

Historia médica y dental

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Motivo de la visita de hoy _____

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| SÍ | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes dolor de muelas? Si es así, califique el dolor del 1 al 10 (peor = 10) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Goza de buena salud? Si no, ¿cómo ha cambiado su salud recientemente? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido alguna enfermedad/operación/lesión grave? En caso afirmativo, describa _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Consume tabaco a diario? Si es así, ¿cuánto por día? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Consume alcohol o drogas con fines recreativos? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido algún problema con el cuidado dental anterior? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? _____ |
| | | Nombre del médico _____ Número de teléfono del médico _____ |

Por favor enumere todas las alergias a medicamentos y/o reacciones adversas: _____

Por favor enumere todos los medicamentos actuales: _____

¿Alguna vez ha tomado estos medicamentos? Zometa Aredia Fosamax Boniva Actonel

SOLO para mujeres:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| SÍ | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás actualmente tomando métodos anticonceptivos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás embarazada? En caso afirmativo, ¿cuántas semanas? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás amamantando? |

NOTA: Si actualmente utiliza métodos anticonceptivos, es importante que comprenda que los antibióticos pueden interferir con su eficacia. Por favor consulte a su médico.

¿Tiene o ha tenido alguna vez alguno de los siguientes? (marque TODO lo que corresponda)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales/úlceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> Adicción | <input type="checkbox"/> Cáncer o tumor | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza o el cuello |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Quimioterapia o radiación | <input type="checkbox"/> Manejo del dolor |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho o angina | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> Herpes labial | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial | <input type="checkbox"/> EPOC o enfisema | <input type="checkbox"/> Sinusitis/problemas nasales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Endocarditis bacteriana | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Desmayos o mareos | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |

Entiendo la importancia de un historial médico veraz para ayudar al médico a brindar la mejor atención posible. He tenido la oportunidad de hablar sobre mi historia con mi médico.

Fecha _____

Firma de la persona que completa la historia _____

Inicial del médico _____

Gracias por seleccionar Missouri Highlands Dental. Si tienes alguna pregunta, dinosla. Estaremos encantados de ayudar.

Como Centro de Atención Médica Calificado Federalmente, la Oficina de Atención Primaria de Salud nos exige recopilar datos de todos nuestros pacientes anualmente. Missouri Highlands Health Care no discrimina por edad, sexo, raza, credo, estado civil, religión, origen nacional, discapacidad, preferencia sexual ni orientación sexual. estado de asistencia o antecedentes penales.

IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL PACIENTE (Por favor, imprima)

Nombre completo del paciente:					
Sexo legal:		Masculino	Femenino	Fecha de nacimiento:	
Dirección residencial:			Dirección postal: Misma		
Ciudad:	Estado:	Correos	Ciudad:	Estado:	Correos
Número de Seguro Social:					

Marque la casilla junto al número al que prefiere que lo llamen primero

Teléfono de casa:		Teléfono móvil:		Teléfono alternativo:	
Dirección de correo electrónico del paciente					
Método de comunicación preferido: Llamada telefónica Mensaje de texto Correo electrónico Carta Portal del paciente					
Missouri Highlands Health Care cuenta con recursos para ayudar a pacientes que necesiten asistencia auditiva, visual o lingüística. Si necesita este tipo de asistencia, marque el tipo que necesita.					
Ayudas visuales para lenguaje de señas		Intérprete para (indicar qué idioma):			

INFORMACIÓN DE CONTACTO Y TUTOR (Si el paciente es menor de 17 años)

El contacto a continuación es:		Padre con custodia	Tutor legal	Cuidador	NA	El contacto a continuación es:		Padre con custodia	Tutor legal	Cuidador	NA
Nombre del tutor:						Nombre del tutor:					
Correo electrónico del tutor:						Correo electrónico del tutor:					
Teléfono de casa: el mismo que el del paciente			Teléfono móvil			Teléfono de casa: el mismo que el del paciente			Teléfono móvil		
Relación:		Madre	Padre	Madrastra	Padrastra	Relación:		Madre	Padre	Madrastra	Padrastra
		Padre de crianza	Abuelo	Tía/Tío	Hermano			Padre de crianza	Abuelo	Tía/Tío	Hermano
Otro (por favor especifique)						Otro (por favor especifique)					

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:			Teléfono de casa:			Teléfono móvil:		
Relación:								
Cónyuge		Padre	Niño	Hermano	Amigo	Primo	Guardián	Otro

PARIENTE MÁS CERCANO

Nombre:		Teléfono:		Relación:	
				Cónyuge Padre Hijo Hermano	
				Amigo Primo Otro	

DEMOGRAFÍA

Idioma principal: Inglés		Español		Raza (marque todas las que correspondan):		Blanco		Negro/Afroamericano		Indio americano / Alaska	
Otro (especificar)				Nativo asiático		Nativo hawaiano		Otros isleños del Pacífico		Negarse a responder	
Etnicidad:		Hispano/Latino		Estado civil no hispano/latino :		Casado		Soltero		Divorciado Pareja viuda separada	
PCP:				Número de teléfono del PCP :							

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

Trabajo agrícola (usted o un miembro de su familia) Esto incluye trabajo en producción de cultivos, producción animal, acuicultura, silvicultura, pesca o trabajos de apoyo como plantar, recolectar, alimentar, clasificar o cuidar animales de granja o cultivos.

Trabajo agrícola migratorio actual o en los últimos 2 años y se mudó de casa para este trabajo Trabajador agrícola temporero actual o en los últimos 2 años pero HIZO NO moverse de casa para aplicar a este trabajo Ex trabajador agrícola migratorio (anciano o discapacitado) dejó de trabajar debido a la edad o discapacidad Ninguna de las anteriores trabajo

Empleo: Empleador _____ Puesto _____ Teléfono del trabajo _____
 Estado laboral: Jornada completa Tiempo parcial Desempleados Jubilado Alumno

Tamaño del hogar y rango de ingresos anuales: Verifique el tamaño del hogar y LUEGO encierre en un círculo el rango de ingresos anuales en la línea junto al tamaño del hogar que haya seleccionado.

Familiar		Rango de ingresos anuales				
Tamaño						
1	→	\$0-15,650	\$15,651-20,815	\$20,816-25,979	\$25,980-31,300	\$31,301 +
2	→	\$0-21,150	\$21,151-28,130	\$28,131-35,109	\$35,110-42,300	\$42,301 +
3	→	\$0-26,650	\$26,651-35,445	\$35,446-44,239	\$44,240-53,300	\$53,301 +
4	→	\$0-32,150	\$32,151-42,760	\$42,761-53,369	\$53,370-64,300	\$64,301 +
5	→	\$0-37,650	\$37,651-50,075	\$50,076-62,499	\$62,500-75,300	\$75,301 +
6	→	\$0-43,150	\$43,151-57,390	\$57,391-71,629	\$71,630-86,300	\$86,301 +
7	→	\$0-48,650	\$48,651-64,705	\$64,706-80,759	\$80,760-97,300	\$97,301 +
8	→	\$0-54,150	\$54,151-72,020	\$72,021-89,889	\$89,890-108,300	\$108,301 +

Estado de la vivienda:	No soy persona sin hogar	Me quedo con otras personas temporalmente	Refugio para personas sin hogar	Vivienda pública (residencia para personas mayores / HUD)
Calle (Vivir al aire libre, en un coche, refugio improvisado)	Transitorio (sin vivienda permanente/de un lugar a otro)		Otros (Hoteles/Moteles)	
Trabajador agrícola:	Migrante	Temporal	Prefiero no responder	¿Veterano? Sí No Prefiero no responder

DATOS DEL GARANTE (A quién se enviarán los estados de cuenta)

Relación del garante con el paciente:	Paciente / Yo	Hijo	Cónyuge	Otro (especificar)	Fecha de nacimiento del garante:
Nombre completo del garante:					
Dirección postal del garante:	La misma que la del paciente				
Ciudad:			Estado:	Censillera:	
Número de Seguro Social del garante:	Teléfono del garante:		Correo electrónico del garante:		

Farmacia preferida: _____ Ubicación: _____

SEGURO DEL PACIENTE Marque si no tiene seguro (un representante de MHHC se comunicará con usted antes de su visita, si está marcado)

