

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO (S)		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE / INICIAL		NOMBRE ANTERIOR / NOMBRE PREFERIDO	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
<i>*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 al seguro, facturación y correspondencia. Si su nombre de preferencia o pronombres son diferentes, por favor déjenos saber.</i>							
SEXO AL NACER (Marque su respuesta con un círculo) Masculino Femenino Indefinido Desconocido		GÉNERO ACTUAL (Marque su respuesta con un círculo) Masculino Femenino Indefinido		PRONOMBRE DE PREFERENCIA (Marque su respuesta con un círculo) Él, lo, suyo Ella, la, suya Ell(a)os, Suy(a)os Otro Ze, Hir (Género libre) Se le preguntó pero es desconocido Me niego a contestar			
IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino/Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino/Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Prefiero no compartir <input type="checkbox"/> Otro				ORIENTACIÓN SEXUAL <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana o gay) <input type="checkbox"/> Prefiero no compartir <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más, por favor describa _____			
DIRECCIÓN PRINCIPAL/DE FACTURACIÓN			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN ALTERNA			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO	
ESTADO CIVIL (Circule Uno) Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) legalmente		IDIOMA PRIMARIO (Circule Uno) Inglés Español Lenguaje de Señas Americano Criollo Criollo Haitiano Otro: _____					
CONTACTO DE EMERGENCIA		NOMBRE		TELÉFONO		RELACIÓN	
FARMACIA DE PREFERENCIA				MÉDICO DE CABECERA			
ESTATUS DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> No vive en la calle <input type="checkbox"/> Vive con alguien <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> En la calle		RAZA <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guamen o Chamorro <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Otra isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza					
ESTATUS DE TRABAJADOR MIGRATORIO <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> De Temporada		ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano americano <input type="checkbox"/> No – hispano o latino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> desconocido					
BARRERA DE LENGUAJE (Circule uno) SÍ NO		¿ES VETERANO(A) DEL SERVICIO MILITAR? (Circule uno) SÍ NO					
QUEJA PRINCIPAL / MOTIVO DE LA CONSULTA							
FUENTE DE REFERENCIA							

Las agencias de financiamiento nos exigen que obtengamos la siguiente información de nuestros pacientes con fines estadísticos. Esto nos ayudará a obtener subsidios para apoyar a los programas de ayuda comunitaria y los programas para pacientes con necesidades especiales. Su información permanece privada y confidencial y no se comparte con ninguna agencia u organización.

NÚMERO DE FAMILIARES EN LA VIVIENDA E INGRESO ANUAL

NÚMERO DE FAMILIARES EN LA VIVIENDA: _____

INGRESO ANUAL DE LA VIVIENDA: \$ _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (si es diferente al paciente)

NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)

Número de Seguro Social

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

RELACIÓN CON EL PACIENTE

POR FAVOR MUESTRE TODAS SUS TARJETAS DE SEGURO MÉDICO A LA RECEPCIONISTA

SEGURO MÉDICO PRIMARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

MIEMBRO / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR #

DE GRUPO

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL ASEGURADO (EMPLEADO, SI ES SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DEL TRABAJO)

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO

CANTIDAD DEL COPAGO

FECHA EFECTIVA

FECHA DE VENCIMIENTO

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Si Aplica)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

MIEMBRO / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR #

DE GRUPO

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL ASEGURADO

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO

MONTO DEL COPAGO

FECHA EFECTIVA

FECHA DE VENCIMIENTO



Shenandoah Valley Medical System, Inc. opera como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Servicios Humanos y de Salud y tiene un estatus considerado Servicio Federal de Salud Pública con respecto a ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud, incluidas las reclamaciones por negligencia médica, para sí mismo y los individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades, que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.



Historial Médico

Fecha en la que completó el formulario: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Motivo por el cual requiere atención: _____

Nombre de su médico de cabecera y número de teléfono: _____

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de la boca, la boca es parte del cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que pueda estar tomando, podrían tener una interacción importante con el tratamiento odontológico que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

1. Enliste todos los medicamentos que toma actualmente y el nombre del doctor que se los recetó

Medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia?	¿Quién se lo recetó?

2. ¿Está tomando algún anticoagulante actualmente?

3. Marque los medicamentos que toma sin receta médica:

- Aspirina Antiácidos Medicamento para la alergia Remedios de hierbas /Suplementos
- Tylenol Laxantes Medicamento para dormir Auxiliares en la pérdida de peso
- Excedrin Medicamento de los senos paranasales Auxiliares para el aumento de músculo
- Otros: _____

4. Enumere todas las alergias, incluidas las alergias a medicamentos:

5. ¿Fuma? Sí No

Si es así, ¿Qué cantidad? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

6. ¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No

Si es así, ¿Qué cantidad? _____

7. ¿Utiliza marihuana o alguna otra droga? Sí No
Si es así, ¿Qué droga? _____
8. ¿Se encuentra bajo cuidado médico de algún proveedor? Sí No Si es así, por favor explique:

9. ¿Alguna vez lo han hospitalizado o ha tenido alguna cirugía? Sí No Si es así, por favor explique:

10. ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Sí No Si es así, por favor explique:

11. ¿Tiene usted alguna dieta especial? Sí No

Si es mujer, está usted: Embarazada Intentando embarazarse Amamantando Tomando pastillas anticonceptivas

Para todos los pacientes: Usted tiene, o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes:

<input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco irregular	<input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Fuegos labiales/ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/> Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Problemas de riñón	<input type="checkbox"/> Herpes zóster/culebrilla
<input type="checkbox"/> Anafilaxis	<input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de las células falciformes
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Problema de los senos paranasales
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Cortisona	<input type="checkbox"/> Infarto/insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Espina bifida
<input type="checkbox"/> Artritis/ Gota	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Soplo	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones	<input type="checkbox"/> Enfermedad del estómago
<input type="checkbox"/> Válvula de corazón artificial	<input type="checkbox"/> Adicción a drogas	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Articulación falsa	<input type="checkbox"/> Se queda sin aliento fácilmente	<input type="checkbox"/> Enfermedad o problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Hincharse de las extremidades
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones de la mandíbula	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Tratamientos de radiación	<input type="checkbox"/> Tumores o crecimientos
<input type="checkbox"/> Problema respiratorio	<input type="checkbox"/> Desmayos/ Mareos	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Ronchas o salpullido	<input type="checkbox"/> Dialísis	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Quimioterapia			<input type="checkbox"/> Reumatismo	

¿Ha padecido alguna enfermedad grave que no se encuentre en la lista anterior? Sí No Si es así, por favor explique: _____

Comentarios: _____

Nombre de su contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Hago constar que las preguntas de este formulario han sido contestadas con veracidad. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del Paciente, Padre o Guardia Legal: _____

Fecha: _____



Acuerdo en cuanto a programación de citas

Llegada tardía/Cita no confirmada/Inasistencia

Hacemos nuestro mejor esfuerzo para mantener su cita en el horario indicado. También entendemos que de vez en cuando surgirá una emergencia y es posible que llegue tarde o pierda una cita. Nos reservamos el derecho de reprogramar a los pacientes si no llegan a tiempo a su cita. Por favor llame si se le hace tarde. Los pacientes que no puedan asistir a una cita programada deben cancelar antes de la 1:00 p. m. del día anterior a la cita. Además, todos los pacientes deben confirmar las citas antes de la 1:00 p. m. del día anterior a la cita. Las citas canceladas después de la 1:00 p.m. del día anterior, o no canceladas, pueden someter al paciente a restricciones de programación después de la tercera vez.

Padre/tutor legal

Todos los niños deben estar acompañados por un padre o tutor legal (con documentos de la corte) para cada visita y permanecer presente durante toda la cita. Para permitir que otro adulto traiga a su hijo a la cita, debe estar incluido en el formulario de consentimiento. Si el adulto que acompaña a su hijo no figura en el formulario de consentimiento, debe proporcionar una nota con la siguiente información: nombre y fecha de nacimiento del niño, nombre del adulto que acompaña al niño, cualquier afección médica o medicamento actual, consentimiento para el tratamiento que se brinda y la firma y número de teléfono del padre y la fecha de hoy. **Los menores de edad deben estar acompañados por un padre o tutor legal en la primer cita.**

Acompañar a los niños a las salas de procedimientos

Para continuar permitiendo que los padres/tutores acompañen a sus hijos a nuestros consultorios aptos para menores durante su visita dental, les pedimos a los padres/tutores que sigan los siguientes lineamientos:

- Solo **UN** adulto debe acompañar a un niño al área clínica.
- Todos los hermanos de los pacientes deben permanecer en la sala de espera con un adulto acompañante. Los niños menores de 11 años no pueden permanecer en la sala de espera sin la supervisión de un adulto.
- Para la protección de su hijo y de nuestro personal, no podemos cuidar a sus hijos durante las citas programadas.
- Si el paciente no coopera en algún momento durante el tratamiento, y el proveedor cree que sería lo mejor para el paciente, puede ser necesario pedirle a los padres que se sienten en la sala de espera por el resto de la cita.
- Citas de restauración: solo se permite que uno de los padres acompañe al niño al quirófano hasta que comience el tratamiento. Una vez que comience el tratamiento, pediremos que todos los padres/tutores permanezcan en el área de espera.

Citas de hermanos

- Ya no programamos citas para más de dos hermano(a)s junto(a)s en un día.
- Si programamos cita para más de un(a) hermano(a), deben poder estar solos en la sala de procedimientos.
- Si desea acompañar a su hijo en la sala de procedimientos, debe tener un segundo adulto mayor de 18 años para permanecer en la sala de espera con el hermano mientras usted se encuentra en la sala de procedimientos.

Firma del Paciente o Padre/Tutor legal

Fecha

Escriba el nombre del Paciente:



Por la presente doy mi consentimiento para recibir los servicios de Shenandoah Valley Medical System, Inc. que opera como Shenandoah Community Health (SCH).

Los pacientes que no puedan acudir a su cita programada deben cancelar al menos un día antes de la cita a no más tardar de la 1:00pm. Adicionalmente, todos los pacientes deben confirmar sus citas antes de la 1:00pm el día previo a la cita. Las citas canceladas después de la 1:00pm el día anterior o que no se cancelen del todo, pueden someter al paciente a restricciones de programación después de la tercera ocurrencia.

Reconozco que soy consciente de que el "Aviso de prácticas de privacidad" de SCH para información médica protegida está disponible en el área de espera de cada departamento o en el sitio web shencommhealth.com. Una copia impresa está disponible si usted la solicita.

Autorizo al personal de SCH a tomar mi fotografía o escanear mi identificación con fotografía y colocarla en mi expediente médico electrónico para fines de identificación. Además, también doy mi consentimiento a SCH para tomar fotografías de erupciones, endoscopia, colonoscopia y otras imágenes médicas con el propósito de documentación médica. Entiendo que las fotografías estarán protegidas como parte de mi expediente médico y, a menos que la ley federal o estatal exija lo contrario, como se indica en el "Aviso de prácticas de privacidad" de SCH, no se divulgarán sin mi autorización.

Durante el curso de la atención y el tratamiento, entiendo que pueden ser necesarios varios tipos de exámenes, pruebas, diagnósticos o procedimientos. Esto puede incluir, entre otros, exámenes de audición y / o visión, pruebas de laboratorio, exámenes de detección de drogas en la orina, inyecciones y otras pruebas que el proveedor considere necesarias. Si tengo alguna pregunta sobre estos procedimientos, le pediré a mi médico que me brinde información adicional. También entiendo que mi proveedor puede pedirme que firme documentos adicionales de consentimiento informado relacionados con procedimientos específicos.

Autorizo el pago de los beneficios del seguro a Shenandoah Valley Medical System, Inc. por los servicios médicos que se me prestaron. Entiendo que soy responsable del pago de los honorarios de los servicios médicos que se me prestan y que no están cubiertos por el seguro ni por terceros pagadores, incluidos copagos, deducibles y montos no cubiertos.

Si el cliente es menor de edad, un padre / tutor legal está informado y da su consentimiento para este tratamiento.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma

Fecha

Firma del Padre o Tutor (Si el paciente es un menor)

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:

