

## Información del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo

**Gender:**  Masculino  Femenino  Transgénero **Estado Civil:**  Casado  Solo  Niño/a  
 Otro \_\_\_\_\_

**Raza:**  Afroamericano  Americano  Hispano  Otro **Veterano:**  Sí  No

**Estado de Vivienda:**  Casa  Refugio para personas sin hogar  Casa Temporaria  Transición  
 Desconocido  Other

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle # de apartamento

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (Que no viva en la misma casa): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

---

## Información del cónyuge o persona responsable de la cuenta

La siguiente información es de:  el cónyuge del paciente  la persona responsable de la cuenta

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Masculino  Femenino  Casado/a  Soltero/a  Niño/a  Otro \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle # de apartamento

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

## Información de empleo

La siguiente información es de:  el paciente  la persona responsable de la cuenta

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Oficio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

---

## Información de seguro

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ ¿Esta persona es paciente de la clínica?  Sí  No  
Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ # de identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Número de seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Relación del paciente al asegurado:  Si mismo  Cónyuge  Hijo/a  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del plan de seguro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

¿Tiene seguro secundario? Si acaso sí, ¿cual? \_\_\_\_\_

---

## Información de referencia

¿A quién podemos agradecer por su referencia a esta clínica?  Amigo o miembro de familia  Oficina de DHS

Clínica dental  Páginas amarillas  Periódico  Escuela  Trabajo  WIC  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que lo refirió a esta clínica: \_\_\_\_\_

## Información de salud

Fecha de su última cita con el dentista: \_\_\_\_\_ Razón de esta cita: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? Marque los que aplican:

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD               | <input type="checkbox"/> Sangramiento          | <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón      | <input type="checkbox"/> Ataque al cerebro     |
| <input type="checkbox"/> SIDA                     | <input type="checkbox"/> Desmayo               | <input type="checkbox"/> Enfermedad de hígado     | <input type="checkbox"/> Problemas de tyroides |
| <input type="checkbox"/> HIV Positivo             | <input type="checkbox"/> Suplemento de floruro | <input type="checkbox"/> Incapacidad mental       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis          |
| <input type="checkbox"/> Alergias a medicinas     | <input type="checkbox"/> Floruro en el agua    | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos     | <input type="checkbox"/> Ulceras               |
| _____   | <input type="checkbox"/> Glaucoma              | <input type="checkbox"/> Marcapasos               | <input type="checkbox"/> Enfermedades venereas |
| <input type="checkbox"/> Anemia                   | <input type="checkbox"/> Tumores               | <input type="checkbox"/> <b>Embarazada</b>        | <input type="checkbox"/> OTRO                  |
| <input type="checkbox"/> Artritis                 | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno       | Ai sí, __ meses                                   | <input type="checkbox"/> _____                 |
| <input type="checkbox"/> Conyunturas artificiales | <input type="checkbox"/> Lesiones de la cabeza | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico | <input type="checkbox"/> _____                 |
| <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Ataque del corazón    | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación |  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de sangre   | <input type="checkbox"/> Válvula artificial    | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios  |  |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática         |  |
| <input type="checkbox"/> Cancer                   | <input type="checkbox"/> Soplo de corazón      | <input type="checkbox"/> Reumtismo                |  |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quístico        | <input type="checkbox"/> Hepatitis             | <input type="checkbox"/> Alergias temporales      |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> A                     | <input type="checkbox"/> Sinusitis                |  |
| <input type="checkbox"/> Mareos                   | <input type="checkbox"/> B                     | <input type="checkbox"/> Impedimento de hablar    |  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                | <input type="checkbox"/> C                     | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales    |  |
|   | <input type="checkbox"/> Presión alta          | <input type="checkbox"/> MRSA                     |  |
|   | <input type="checkbox"/> Ictericia             |   |  |

- ¿Ha tenido alguna vez alguna mala experiencia dental?  Sí  No  
Si acaso sí, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha estado en el hospital o ha necesitado de atención de emergencia durante los últimos dos años?  Sí  No  
Si acaso sí, explique: \_\_\_\_\_
- ¿En este moment está bajo el cuidado de un médico?  Sí  No  
Si acaso sí, explique: \_\_\_\_\_ Nombre del medico \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando algún medicamento?  Sí  No  
Si acaso sí, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún problema de salud que requiere más aclaraciones?  Sí  No  
Si acaso sí, explique: \_\_\_\_\_

## Consentimiento de servicio

Yo autorizo al proveedor y a quienquiera está designado como su asistente para administrar dicho tratamiento cuando sea necesario. Además, certifico que ninguna garantía se ha hecho en cuanto a los resultados que pueden obtenerse. A los efectos de la educación médica y de enfermería, doy mi consentimiento para la admission de observadores en las salas de tratamiento (el paciente tiene el derecho a rechazar observadores durante la visita).

Favor de comprender la necesidad de mantener sus citas con la Community Clinic de St. Francis House. Es muy importante que mantenga su cita y que llegue a tiempo. Si es inevitable cancelar su cita, favor de avisarnos con 24 horas de anticipación. Tenga en cuenta que si falta a 3 citas (sin aviso de 24 horas), puede se despedido/a como paciente. No es nuestra intención de ser difícil. Cuando un paciente pierde una cita, ya es demasiado tarde para llenar ese cupo. Esto significa que otro paciente que necesitaba tratamiento fue sin cuidado. Por favor, respite a nuestra oficina y a la comunidad del noroeste de Arkansas. Gracias pc su comprensión.

Favor de leer e iniciar cada declaración:

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que si no proporciono la prueba de ingresos dentro de 5 días de mi primera visita y posteriormente cada año, no sere eligible para la escala de descuento.

\_\_\_\_\_ Es mi responsabilidad informar a la clínica de cualquier cambio de mi estado financiero, el número de personas que viven en mi hogar, mi dirección o mi número de teléfono.

\_\_\_\_\_ La falta de pago de mi cuenta podría resultar en ser despedido/a como paciente.

Yo autorizo que Community Clinic de St. Francis House proporcione toda la información con respeto a mi historia médica, diagnostico y tratamiento o el de mis hijos a una compañía de seguros con respeto a las reclamaciones de beneficios. Si dicha aseguradora no cumple con esta obligación en su totalidad o en parte, c si no tengo seguro, estoy de acuerdo en pagar los costos del tratamiento del paciente en cuestión. Yo autorizo el pago de beneficios médicos a Community Clinic at St. Francis House. Autorizo que Community Clinic at St. Francis House actúe en mi nombre para accede los registros medicos del hospital si y cuando sea necesario. He recibido una copia del los avisos de prácticas de privacidad HIPPA (por sus siglas en ingles).

**A lo mejor de mi conocimiento, toda la información proporcionada arriba es verdadera y correcta. Si tengo cualquier cambio er mi estado de salud, voy a informarle al médico en la próxima cita.**

Fecha: