



Historia médica y dental

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Motivo de la visita de hoy _____

SÍ NO

- ¿Tienes dolor de muelas? Si es así, califique el dolor del 1 al 10 (peor = 10) _____
 Goza de buena salud? Si no, ¿cómo ha cambiado su salud recientemente? _____

 ¿Ha tenido alguna enfermedad/operación/lesión grave? En caso afirmativo, describa _____

 ¿Consume tabaco a diario? Si es así, ¿cuánto por día? _____
 ¿Consume alcohol o drogas con fines recreativos?
 ¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido algún problema con el cuidado dental anterior?
 ¿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

- ¿Estás actualmente tomando métodos anticonceptivos?
 ¿Estás embarazada? En caso afirmativo, ¿cuántas semanas? _____
 ¿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"/> Manejo del dolor |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Quimioterapia o radiación | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho o angina | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> Herpes labial | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B o C <input type="checkbox"/> Sinusitis/problems nasales |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial | <input type="checkbox"/> EPOC o enfisema | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Endocarditis bacteriana | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <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.

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

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:	Número de Seguro Social:	
Dirección residencial:			Dirección postal: Misma		
Ciudad:	Estado:	Cremallera	Ciudad	Estado	Cremallera

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	Padrastro	Relación:	Madre	Padre	Madrastra	Padrastro
Padre de crianza	Abuelo	Tía/Tío	Hermano	Otro (por favor especifique)	Padre de crianza	Abuelo	Tía/Tío	Hermano	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 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 Tamaño		Rango de ingresos anuales				
	1	\$0-15,960	\$15,961-21,227	\$21,228-26,494	\$26,495-31,920	\$31,921 +
	2	\$0-21,640	\$21,641-28,781	\$28,782-35,922	\$35,923-43,280	\$43,281 +
	3	\$0-27,320	\$27,321-36,336	\$36,337-45,351	\$45,352-54,640	\$54,641 +
	4	\$0-33,000	\$33,001-43,890	\$43,891-54,780	\$54,781-66,000	\$66,001 +
	5	\$0-38,680	\$38,681-51,444	\$51,445-64,209	\$64,210-77,360	\$77,361 +
	6	\$0-44,360	\$44,361-58,999	\$59,000-73,638	\$73,639-88,720	\$88,721 +
	7	\$0-50,040	\$50,041-66,553	\$66,554-83,066	\$83,067-100,080	\$100,081 +
	8	\$0-55,720	\$55,721-74,108	\$74,109-92,495	\$92,496-111,440	\$111,441 +

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)	
Nombre completo del garante:					Fecha de nacimiento del garante:
Dirección postal del garante:	La misma que la del paciente				
Ciudad:				Estado:	Cremallera:
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)
ID de miembro / Número de póliza:	Grupo #:			

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

Nombre del asegurado:

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Entiendo que mis familiares o amigos pueden hacer preguntas sobre mi condición médica por teléfono o en persona. También entiendo que constituye una violación de la confidencialidad médico-paciente que cualquier miembro de mi equipo de atención médica comparta mi información médica con cualquier persona sin mi consentimiento expreso por escrito. Al firmar este formulario, autorizo a Missouri Highlands Health Care a compartir mi información médica con las personas que se indican a continuación.

Reconozco que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), puedo limitar la cantidad de información que autorizo a divulgar. Es mi deseo expreso que se divulgue TODA la información médica. Si tengo alguna información que no deseo divulgar, la enumeraré a continuación:

Persona(s) que autorizo a recibir mi información médica:

Nombre:	Teléfono:	Relación:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Teléfono:	Relación:	Fecha de nacimiento:

/

/

Firma del paciente/representante del paciente

Fecha

Firma del testigo de MHHC

Fecha

CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE

Consentimiento para el tratamiento: Por la presente, otorgo permiso para que Missouri Highlands Health Care realice los procedimientos y tratamientos necesarios para el cuidado completo de mí mismo o de un dependiente por quien soy legalmente responsable.

Autorización y divulgación: Autorizo a Missouri Highlands Health Care a divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen proporcionado a mí o a mi dependiente durante el periodo de dicha atención médica, a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente a Missouri Highlands Health Care por cualquier beneficio de seguro que de otra manera me correspondería. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos de la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios proporcionados en mi nombre o en el de mis dependientes. Si el saldo de mi cuenta se envía a una agencia externa para su cobro, soy responsable de los cargos de cobro que deben pagarse a dicha agencia. Autorizo a mi equipo de atención médica a realizar cualquier tratamiento, administración de medicamentos y/o terapia que pueda estar indicada en relación con mi atención o la atención de mi dependiente. Entiendo que antes del tratamiento, el personal me dará una explicación completa del/los procedimiento(s) involucrado(s).

SureScripts: Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información médica sobre mi atención y tratamiento se divulgue según lo establecido en este formulario. De conformidad con la Ley del Estado de Missouri y la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE utiliza Surescripts, Inc., un sistema de prescripción que permite obtener recetas y la información relacionada que se intercambiará entre mi equipo de atención médica y la farmacia. La información enviada entre estos sistemas puede incluir detalles de todas las recetas.
2. Esta autorización puede incluir la divulgación de información de prescripción relacionada con el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental y/o información confidencial relacionada con el VIH. información de SureScripts, Inc. a BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE.
3. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas con base en esta autorización.
4. La firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización.
5. La información divulgada bajo esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario, y esta divulgación podría ya no estar protegida por la ley estatal o federal.
6. Esta autorización vence un año a partir de la fecha de mi firma a continuación.
7. ESTA AUTORIZACIÓN NO AUTORIZA A BIG SPRINGS MEDICAL ASSOCIATION INC. DBA MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE A DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O ATENCIÓN MÉDICA CON CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA AQUELLA PERMITIDA POR LA LEY APlicable.

Derechos y responsabilidades del paciente: Reconozco que Missouri Highlands Health Care ha compartido una copia de sus Derechos y responsabilidades del paciente, para garantizar que usted conozca sus derechos y responsabilidades.

Consentimiento fotográfico: Acepto que un miembro del personal de Missouri Highlands Health Care tome fotografías mías o de mi dependiente. Dichas fotografías se utilizarán para los registros médicos y para ayudar a evitar el robo de identidad. Todas las fotografías son estrictamente privadas y la identidad del paciente no se revelará a nadie fuera de Missouri Highlands Health Care, a menos que así lo exijan las autoridades.

Acerca de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad: Nos comprometemos a proteger su información médica personal conforme a la ley. La ley nos exige proporcionarle una copia de este aviso y obtener su acuse de recibo por escrito. Si decide recibir información de Missouri Highlands Health Care por correo electrónico (por ejemplo, recordatorios de citas), se enviará a través de un servidor seguro. Sin embargo, usted será responsable de la protección de dicha información una vez que salga de nuestro servidor.

Recaudación de fondos : A menos que nos solicite lo contrario, utilizaremos su nombre y dirección para apoyar nuestras iniciativas de recaudación de fondos. Si no desea participar en ellas,

Por favor marque la siguiente casilla:

Por favor, no utilice mi información para fines de recaudación de fondos.

Marketing : a menos que nos solicite no hacerlo, utilizaremos su nombre y dirección para actividades de marketing, para brindarle información sobre los servicios disponibles en nuestro

Si no desea recibir comunicaciones de marketing de nuestro consultorio, marque la siguiente casilla:

Por favor, no utilice mi información para fines de marketing.



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