con la ley, se me ha facilitado. Una copia impresa está disponible a petición. Por la presente autorizo la divulgación sin restricciones de mi información de salud personal a las siguientes personas:

NOMBRE:

RELACIÓN (por ejemplo, madre, hermana, cónyuge)

1.

2.

3.

**DIRECTIVAS ANTICIPADAS - DERECHO A DECIDIR - DECISIONES SOBRE EL FIN DE LA VIDA**

No puede eliminar toda la incertidumbre acerca de sus futuras necesidades de atención médica, pero al tener Directivas Avanzadas, puede tener la tranquilidad que brinda al hacer saber sus deseos de antemano. Haga una copia de todas las Directivas avanzadas y FHCSWF incluirá en su registro médico.

Tienes un Will viviente?

Si

No

Tiene un sustituto de atención médica?

Si

No

Tiene un poder notarial duradero?

Si

No

**Firma del paciente/parte responsable/garante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Historia Dental del Paciente

Razón de la visita de hoy:	
Fecha de la última visita médica:	
¿Ha tenido alguna enfermedad grave o operaciones, incluyendo lesiones en la cabeza, el cuello o la mandíbula? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, por favor describa:	
¿Tienes un historial de desmayos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si es así, ¿cuál fue la causa?	
¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o de venta libre? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Si es así, por favor anote todos:	
¿Su médico le ha dicho alguna vez que tome medicamentos para un soplo cardíaco antes de cualquier tratamiento dental? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, indique:	
¿Tiene algún tipo de alergia a medicamentos o productos a base de látex? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, indique:	
¿Fuma o utiliza productos de tabaco? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Ha tenido algún sangrado anormal en anteriores procedimientos quirúrgicos de extracciones dentales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Ha tenido alguna herida(s) que cicatriza lentamente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Estas embarazada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha de parto(s): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Ha tenido una transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Amamantando? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, que año:	
¿Eres VIH positivo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Tienes SIDA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CD4+:	
Alguna vez ha sido diagnosticado(a) con cualquiera de los siguientes: <b>Marca todo lo que aplique</b>	
Enfermedad Autoinmune <input type="checkbox"/>	Ictericia o Hepatitis <input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Sangre <input type="checkbox"/>	Enfermedad Muscular <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Problemas Psiquiátricos o de Conducta <input type="checkbox"/>
Retrasos del Desarrollo <input type="checkbox"/>	Enfermedad Respiratoria <input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoidea/Osteoporosis <input type="checkbox"/>
Soplo en el Corazón <input type="checkbox"/>	Enfermedad cutánea (eczema, rosácea) <input type="checkbox"/>
Presion Arterial Alta <input type="checkbox"/>	Enfermedad Gastrointestinal <input type="checkbox"/>
	Fiebre Reumatica <input type="checkbox"/>
	Enfermedad Renales <input type="checkbox"/>
	Enfermedad Hepatica <input type="checkbox"/>
	Tumores o Crecimientos <input type="checkbox"/>
	Enfermedad Venerea <input type="checkbox"/>
	Otros: <input type="checkbox"/>
¿Tiene usted historia o está siendo tratado por alguno de los siguientes? : <b>Marca todo lo que aplique</b>	
Valvula Cardíaca Artificial <input type="checkbox"/>	Anteriormente a sido diagnosticado con Endocarditis Infecciosa <input type="checkbox"/>
Transplante <input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardíaca Congenita <input type="checkbox"/>
Articulaciones Artificiales <input type="checkbox"/>	Marcapaso <input type="checkbox"/>
Si la has marcado, por favor explique:	
¿Alguna vez ha estado o está recibiendo tratamiento para el cáncer con quimioterapia o radiación? (círculo uno o ambos)	
En caso afirmativo a quimioterapia: ¿Cuándo fue su último ciclo? _____	¿Cuándo es su próximo ciclo? _____
¿Tiene actualmente un catéter (Infusport / Hickman Venoso)? _____	
En caso afirmativo a radiación, ¿Cuándo fue la última terapia recibida? _____	
Si está programado para terapia, ¿Cuándo va a empezar? _____	

Firma del Paciente/Apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Dentista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_