

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO (S)		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE / INICIAL		NOMBRE ANTERIOR / APODOS (S)	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL #		FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
<p>*Si bien Shenandoah Community Health reconoce un número de géneros sexuales, muchas compañías de seguro médico y entidades legales desafortunadamente no lo hacen. Por favor esté consciente que su nombre legal y sexo enlistado en su seguro médico debe ser el mismo utilizado en documentos pertinentes a seguro, facturación y correspondencia. Si su nombre de preferencia o pronombres son diferentes, por favor déjenos saber.</p>							
SEXO AL NACER (Circule Uno) Male Female Indefinido Desconocido		GÉNERO ACTUAL (Circule Uno) Masculino Femenino Indefinido		PRONOMBRE DE PREFERENCIA (Circule Uno) Él, lo, suyo Ella, la, suya Ell(a)os, Suy(a)os Otro Ze, Hir (Género libre) Se le preguntó pero desconocido Se negó a contestar			
IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre a mujer/Transgénero Femenino/Mujer Trans <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Mujer a hombre/Transgénero Masculino/Hombre Trans <input type="checkbox"/> Género variante, sin ser exclusivo masculino o femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no compartir <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otro, por favor especifique: _____				ORIENTACIÓN SEXUAL <input type="checkbox"/> Prefiere no compartir <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, homosexual <input type="checkbox"/> Algo más, por favor describa _____			
DIRECCIÓN				CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN (Si es diferente a la anterior)				CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		MÉTODO DE CONTACTO PREDILECTO	
ESTADO CIVIL (Circule Uno) Soltero Casad(a) Viud(a) Divorciad(a) Seperada(o) legalmente		IDIOMA PRIMARIO (Circule Uno) Inglés Español Idioma de Señas Americano Criollo Criollo Haitiano Otro: _____					
CONTACTO DE EMERGENCIA		NOMBRE		TELÉFONO		RELACIÓN	
FARMACIA DE PREFERENCIA				MÉDICO DE CABECERA			

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSIBLE (Si es Diferente del Paciente)

NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL#		FECHA DE NACIEMTO	
DIRECCIÓN		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO	
RELACIÓN CON EL PACIENTE					
ESTATUS DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> Viviendo con alguien <input type="checkbox"/> No está Sin Hogar <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Transicional		RAZA <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Más de una Raza <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____			
ESTATUS DE TRABAJADOR MIGRATORIO <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> No es trabajador de campo/granja <input type="checkbox"/> De Temporada		ETNICIDAD <input type="checkbox"/> No Hispano O Latino <input type="checkbox"/> Hispano O Latino <input type="checkbox"/> Cuban(a) <input type="checkbox"/> Mexican(a) <input type="checkbox"/> Dominicana(o) <input type="checkbox"/> Guatemalteca(o) <input type="checkbox"/> Haitiana(o) <input type="checkbox"/> Hondureña(o) <input type="checkbox"/> Jamaicana(o) <input type="checkbox"/> Venezolana(o) <input type="checkbox"/> Puertorriqueña(o) <input type="checkbox"/> Latino Americana(o) <input type="checkbox"/> Mexico Americana(o) <input type="checkbox"/> Otro: _____			
BARRERA DE IDIOMA (Circule Una) SÍ NO		¿ES VETERANA(O) DEL SERVICIO MILITAR? (Circle One) SÍ NO			



**POR FAVOR MUESTRE TODAS SUS TARJETAS DE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO AL
RECEPCIONISTA**

SEGURO MÉDICO PRIMARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO		MIEMBRO / IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR #	
		NÚMERO DE GRUPO #	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ASEGURADO (EMPLEADO, SI ES A TRAVÉS DEL TRABAJO)		RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	CANTIDAD DEL CO-PAGO	FECHA EFECTIVA	FECHA DE VENCIMIENTO

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Si Aplica)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO		MIEMBRO / IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR #	
		NÚMERO DE GRUPO #	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ASEGURADO (EMPLEADO, SI ES A TRAVÉS DEL TRABAJO)		RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	CANTIDAD DEL CO-PAGO	FECHA EFECTIVA	FECHA DE VENCIMIENTO

