

## Formulario de Historial de Salud Dental

Complete este formulario lo mejor que pueda. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán confidenciales.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Si está completando este formulario para otra persona, proporcione su nombre \_\_\_\_\_

### Problemas/Condiciones Médicas

- Nombre del Doctor(a) \_\_\_\_\_ Última Fecha de Examen \_\_\_\_\_
- ¿Desea información sobre el servicio médico que brinda Catherine's Health Center? SÍ / NO
- ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad grave? SI / NO ¿Qué tuvo? \_\_\_\_\_
- ¿Está embarazada o amamantando? SÍ/ NO
- ¿Se ha sometido a un reemplazo articular? SI / NO Si es así, ¿cuál fue la fecha? \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido que tomar premedicación antes del tratamiento dental debido a una afección cardíaca o reemplazo articular? SÍ / NO
- ¿Toma algún medicamento anticoagulante? SÍ / NO
- ¿Tiene un trastorno del sueño? SÍ / NO En caso afirmativo, ¿usa un CPAP (por sus siglas en inglés)? SÍ / NO

Marque si tiene (o alguna vez ha tenido):

Si	No		Si	No		Si	No	
		Diabetes: Tipo 1 / 2			Alergia a la Anestesia			Pérdida de Peso Reciente
		Enfermedad del Riñón			Hipertensión			Epilepsia: último episodio _____
		Tuberculosis			Presión Arterial Baja			Osteoporosis/Osteopenia
		Alcoholismo			Accidente Cerebrovascular: Fecha _____			Artritis: ¿Es reumatoide? S/N
		Abuso de Sustancias			Infarto de Miocardio: Fecha _____			Desorden Sangrante
		VIH/SIDA			Cardiopatía			Anemia Falciforme
		Hepatitis			Válvula cardíaca artificial			Trastorno de Salud Mental
		Enfermedad del Hígado			Marcapasos			Atención Psiquiátrica
		Enfermedades Respiratorias			Cáncer			Úlcera
		Asma			Radioterapia			Problemas Estomacales
		Uso de Tabaco			G.E. Reflujo			Enfermedad Autoinmune
		Uso de Drogas Recreativas			Problemas de los senos paranasales			Desorden Alimenticio
		Medicamentos con Bifosfonatos (por ejemplo, Fosamax/ Actonel)			Problemas de Riñón			ATM (Problemas de la Articulación Temporomandibular)

Haga una lista de todos los medicamentos que está usando actualmente, incluidos: medicamentos recetados, de venta libre y medicamentos herbales/holísticos. Indique la dosis y la cantidad.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia alimentaria, a los medicamentos o al medio ambiente? SÍ/NO En caso afirmativo, enumere y anote la reacción:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Historial Dental

¿Cuándo fue la última vez que lo vio un dentista? \_\_\_\_\_ ¿Qué se hizo? \_\_\_\_\_

¿Última fecha de las radiografías conocidas? \_\_\_\_\_ ¿Alguna vez se ha hecho una limpieza profunda o un raspado y alisado radicular? SÍ NO \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Formulario de registro de pacientes

## Información del paciente

Apellido:		Nombre:		Nombre preferido:	
Fecha de Nacimiento:		Sexo legal: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina		Número de la Seguridad Social:	
Consentimiento para llamar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Dirección:			
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Teléfono de casa:		Teléfono móvil:		<input type="checkbox"/> ¿Podemos enviarle mensajes de texto con información sobre su atención sanitaria, incluidos recordatorios de citas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No * Pueden aplicarse tarifas de datos/texto estándares	
Dirección de correo electrónico:					
Nombre del contacto de emergencia:		Relación:		Número de teléfono:	
Nombre del pariente más cercano:		Relación:			
Nombre del padre/ tutor (si es menor de 18 años):		Número de teléfono del padre/tutor:			

## Demografía

<b>Lengua principal</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> No contesta	<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico o blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No contesta	<b>Etnia</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> No contesta	<b>Orientación sexual</b> <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Hetero/heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Inseguro <input type="checkbox"/> No contesta <input type="checkbox"/> Otros:	<b>Identidad de género</b> <input type="checkbox"/> Macho cisgénero <input type="checkbox"/> Mujer cisgénero <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino <input type="checkbox"/> No contesta <input type="checkbox"/> Otros:
		<b>Pronombres</b> <input type="checkbox"/> él <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> elle <input type="checkbox"/> _____		<b>Sexo asignado al nacer</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Preferio no revelar
<b>Trabajador agrícola</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta				
<b>¿Es usted veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta	<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja	<b>Situación de vida/alojamiento</b> <input type="checkbox"/> Mi propio hogar <input type="checkbox"/> Estancia en casa de amigos o familiares <input type="checkbox"/> Alojamiento no permanente <input type="checkbox"/> Experimentar la falta de vivienda <input type="checkbox"/> Un vehículo móvil <input type="checkbox"/> Forma parte de un programa de alojamiento <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Declina contestar	<b>Ingresos anuales del hogar:</b> <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> 0-\$5,000 <input type="checkbox"/> \$5,001- \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,001- \$15,000 <input type="checkbox"/> \$15,001- \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,001-\$25,000 <input type="checkbox"/> \$25,001- \$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,001- \$35,000 <input type="checkbox"/> \$35,001- \$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,001- \$45,000	
			<input type="checkbox"/> \$45,001-\$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,001-\$55,000 <input type="checkbox"/> \$55,001-\$60,000 <input type="checkbox"/> \$60,001-\$65,000 <input type="checkbox"/> \$65,001-\$70,000 <input type="checkbox"/> \$70,001-\$100,000 <input type="checkbox"/> \$100,001 o mas <input type="checkbox"/> Declina contestar	

## Información sobre seguros

Seguro:	Nombre del abonado:
Nº de grupo	Nº de póliza
Nº de teléfono del seguro	Nº de fax del seguro



## Página de firma única

He leído y/o recibido los siguientes formularios y políticas. Se facilitarán copias a los pacientes que lo soliciten.

- Aviso sobre prácticas de privacidad
- Derechos y responsabilidades del paciente
- Aviso FTCA
- Responsabilidad financiera

## Autorización y cesión del Seguro

Solicito que el pago de las prestaciones médicas autorizadas se realice en mi nombre directamente a Catherine's. Autorizo a divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguro médico y/o a sus agentes legítimos que sea necesaria para procesar las reclamaciones relacionadas con el seguro médico y/o para verificar los beneficios del plan de acuerdo con las normas de información médica de la HIPAA. Autorizo el pago de servicio(s), de otro modo pagadero a mí bajo los términos de mi privado, empleador de grupo o plan de seguro de salud de grupo, directamente a Catherine's Health Center. Autorizo que las fotocopias de este formulario tengan la misma validez que el original.

## Consentimiento para el tratamiento

Autorizo a Catherine's Health Center y a su personal médico, de enfermería y otros miembros del personal profesional a prestar servicios. Autorizo a los miembros del personal profesional de Catherine a administrar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y el tratamiento que, a juicio del personal médico de Catherine, se consideren necesarios o aconsejables para mi cuidado. Entiendo que toda evaluación y tratamiento médico incluye un grado de riesgo. Tengo derecho a preguntar sobre los riesgos y beneficios asociados con las pruebas y tratamientos recomendados.

Entiendo que este Consentimiento para Tratamiento es válido para cada visita que haga a Catherine's hasta que yo lo revoque por escrito. por escrito. Mi firma a continuación es mi reconocimiento de que entiendo los formularios, he leído los formularios y / o recibido una copia de los formularios y las políticas mencionadas anteriormente, y doy fe de que la información de registro que he proporcionado a Catherine's Health Center es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Paciente o padre/madre/tutor legal si el paciente es menor de edad

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Privacidad del paciente

Su información médica es personal y privada. Por lo tanto, nos comprometemos a protegerla. Nuestros avisos de la HIPAA, las políticas de privacidad y la declaración de los derechos y las responsabilidades del paciente se encuentran en nuestro sitio web y se publican en nuestro vestíbulo. También puede obtenerlos de forma impresa si los solicita a nuestro personal.