Parentesco con el asegurado:	Paciente / Yo	Hijo	Cónyuge	Otro (especificar)	Grupo #:
ID de miembro / Número de póliza:					



FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

Nombre del paciente (por favor, escriba en letra de imprenta): _____

Nombre del representante/tutor (si corresponde): _____

Firma del paciente/representante del paciente

Fecha

Firma del testigo de MHHC

Fecha



Pautas para las citas dentales en Missouri Highlands

Confirmación de citas

Todas las citas DEBEN confirmarse a más tardar con 48 horas de anticipación. Los consultorios dentales de MHHC intentarán comunicarse con los pacientes, pero en última instancia es responsabilidad del paciente confirmar su cita.

*****Las citas NO CONFIRMADAS serán canceladas*****

Citas perdidas

Primera cita perdida/no confirmada: será reprogramada.

Segunda cita perdida/no confirmada: Se ofrecerán citas de 24 horas durante 6 meses. Tercera cita perdida/no confirmada: No se harán citas durante 12 meses.

Llegada tardía a las citas

Menos de 15 minutos de retraso: el paciente seguirá siendo atendido, pero es posible que no se le proporcione todo el tratamiento planificado.

Más de 15 minutos de retraso: se cuenta como cita perdida y no se proporcionará ningún tratamiento.

*** En caso de que no podamos comunicarnos con usted a su número de contacto principal o correo electrónico, intentaremos comunicarnos con los números alternativos enumerados. Recomendamos incluir contactos alternativos como familiares cercanos o amigos que puedan comunicarse con usted para ayudarlo a confirmar su cita dental. ***

Número de contacto principal del paciente: _____

Dirección de correo electrónico del paciente: _____
(Por favor escriba claramente)

Número de contacto secundario del paciente: _____

Nombre/Relación con el Paciente: _____

Número de contacto alternativo: _____

Nombre/Relación con el Paciente: _____

Consentimiento: Entiendo que Missouri Highlands Health Care utilizará todas las formas de contacto enumeradas en el intento de comunicarse conmigo con respecto a mis citas dentales. Acepto todos los términos descritos en este documento y reconozco que es mi exclusiva responsabilidad confirmar mis citas, llegar a tiempo y aceptar las consecuencias descritas.

Nombre del paciente/tutor (por favor escriba claramente) _____

Firma _____ Fecha _____

Delegación de otra persona para dar el consentimiento para el tratamiento de un menor

Anexo A

Yo, (padre/tutor legal), _____, no puedo acompañar a mi hijo,
(nombre del niño) _____, a Missouri Highlands Health Care, doy permiso al siguiente adulto
(deben tener 18 años de edad o más):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Doy permiso para que esta persona busque tratamiento para mi hijo, incluido cualquier tipo de atención médica/
dental, prueba de diagnóstico, atención de salud mental, vacunas, procedimientos y la administración de anestesia local
que un médico, enfermero especializado o dentista determine que son necesarios para el bienestar de mi hijo, y doy mi
consentimiento para dicho tratamiento si los intentos de comunicarse conmigo no tienen éxito. (inicial aquí) _____

Doy mi permiso para que esta persona busque tratamiento para mi hijo, incluido cualquier tipo de atención médica
o dental, prueba de diagnóstico, atención de salud mental, vacunas, procedimientos y la administración de anestesia local
que un médico, enfermero especializado o dentista determine que son necesarios para el bienestar de mi hijo, y doy mi
consentimiento para dicho tratamiento sin tener que comunicarse conmigo. (inicial aquí) _____

Este formulario permanecerá vigente hasta que se revoque completando el formulario de Aviso para revocar la delegación.

Este formulario es VÁLIDO SÓLO durante el siguiente período de tiempo:

Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de expiración: _____

INCÓGNITA _____

(Firma del padre o tutor legal) (Fecha y hora de firma - REQUERIDO)

INCÓGNITA _____

(Firma del empleado de MHHC testigo) (Fecha y hora de la firma - REQUERIDA)

DIRECCIÓN _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono móvil _____

Delegación de otra persona para dar el consentimiento para el tratamiento de un menor

Anexo A de la Política de Consentimiento de Menores