Requerimos por agencias de financiamiento la obtención de la siguiente información de nuestros pacientes con propósitos estadísticos. Esto nos ayudará a asegurar subsidios para apoyar servicios comunitarios y programas para pacientes con necesidades especiales. Su información individual permanecerá privada y confidencial y no será compartida con ninguna otra agencia u organización

**BASADO EN EL TAMAÑO FAMILIAR Y SU INGRESO ANUAL FAMILIAR,
¿QUÉ COLUMNA DE LA GRÁFICA SIGUIENTE SERÍA LA QUE DESCRIBE MEJOR SU SITUACIÓN FINANCIERA?**

Ejemplo: Tamaño familiar de 3 con ingreso anual familiar de \$25,000, circule la columna con la letra B

CIRCULE SÓLO UNA LETRA DE LA COLUMNA : A B C D E F

TAMAÑO FAMILIAR	INGRESO ANUAL FAMILIAR			
	A	B	C	D
1	\$12,490 or less	\$12,491 - \$18,735	\$18,735- \$24,980	More than \$24,981
2	\$16,910 or less	\$16,911 - \$25,365	\$25,366 - \$33,820	More than \$33,821
3	\$21,330 or less	\$21,331 - \$31,995	\$31,996 - \$42,660	More than \$42,661
4	\$25,750 or less	\$25,751 - \$38,625	\$38,626 - \$51,500	More than \$51,501
5	\$30,170 or less	\$30,171 - \$45,255	\$45,256 - \$60,340	More than \$60,341
6	\$34,590 or less	\$34,591 - \$51,885	\$51,886 - \$69,180	More than \$69,181
7	\$39,010 or less	\$39,011 - \$58,515	\$58,516 - \$78,020	More than \$78,021
8	\$43,430 or less	\$43,431 - \$65,145	\$65,146 - \$86,860	More than \$86,861

FIRMA _____ **FECHA** _____



Shenandoah Valley Medical System, Inc. hace negocios como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Salud y Servicios Humanos y tiene estatus otorgado por el Servicio Federal de Salud Pública para ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la cita de hoy: _____

1. Enumere todas las medicinas que toma actualmente y el nombre del doctor que se las receta:

Medicina	Dosis	Frecuencia	¿Quién la recetó?

2. Marque las medicinas sin receta que usted toma:

- Aspirina Antiácidos Antialérgicos Remedios/ Suplementos de Hierbas
 Tylenol Laxantes Auxiliar del sueño Auxiliar de pérdida de peso
 Excedrin Descongestionante Auxiliar de aumento de músculos/peso
 Otras: _____

3. Enumere todas las alergias que usted tenga, incluyendo alergias a medicinas:

4. ¿Usted fuma? Sí No

¿Cuánto? _____

¿Hace cuánto tiempo? _____

5. ¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No

¿Cuánto? _____

6. ¿Usa marihuana u otras drogas? Sí No

¿Qué drogas? _____



FECHA DE HOY: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Cobertura de Seguro Médico Principal Sí No Si su respuesta es positiva, por favor explique: _____

Nombre y teléfono de su médico de medicina general: _____

Aunque los especialistas dentales tratan principalmente el área de la boca y a su alrededor, la boca es parte de su cuerpo. Los problemas de salud que usted pueda tener, o las medicinas que usted tome, pueden tener una interrelación importante con el cuidado dental que usted reciba. Le agradecemos que conteste las siguientes preguntas.

¿Está bajo los cuidados de algún médico? Sí No Si su respuesta es positiva, por favor explique:

¿Alguna vez ha sido internado en un hospital o le han hecho una cirugía mayor? Sí No Si su respuesta es positiva, por favor explique:

¿Ha tenido alguna herida grave en la cabeza o el cuello? Sí No Si su respuesta es positiva, por favor explique:

¿Sigue alguna dieta especial? Sí No

Mujeres: Está usted: Embarazada Intentando quedarse embarazada Amamantando Toma Anticonceptivos

Todos los pacientes: ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Positivo para SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Latido Cardíaco Irregular | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Herpes Labial/ Herpes febril | <input type="checkbox"/> Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Herpes Zóster |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca congénita | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Problemas en la cavidad nasal |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Medicina con Cortisona | <input type="checkbox"/> Ataque/Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja | <input type="checkbox"/> Espina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Artritis/ Gota | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Le salen moretones fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Válvula Cardíaca Artificial | <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Derrame |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Le falta el aire fácilmente | <input type="checkbox"/> Problemas/Enfermedad cardíacas | <input type="checkbox"/> Hinchazón en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Enfermedad Paratiroidea | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Cuidados Psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Tonsilitis |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Tumores o Neoplasia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Aspergers | <input type="checkbox"/> Desvanecimientos/Mareos | <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta | <input type="checkbox"/> Diálisis Renal | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Urticaria o sarpullido | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones de la mandíbula | | | |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no haya sido mencionada anteriormente? Sí No Si su respuesta es positiva, por favor explique: _____

Comentarios:

Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Según mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido contestadas con exactitud. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina del dentista si ocurren cambios en mi estado de salud.
FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR LEGAL: _____ **Fecha:** _____



LLEGADA CON RETRASO / CANCELACIÓN / INASISTENCIA

Hacemos lo posible para mantenernos en hora. También entendemos que de vez en cuando surgen emergencias y usted puede retrasarse o faltar a su cita.

Si los pacientes no llegan en hora nos reservamos el derecho de reprogramar sus citas. Por favor llámenos si está atrasado.

Por favor avísenos con 24 horas de anticipación si desea cancelar o reprogramar su cita. Las citas que no se cancelan con 24 horas de anticipación se consideran “inasistencia”.

Tenemos una política de inasistencia estricta. La **PRIMERA** vez que no cumpla con una cita, **NO** se le darán citas por dos semanas. La **SEGUNDA** vez que no cumpla con una cita **NO** se le darán citas por cuatro semanas. La **TERCERA** vez que no cumpla con una cita, **SOLAMENTE** se le darán citas para el mismo día.

PADRE / TUTOR LEGAL

En todas las citas todos los niños deben venir acompañados por un padre o tutor legal (comprobado con documentos de la corte), quien debe estar presente durante toda la cita.

Para permitir que otro adulto traiga a su niño a la cita, el mismo debe estar listado en el formulario de consentimiento. Si el adulto que acompañe a su niño no está listado en el formulario de consentimiento, debe proporcionar una nota con la siguiente información: nombre y fecha de nacimiento del niño, nombre del adulto que lo acompañe, todas las condiciones médicas o medicinas actuales del niño, consentimiento para el tratamiento que se le proporcione ese día, la firma y número telefónico del padre y la fecha del día de hoy.

ACOMPañAR A LOS NIÑOS EN LA SALA DE PROCEDIMIENTOS

Nos gustaría continuar ofreciéndoles a los padres de nuestros pacientes el privilegio de acompañar a sus hijos durante sus citas odontológicas en nuestros consultorios aptos para menores. Para continuar ofreciendo este privilegio, necesitamos que el padre/tutor legal siga los siguientes procedimientos:

Es necesario pedir que solo **UN** adulto acompañe a su hijo a la zona clínica. Todos los hermanos del paciente deben permanecer en la sala de espera con un adulto que los acompañe. Los niños menores de 11 años no pueden permanecer en la sala de espera sin estar bajo la vigilancia de un adulto. Para proteger a sus niños y a nuestro personal, no podemos cuidar a sus hijos durante las citas programadas. Los pacientes adultos no pueden tener niños con ellos en los consultorios mientras reciben tratamientos. Si en algún momento durante su cita el paciente menor de edad deja de cooperar y el proveedor dental siente que sería lo mejor para el paciente, tal vez sea necesario pedir que el padre se siente en la sala de espera por el resto de la cita.

Citas para Reconstitución dental- Solamente se permite que un padre acompañe al niño al consultorio hasta que comience el tratamiento. Una vez que comience el tratamiento, les pediremos a todos los padres que permanezcan en la sala de espera.

CITAS CON HERMANOS

Debido al alto número de inasistencias y citas no cumplidas ya no programaremos citas para más de dos hermanos juntos en un mismo día.

Si programamos citas para más de un hermano, los mismos deben poder quedarse solos en la sala de procedimientos.