### Cómo compartimos su información de salud personal:

- 1. Para compartirla con usted:** Si lo solicita, tiene derecho a acceder a sus expedientes médicos tal como se define en el artículo 164.501 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) como un conjunto de expedientes designado.
- 2. Para fines de atención o tratamiento:** Podemos hacer consultas con otros profesionales médicos de nuestro equipo y compartir su información de salud. También podemos trabajar con proveedores externos y compartir su información de salud para coordinar la atención.
- 3. Para el pago:** Su seguro o tercero pagador pueden exigirnos que compartamos parte de su información de salud para cubrir sus servicios. Usted puede restringir la revelación de su información de salud a su seguro o tercero pagador para fines de pago, pero será responsable de pagar estos cargos.
- 4. Para operaciones comerciales:** Podemos compartir información de salud limitada y principalmente anonimizada con fines de evaluación de la calidad, acreditación y otras necesidades comerciales. Todas las partes externas con las que nos asociamos tienen contratos por escrito que exigen que se proteja la privacidad de su información de salud.
- 5. Informes de salud pública obligatorios:** La Regla de Privacidad permite que las entidades cubiertas revelen información de salud protegida, sin autorización, a las autoridades de salud pública que estén legalmente autorizadas a recibir dichos informes con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- 6.** Autorizo a Catherine's Health Center a acceder a mi registro de vacunación en el Registro de Mejoramiento de la Atención de Michigan (Michigan Care Improvement Registry, MCIR) para coordinar los registros de vacunas y cumplir con los requisitos del estado de Michigan para la presentación de informes de vacunación.
- 7.** Autorizo a Catherine's Health Center a descargar de forma automática mi historial de medicamentos de los administradores de beneficios de farmacia (pharmacy benefit managers, PBM) si están disponibles y según sea necesario.

**Puede optar por solicitar otras restricciones sobre el uso y la revelación de su información de salud protegida y/o comunicaciones confidenciales adicionales. Pida la documentación a nuestro personal para completarla.**

---

Nombre legal completo del paciente (en letra de imprenta)

---

Fecha

---

Firma del paciente/tutor (nombre legal)

---

Fecha



# HIPAA

Autorizo a Catherine's a revelar información de salud limitada a las siguientes personas:

Nombre:	Número de teléfono:	Información a revelar:
Nombre:	Número de teléfono:	Información a revelar:
Nombre:	Número de teléfono:	Información a revelar:
Nombre:	Número de teléfono:	Información a revelar:
Nombre:	Número de teléfono:	Información a revelar:

**Sí**    **No**   Permito que Catherine's deje mensajes detallados sobre mis próximas citas en mi correo de voz (si marca «no», dejaremos nuestro nombre y número de teléfono y le pediremos que nos llame)

**Sí**    **No**   Permito que Catherine's deje mensajes detallados de mi equipo clínico sobre mi salud en mi correo de voz (si marca «no», dejaremos nuestro nombre y número de teléfono y le pediremos que nos llame)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor (nombre legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

### SOLO PARA USO INTERNO

---

Si no es posible obtener el acuerdo de la persona sobre nuestras prácticas de privacidad, describa en el recuadro siguiente los esfuerzos que se hicieron de buena fe para obtener el acuerdo de la persona y los motivos por los que no se obtuvo dicho acuerdo.

Escriba aquí su respuesta:

\_\_\_\_\_  
Firma del representante del centro

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Política de Facturación y Solicitud de Tarifa Móvil

## Política de facturación y cobranza de Catherine

Catherine's Health Center brinda acceso a los servicios independientemente de la capacidad de pago de una persona. Catherine's acepta una variedad de planes de seguro, Medicaid y Medicare. Los pacientes pueden calificar para un descuento por los servicios (un programa de tarifas variable) según los ingresos del hogar y el tamaño de la familia. El programa de tarifas móviles se aplicará a los cargos de los pacientes que se encuentren entre el 100 % y el 200 % del nivel federal de pobreza. Para las personas y los hogares con ingresos iguales o inferiores al 100 % del FPL, los servicios de Catherine se proporcionarán por una tarifa mínima. Por favor, pregunte en la recepción para obtener más información.

Si el paciente es responsable de algún cargo, el pago debe realizarse en el momento de la salida. Los saldos pendientes se enviarán a una agencia de cobro. Para asegurarse de que todos los que necesitan atención tengan acceso a ella, Catherine's se reserva el derecho de suspender los servicios a un paciente si no se realiza el pago y si la solicitud de tarifa variable está incompleta o es inadecuada.

Al firmar a continuación, reconozco que he revisado la información de la política de facturación anterior y/o he solicitado la información adicional que necesito para una comprensión completa.

## Solicitud de Tarifa Móvil

*Esta aplicación está disponible para todas las personas, independientemente del estado del seguro.*

- Declaro que estoy sin vivienda.
- Me niego a proporcionar la siguiente información y, por lo tanto, reconozco que no seré elegible para recibir asistencia financiera. Por lo tanto, si soy responsable de algún cargo, pagaré el monto total facturado.

\_\_\_\_\_  
 Nombre Legal Completo del Paciente y Firma \_\_\_\_\_  
Fecha

Enumere usted mismo, su cónyuge y los dependientes **que reclama en sus impuestos.**

Nombre		Fecha de Nacimiento	Nombre		Fecha de Nacimiento
Tú mismo			Dependiente/ Edad		
Cónyuge			Dependiente/ Edad		
Dependiente/ Edad			Dependiente/ Edad		
Dependiente/ Edad			Dependiente/ Edad		

### Ingreso familiar anual

Fuente de Ingreso	Tú mismo	Cónyuge	Otra	Ingresos totales
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.				
Seguro social y beneficios para veteranos				
Pensión alimenticia				
Ingresos por cuenta propia empresarial empleo y dependientes				
Alquiler (si es dueño de una propiedad)				
<b>Ingresos Totales</b>				

### Lista de Control de Verificación

*Adjunte todas las copias a este formulario, por favor.*

- Sí**     **No**    *Identificación/ Dirección:* Licencia de conducir, identificación de empleo, tarjeta de seguro social u otra
- Sí**     **No**    *Ingresos requeridos:* Declaración de impuestos del año anterior, talones de pago de un mes, W-2, beneficios del seguro social, carta de apoyo u otro
- Sí**     **No**    *Seguro:* Tarjeta(s) de seguro
- Sí**     **No**    *Medicaid:* Solicitud realizada o evidencia de rechazos

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Guardián Legal (Nombre Legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

### SOLO USO DE OFICINA

Clase de Pago Aprobada:	Fecha Efectiva:
Aprobado or:	Fecha de Expiración:



# Políticas de Citas Dentales de Catherine's Health Center

## Cancelación de Una Cita

Es importante que asistas a tus citas, porque tu salud importa. Pero sabemos la vida pasa. Si necesita reprogramar una cita, llámenos al (616) 828-0052. Si usted no puede llegar a una cita a tiempo, o en absoluto, **notifiquenos 24 horas antes de su cita.** Esto nos permite asegurarnos de que todos puedan recibir la atención que necesitan.

## Citas Perdidas

Estamos comprometidos a ofrecer citas para todos nuestros pacientes cuando las necesiten. Omitido las citas significan oportunidades perdidas para brindar atención a otros pacientes. Para asegurarse de que todos pueden acceder a la atención que necesitan, **solo puede faltar a cuatro citas por año antes de que le pidamos que busque atención en otro lugar.**

Si pierde su primera cita con un paciente nuevo sin llamar para reprogramarla dentro de las **24 horas aviso previo**, no podrá obtener otra cita de paciente nuevo durante 6 meses.

Firme aquí para indicar que comprende nuestras políticas de citas:

---

Firma del Paciente (Nombre Legal)

---

Fecha

---

Nombre Impreso del Paciente

---

Fecha





# Programa del Federal Tort Claims Act del Centro de Salud

Para ser provisto al/a la paciente individuo/a antes de que se provee la atención médica, excepto en casos de emergencia cuando se puede dar el aviso tan pronto después de la emergencia como es practicable o a un padres o tutor legal cuando al/a la paciente le falta la responsabilidad legal para su cuidado bajo la ley del Estado.

## Aviso a los Padres

Esto es para avisarle(s) que bajo la ley Federal refiere a la operación de centros de salud, el Federal Tort Claims Act (FTCA), (Mire a 28 U.S.C. §§ 1346(b), 2401(b), 2671-80) provee el recurso exclusivo para daño desde injuria personal, incluso la muerte, resultando del rendimiento de funciones de médicos, quirúrgicos, dental, o funciones relacionados por un(a) practicante, miembro de la junta, oficial, empleado(a) o contratista independiente a quien le merece el Departamento de Servicios de Salud y Humanos ser empleado(a) del Servicio de Salud Público. Este cobertura de negligencia de médico aplica a ellos(as) considerados(as) practicantes de atención médica en los centros de salud, miembros de la junta, oficiales, empleado(a) o contratista independiente quien ha provisto un servicio requerido o autorizado bajo Title XIX del Social Security Act (i.e. el Programa de Medicaid) en un sitio del centro de salud o a través de programas fuera del sitio o eventos realizados por el centro de salud.

(Mire a 42 U.S.C. § 233(a), (o)).

Lo anterior ley Federal y otras leyes Estatales y Federales incluso el Federal Volunteer Protection Act of 1997 puede cubrir ciertos profesionales de atención médica en centros de salud proveyendo atención médica a pacientes en este centro de salud.

Reconozco:

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente, escrito con letra de molde legible: \_\_\_\_\_