

DENTAL PATIENT - MEDICAL HISTORY/ HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

(PLEASE PRINT/ POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA)

Date / Fecha _____ Home Phone / Teléfono de Casa (_____)
Patient / Paciente _____
Last Name / Apellido _____ First Name / Primer Nombre _____ Middle Initial / Segundo Nombre _____ Preferred Name / Nombre Preferido _____
Street Address / Dirección _____ City / Ciudad _____
State / Estado _____ Zip / Código Postal _____ Cell Phone / Teléfono celular (_____)
Birthdate / Fecha de Nacimiento _____ Age / Edad _____ Sex / Sexo M F
Social Security Number / Numero de Seguro Social _____
In Case of emergency, who should be notified? / ¿En caso de emergencia, quién debe ser notificado? _____
Phone / Teléfono (_____)
Whom may we thank for referring you? / ¿A quién le podemos dar las gracias por haberlo referido? _____

MEDICAL HISTORY / HISTORIA MEDICA

Physician's Name / Nombre de su Medico _____ Date of Last Physical / Fecha del último Examen Físico _____
Have you ever had any of the following? (check boxes that apply) / ¿Ha tenido usted cualquiera de los siguientes? (marque los cuadros que le correspondan):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies/Alergias | <input type="checkbox"/> Heart Murmur/Soplo en el Corazón | <input type="checkbox"/> Psychiatric Care/Cuidado Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis | <input type="checkbox"/> Heart Problems/Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Radiation Treatment/Tratamiento de Radiación |
| <input type="checkbox"/> Artificial Heart Valves/Válvulas Artificiales de Corazón | <input type="checkbox"/> Hemophilia/Hemofilia | <input type="checkbox"/> Recent Weight Loss/Pérdida de Peso reciente |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Hepatitis | <input type="checkbox"/> Respiratory Disease/Enfermedad Respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Back Problems/Problemas de la Espalda | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure/Presion alta de Sangre | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever/Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Bleeding Abnormally/Sangrado Irregular | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Seizure/Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease/Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Joint Replacement/Reemplazo Conjunto | <input type="checkbox"/> Sinus Problem/Problema de Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Cáncer | <input type="checkbox"/> Kidney Problems/Problemas del Riñón | <input type="checkbox"/> Special Diet/Dieta especial |
| <input type="checkbox"/> Chemical Dependency/Dependencia Química | <input type="checkbox"/> Liver Problems/Problemas del Hígado | <input type="checkbox"/> Stroke/Embolia Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Chronic Diarrhea/Diarrea Crónica | <input type="checkbox"/> Low Blood Pressure/Presion baja de Sangre | <input type="checkbox"/> Swollen Neck Glands/Glándulas del Cuello Hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Circulatory Problems/Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Mitral Valve Prolapse/Prolapso Mitral de Válvula | <input type="checkbox"/> Thyroid/Tiroides <input type="checkbox"/> Hyper/Alto <input type="checkbox"/> Hypo/Bajo |
| <input type="checkbox"/> Congenital Heart Lesions/Lesiones Congénitas de Corazón | <input type="checkbox"/> Nervous Problems/Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Ulcer/ Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/ Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Venereal Disease/Enfermedad Venérea |
| <input type="checkbox"/> Headaches/Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Pacemaker/Marcapasos | |

When was your last dental visit? / ¿Cuándo fue su última visita al dentista? _____ For what procedure? ¿Para qué procedimiento? _____

Do you have any drug allergies or have you ever had an adverse reaction to any medication or anesthesia? ¿Tiene alergias a alguna droga o ha tenido usted una reacción adversa a cualquier medicina o anestesia? Yes/Sí No

If so, what? / Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? _____

Have you ever responded adversely to medical or dental treatment? / ¿Ha reaccionado usted adversamente a un tratamiento médico o dental? _____

Please list any medication you are taking at this time. / Por favor liste cualquier medicamento que usted esté tomando en este momento. _____

Have you ever taken any of the groups collectively referred to as "fen-phen"? These include combinations of Ionimin, Adipex, Fastin (brand names of phentermine), Pondimin (fenfluramine) and Redux (dexfenfluramine) / ¿Alguna vez ha usted tomado cualquiera de los grupos segun referidos colectivamente como el "fenfen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marca de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina) Yes/Sí No

Have you ever taken pills or received shots that are bone density drugs/ Bisphosphonates? Some examples are Actonel, Actonel+Ca, Aredia, Boniva, Didronel, Fosamax, Fosamax+D, Reclast, Skelid, Zometa. ¿Ha tomado usted pastillas o ha recibido inyecciones de drogas que son para la densidad de hueso? Por ejemplo Actonel, Actonel+Ca, Aredia, Boniva, Didronel, Fosamax, Fosamax+D, Reclast, Skelid, Zometa. Yes/Sí No

Are you under the care of a physician? / ¿Está bajo el cuidado de algún doctor? Yes/Sí No

For what conditions? / ¿Para qué tipo de condición médica? _____

(Women) Do you suspect that you are pregnant? / (Mujeres) ¿Sospecha que usted está embarazada? Yes/Sí No

Due date / Fecha de parto _____ Are you nursing? / ¿Esta usted dando pecho? Yes/Sí No

Taking birth control pills? / ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? Yes/Sí No



Heart City Health

Registración del Paciente

Fecha _____ Correo Electrónico _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Sexo _____ Edad _____ Número de Seguro Social _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Ciudadano Americano? _____ ¿Eres Estudiante? _____ Raza _____ Estado Civil _____

Ocupación _____ Primer Idioma _____ Referido Por _____

¿Si el paciente es menor de edad, quien es responsable por la cuenta? _____

¿Relación con el paciente? _____

Anote a todas las personas que viven en su hogar, edad y relación con usted:

Nombre	Edad	Relación	¿Medicaid?	¿Trabaja?
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Ingreso Mensual del Hogar

\$0-\$600 \$600-\$1200 \$1201-\$1800 \$1801-\$2400 \$2401-\$3000 \$3000+

Empleador _____ Número de Teléfono _____

Escuela _____ Número de Teléfono _____

En caso de emergencia comuníquese con _____ Número de Teléfono _____

¿Cómo se enteró de la clínica? ___ Propaganda ___ Center for Healing & Hope ___ Faith Mission

___ Coaliciones de Salud ___ Radio ___ TV ___ Sitio Web ___ Familiar ___ Otro _____



Heart City Health

UDS Colecta de Datos Demográficos

Cada año, como un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC) que recibe fondos federales, Heart City Health Center tiene como requisito coleccionar información de los pacientes para el gobierno federal, permitiéndonos continuar ofreciendo descuentos y opciones de atención médica a precios accesibles en Elkhart. Le pedimos que por favor tome un momento para contestar las siguientes preguntas.

INGRESO MENSUAL ESTIMADO (marque con un círculo en el estimado más preciso)

\$0-\$600 \$600-\$1,200 \$1,201-\$1,800 \$1,801-\$2,400 \$2,401-\$3,000 \$3,001+

NUMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR: _____

DEMOGRAFÍA SOCIAL: (Por favor marque la casilla con la respuesta más precisa)

Identidad de Género		Orientación Sexual	
Masculino		Lesbiana, gay u homosexual	
Femenino		Un solo sexo o heterosexual	
Transexual Masculino (Femenino-a-Masculino)		Bisexual	
Transexual Femenino (Masculino-a-Femenino)		Algo mas	
Género variante		No lo sé	
Otro		Prefiero no decir	
Prefiero no decir			
Otros			
Trabajador Agrícola			
Sin Hogar			
Veterano Militar			

Gracias por tomarse el tiempo de proporcionar esta información con fines de reporte federal.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre de la Persona Responsable o Guardián Legal

Relación con el Paciente

Fecha



Heart City Health

Acuerdo Financiero

Yo acepto y reconozco que el pago se debe hacer a la hora de los servicios a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo que los padres o el tutor legal sean responsables por todos los cargos y servicios dados por el tratamiento de un menor/niño. Yo acepto la total responsabilidad financiera por todos los cargos de los servicios dados o demás cosas suministradas a mí o al paciente. Entiendo que presentar un reclamo a mi compañía de seguros no me quita la responsabilidad del pago de todos los cargos.

Firma del Paciente, Padres o Tutor Legal

Date

Nombre Impreso del Paciente, Padres o Tutor Legal

Relación con el Paciente

Prácticas de Privacidad – Derechos y Responsabilidades

Al firmar, reconozco que recibí una copia escrita de la Notificación sobre las Prácticas de Privacidad y los Derechos y Responsabilidades de Heart City Health Center, Inc.

Nombre del Paciente

Fecha

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Nombre de la Persona Responsable o Tutor Legal



Heart City Health

Consentimiento Para Tratamiento Médico

Yo entiendo que requiero tratamiento en esta clínica por mi condición. Yo permito al proveedor, estudiantes de medicina en entrenamiento y a todas las personas que me den atención médica para mi propio beneficio. Entiendo que mi tratamiento médico puede incluir exámenes, cuidado de enfermería, pruebas, tratamiento médico y quirúrgico. Reconozco que es la responsabilidad del proveedor de explicarme la naturaleza de los exámenes de diagnóstico médico y quirúrgico, al igual de la necesidad de alguna vacuna, juzgando lo que sea necesario para mi tratamiento, explicándome el riesgo y consecuencias de dicho tratamiento. Reconozco que no se me han dado garantías de parte del proveedor como resultado de mi tratamiento, reexaminaciones, procedimientos quirúrgicos realizados por el centro de salud de Heart City Health Center, Inc.

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre de la Persona Responsable o Tutor Legal

Fecha

Nombre Impreso y Relación con el Paciente

Por favor lea y ponga sus iniciales

1. Doy permiso para que dejen mensaje acerca de mis resultados y citas en mi contestadora. _____
2. Doy permiso para que manden correo a mi domicilio acerca de mis resultados médicos. _____
3. Autorizo al proveedor responsable de mí cuidado médico a transferir información médica a otra persona, corporación o agencia la cual es legalmente responsable. _____
4. Certifico que la información dada por mí al aplicar, bajo el título de XVIII (medicare) de la ley de seguro social es correcta. _____
5. Autorizo asignar el pago directamente a Heart City Health Center, Inc. _____
6. Estoy de acuerdo a pagar cualquier cargo no pagado por la aseguradora o terceras personas. _____



Heart City Health

Autorización de Tratamiento Médico y Consentimiento de un Menor

El siguiente formulario está diseñado para aquellas situaciones en donde los menores de edad no están acompañados por sus padres o tutores/guardianes legales. Esta “Autorización de Tratamiento Médico y Consentimiento de un Menor” da autoridad a un adulto designado para encargarse de la atención médica de un menor de edad en ausencia del padre o tutor/guardián legal.

Yo _____ siendo el padre/tutor legal de _____
Padre o Tutor/Guardián legal Nombre del Paciente

autorizo al siguiente individuo/s, para dar consentimiento a cualquier y toda la atención medica/dental, tratamiento y/o atención para mi hijo/tutelado que se considere necesaria y apropiada por el médico de Heart City Health Center, Inc. en mi ausencia.

Nombre	Relación con el Paciente	Fecha de Nacimiento
Nombre	Relación con el Paciente	Fecha de Nacimiento
Nombre	Relación con el Paciente	Fecha de Nacimiento

Ponga sus **iniciales** en la casilla de su preferencia.

Esta autorización:

Vence en: ____/____/20__ en la cual firmaré una nueva autorización.

No Vence (Entiendo que debo notificar a Heart City Health Center, Inc. si decido revocar esta Autorización y que Heart City Health Center, Inc. aceptará mi decisión de revocar).

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un escrito o verbalmente a Heart City Health Center, Inc.

X _____
Firma del Padre o Tutor/Guardián Legal Fecha

Declaro que fui testigo de la firma de este documento por el padre o tutor legal en la fecha indicada.

HCHC Staff Signature Printed Name



Heart City Health

Permiso para Divulgar mi Información Protegida de Salud

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Yo doy mi permiso a las siguientes personas para que reciban información sobre mi salud:

Nombre

Relación

Fecha de Nacimiento

Nombre

Relación

Fecha de Nacimiento

Nombre

Relación

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha



Heart City Health

Declaración de Voluntad Anticipada

Heart City Health Center, Inc. reconoce los derechos de todo individuo adulto con la capacidad de tomar y participar en las decisiones acerca del cuidado de su salud y tratamiento médico. Las Voluntades Anticipadas deben ser seguidas por Heart City Health Center, Inc. a la extensión permitida y requerida por la ley de Indiana.

Heart City Health Center, Inc. respeta el derecho a la decisión de cada individuo en ejercer, o no, las Voluntades Anticipadas para cuidado y tratamiento médico. Nosotros no condicionamos la provisión de cuidado médico o discriminamos a ningún individuo basado en que si se ha ejercido una voluntad anticipada.

Heart City Health Center, Inc. está comprometido con la educación de nuestros empleados y de la comunidad, considerando los derechos a formular Voluntades Anticipadas y al derecho de cada individuo de dar su consentimiento o negar tratamiento médico.

El propósito de esta política de Voluntades Anticipadas, significa una instrucción por escrito como un testamento, procedimiento de prolongación de vida o carta poder con propósitos del cuidado de la salud. Estas Voluntades Anticipadas están establecidas bajo la ley de Indiana y se relacionan a la provisión del cuidado médico cuando un individuo está incapacitado.

Si usted tiene una Declaración de Voluntad Anticipada, testamento o procedimiento de prolongación de vida, Heart City Health Center, Inc. le pedirá que nos proporcione una copia para guardarla en su expediente médico.

Fecha _____

Sí, Tengo Voluntades Anticipadas _____
Firma

No, No Tengo Voluntades Anticipadas _____
Firma



DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN INDIANA

Formulario del Estado 56241 (1-17)

Departamento de Salud del Estado de Indiana – IC 16-36-1; IC 16-36-6

INSTRUCCIONES: Consulte las instrucciones al dorso.

Información del paciente / poderdante		
Apellido del paciente	Primer nombre del paciente	Inicial del segundo nombre del paciente
Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)	Número de historia médica de la instalación o proveedor de atención de la salud (opcional)	Instalación o proveedor de atención de la salud (opcional)
Designación de representante de atención de la salud		
<p>Yo, con al menos dieciocho (18) años de edad, en pleno uso de mis facultades mentales y capaz de otorgar el consentimiento para mi atención de la salud, por el presente designo a la(s) persona(s) indicadas más adelante como mi(s) representante(s) legal(es) de atención de la salud en todos los asuntos relacionados con mi atención de la salud, incluyendo, entre otros, otorgar o rehusar el consentimiento para la atención de la salud, cirugía u hospitalización en instalaciones de atención de la salud, incluyendo instituciones de tratamiento prolongado, a menos que se establezca de otro modo en esta designación. Esta designación entrará en vigencia a partir del momento en el que el médico que me brinda sus servicios determine que soy incapaz de otorgar el consentimiento para mi atención de la salud u ocasionalmente. Comprendo que si he nombrado anteriormente a un representante de atención de la salud, la designación indicada más adelante sustituye (reemplaza) a cualquier o cualesquiera representante(s) que haya(n) sido designado(s) anteriormente.</p> <p>Autorizo a mi representante de atención de la salud a que tome decisiones en mi mejor interés en relación con el retiro o suspensión de la atención de la salud. Si en cualquier momento, y en función de las preferencias expresadas y del diagnóstico o la prognosis, mi representante de atención de la salud está conforme con que cierta atención médica no es o no sería beneficiosa, o que tal atención de la salud es o sería excesivamente gravosa, mi representante de atención de la salud puede expresar mi voluntad de que se retire o suspenda tal atención de la salud y puede otorgar el consentimiento en mi nombre para que se descontinúe toda la atención de la salud o no se inicie, incluso si esto pudiese ocasionar la muerte. Mi representante de atención de la salud debe tratar de discutir esta decisión conmigo. Sin embargo, si no tengo la capacidad de comunicarme, mi representante de atención de la salud puede tomar esa decisión en mi nombre, después de consultar con mi médico o médicos y otros proveedores de atención de la salud que sean relevantes. Hasta el límite que sea adecuado, mi representante de atención de la salud también puede discutir esta decisión con mi familia y otros en la medida en que ellos estén disponibles.</p> <p>Especifico los siguientes términos y condiciones (si los hubiere):</p>		
Nombre del representante designado	Dirección del representante designado (número y calle, ciudad, estado, y código postal)	Número de teléfono del representante designado
Firma del paciente / poderdante o representante designado (debe firmarse en presencia del poderdante)	Nombre del paciente / poderdante o representante designado en letra de imprenta	Fecha de la designación (mm/dd/aaaa)
Firma del testigo	Nombre del testigo en letra de imprenta	Fecha (mm/dd/aaaa)

INSTRUCCIONES PARA FORMULARIO DEL ESTADO 56241, DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN INDIANA

1. Existen numerosos tipos de voluntades anticipadas. El Departamento de Salud del Estado de Indiana anima a las personas a que consulten con su abogado, planificador y proveedores de atención de la salud para rellenar cualquier formulario de voluntades anticipadas.
2. No se requiere de este formulario estatal para designar a un representante de atención de la salud. Una persona puede utilizar un formulario designado por su abogado u otra entidad para cumplir con las necesidades específicas de la persona. Para que sea válido, cualquier formulario debe cumplir con los requisitos legales.
3. No se exige que una persona rellene un Formulario de designación del representante de atención de la salud. Una persona puede siempre elegir no designar a un representante de atención de la salud. Si no se ha designado un representante, la legislación de autorización médica del estado determinará quién puede autorizar su atención de la salud.
4. No se exige el número de historia médica ni el nombre de una institución o proveedor de atención de la salud para que la designación se haga efectiva. Esta información se puede incluir como un medio para asistir al proveedor de atención de la salud en la identificación correcta del paciente y archivar el documento de designación en la historia médica correcta.
5. El paciente/poderdante puede especificar en la designación los términos y condiciones adecuados, incluyendo una autorización para que el representante delegue la autoridad del permiso a otra persona.
6. La autoridad otorgada toma vigencia de acuerdo con los términos de la designación.
7. La designación no comienza hasta que el poderdante quede incapacitado para otorgar el consentimiento. La autoridad otorgada en la designación no entra en vigencia si el paciente/poderdante recupera la capacidad de otorgar el consentimiento.
8. A menos que la designación establezca lo contrario, un representante designado según esta sección quien esté razonablemente disponible y dispuesto a actuar tiene prioridad de actuar en todos los asuntos de atención de la salud del paciente/poderdante, salvo cuando el paciente/poderdante sea capaz de otorgar la autorización.
9. La designación de un representante de atención de la salud debe ser presenciada por un adulto distinto del representante de atención de la salud.
10. Para tomar todas las decisiones relativas a la atención de la salud del paciente/poderdante, el representante de atención de la salud debe actuar:
 - a. En el mejor interés del paciente/poderdante de acuerdo con la finalidad expresada en la designación.
 - b. De buena fe.
11. Un representante de atención de la salud que renuncie o no esté dispuesto a cumplir con la designación escrita no puede ejercer funciones según la designación y lo informará a:
 - a. El paciente/poderdante.
 - b. El representante legal del paciente/poderdante si este tuviese uno conocido.
 - c. El proveedor de atención de la salud si el representante conoce que existe tal persona.
12. Una persona que sea capaz de autorizar la atención de la salud puede revocar:
 - a. La designación en cualquier momento notificándolo al representante de forma oral o escrita; o
 - b. La autoridad otorgada al representante notificándolo al proveedor de atención de la salud de forma oral o escrita.



Heart City Health

Derechos y Responsabilidades del Paciente

El personal de Heart City Health Center, Inc. está dedicado a brindarle la mejor atención y tratamiento médico. Como participante en el cuidado de su salud, sus Derechos y Responsabilidades en la clínica son:

Derechos:

1. Será tratado con cortesía.
2. Tiene derecho a información sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
3. Tiene derecho a participar en las decisiones que afectan su cuidado médico.
4. Tiene derecho a conocer los nombres de las personas que cuidan de usted y de su papel en el tratamiento.
5. Usted puede ver y obtener copias de su expediente médico. Se le cobrará una pequeña cuota por las copias.
6. Le ofrecemos Privacidad y Seguridad dentro de la clínica.
7. La información médica sobre su cuidado médico se mantendrá confidencial.
8. Siempre que sea posible, se le notificara con anticipación cuando su médico no pueda verle para su cita.
9. Usted puede hacer preguntas si no está satisfecho con su atención médica.
10. Usted no será objeto de discriminación debido a su raza, religión, color, nacionalidad, sexo, edad, creencias políticas, discapacidades, estado civil, preferencia sexual o fuente de pago.
11. Usted tiene derecho a la mejor atención posible. Usted no será privado de los beneficios, derechos o privilegios garantizados por la ley federal o estatal.

Responsabilidades:

1. Se espera que usted conozca las reglas de Heart City Health Center, Inc.
2. Usted debe tener una cita para ver a un médico.
3. Si no puede asistir a su cita ya programada, es su responsabilidad llamar y cancelar antes de su cita. Si usted pierde Tres (3) citas, (sin llamar para cancelar o no llegar a su cita) dentro de un periodo de 12 meses, solamente será atendido Sin Cita Previa “walk-in” durante los próximos 6 meses.
4. Informe a su médico con la mayor precisión acerca de todas las enfermedades que haya tenido en el pasado y su condición médica actual; incluyendo hospitalizaciones, médicos anteriores. Por favor, traiga una lista de sus medicamentos, incluyendo la dosis de cada uno.
5. Si su condición médica cambia o si tiene algún problema con su tratamiento, informe a su médico inmediatamente.
6. Si usted no entiende su tratamiento o lo que se espera de usted, por favor, informe a su médico inmediatamente.
7. Siga los consejos e instrucciones que el médico le da acerca de su cuidado médico.
8. Si usted rechaza el tratamiento médico o no sigue las instrucciones, es posible que se le niegue cuidado médico adicional en la clínica.
9. El costo de su tratamiento es su responsabilidad. El pago de los servicios se solicita en el momento de su cita. Se le mandará una factura por correo por cualquier saldo adeudado.



Heart City Health

Al firmar, acepto que toda la información en este Paquete de Registración para Nuevos Pacientes es lo más correcto y actual a mi conocimiento.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

HCHC Staff

Date