Si usted desea acompañar a su hijo en la sala de procedimientos, usted debe estar acompañado de otro adulto mayor de 18 años que permanezca en la sala de espera con el hermano mientras que usted esté en la sala de procedimientos.

Firma del Paciente o Padre/Tutor legal

Fecha

Escriba en letras de imprenta el nombre del paciente: _____



Por la presente, doy consentimiento para que yo mismo o mi hijo recibamos los servicios de *Shenandoah Valley Medical System, Inc.*, que opera como *Shenandoah Community Health*.

Si no puedo concurrir a mi cita, entiendo que tengo la responsabilidad de contactar a la oficina con por lo menos 48 horas de anticipación.

Acuso recibo del “*Aviso Conjunto de Privacidad*” de *Shenandoah Community Health* referente a la protección de información médica.

Autorizo al personal de *Shenandoah Community Health (SCH)* a que, con fines de identificación, tomen mi foto o escaneen mi documento de identidad con foto y lo coloquen en mi Registro Médico Electrónico. Entiendo que esta fotografía será protegida como siendo parte de mi registro médico y, a no ser que sea requerido por leyes federales o estatales, de acuerdo con el “*Aviso Conjunto de Privacidad*” de SCH, la misma no será divulgada sin mi autorización por escrito.

Durante el transcurso de mis cuidados y tratamientos, puede ser necesario que se realicen varios tipos de exámenes, análisis, diagnósticos o procedimientos. Los mismos pueden incluir, pero no se limitan a, revisión de la audición y/o la vista, análisis de laboratorio, prueba de orina para detección de sustancias controladas, inyecciones, u otros análisis, los cuales el proveedor médico considere necesarios. Si tengo alguna pregunta relacionada con estos procedimientos le pediré a mi médico clínico que me otorgue más información. También entiendo que mi proveedor médico puede pedirme que firme otros documentos de Consentimiento Informado relacionados con procedimientos específicos.

Autorizo el pago de beneficios de los seguros médicos a Shenandoah Valley Medical System, Inc. por los servicios médicos que me hayan prestado que soy responsable de pagar las tarifas de los servicios médicos que no estén cubiertos por el seguro medico o por terceros, incluyendo los copagos, deducibles y otros montos no cubiertos.

Si el cliente es menor de edad, un padre/tutor legal es consciente y da consentimiento para la realización de este tratamiento.

Nombre del Patient

Fecha de Nacimiento

Firma del Patient/Representante legal

Fecha

Testigo

Fecha





**HEALTHY SMILES COMMUNITY ORAL HEALTH CENTER
DE SHENANDOAH COMMUNITY HEALTH
Formulario de Consentimiento Médico**

Fecha: _____

Primer nombre del menor

Apellido del menor

Fecha de nacimiento

Nombre de los padres, dirección y número telefónico

Por la presente designo a:

Nombre: _____

Relación con el menor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Como la persona que durante mi/nuestra ausencia autorizará los consentimientos para todos los tratamientos médicos y/o quirúrgicos, vacunas, exámenes diagnósticos, etc.; los cuales pueden ser necesarios durante nuestra ausencia, sin limitar en forma alguna las autorizaciones y designaciones anteriores. **Esta autorización es válida por un año a no ser que se revoque por escrito.**

Nombre del proveedor médico/Teléfono:

Enumere las alergias y las medicinas que tome actualmente, de haberlas:

Shenandoah Valley Medical System, Inc., opera como Shenandoah Community Health, su directiva y empleados, y todos los proveedores médicos que proporcionen cuidados, quienes hayan sido autorizados por la antes nombrada para actuar como persona designada con la misma validez y efecto como si fuera llevado a cabo personalmente por nosotros. El consentimiento y autorización deben incluir y extenderse a todos los asuntos para los cuales se requiera consentimiento y autorización de acuerdo con las normas que rigen dichos servicios, los cuales se presten a los menores antes mencionados. De conformidad con el presente documento, estamos de acuerdo en pagar todos los servicios prestados.

Firma del padre

Firma de la madre

En caso de que sólo uno de los padres ejecute este formulario, por favor declare a continuación el motivo por el cual la firma del otro padre no se puede obtener:

