

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

Lengua principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> No contesta	Raza <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	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> No contesta	Orientación sexual <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:	Identidad de género <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:
		Pronombres <input type="checkbox"/> él <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> elle <input type="checkbox"/> _____		Sexo asignado al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Preferio no revelar
Trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta				
¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja	Situación de vida/alojamiento <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	Ingresos anuales del hogar: <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
- Políticas de Citas

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.

Consentimiento para el tratamiento

Autorizo a Catherine's Health Center (Catherine's) y a su personal médico, de enfermería y otros profesionales a prestar los servicios. Autorizo a los miembros profesionales del personal de Catherine's a administrar los tratamientos y los procedimientos terapéuticos y de diagnóstico que, a criterio del personal médico de Catherine's, se consideren necesarios o recomendables para mi atención.

Entiendo que todo tratamiento y evaluación médica implica cierto grado de riesgo. Tengo derecho a hacer preguntas

sobre los riesgos y los beneficios asociados con las pruebas y el tratamiento recomendados.

Entiendo que este consentimiento para el tratamiento es válido para todas las visitas que realice a Catherine's hasta que lo revoque por escrito.



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.



Formulario de antecedentes médicos

Complete el siguiente formulario lo mejor que pueda. **Sus respuestas son solo para nuestros expedientes y se mantendrán confidenciales.** Sus respuestas ayudarán a su proveedor a entender mejor sus preocupaciones médicas. Si alguna pregunta le produce incomodidad, no la responda. Si no puede recordar los datos específicos, escriba una respuesta aproximada. Agregue cualquier nota que considere importante.

Nombre legal completo del paciente

Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)

Nombre legal completo de la persona que rellena el formulario
(omitir si el paciente rellena el formulario)

Relación con el paciente

Motivo principal de la visita de hoy:

Otras preocupaciones:

Enumere cualquier alergia que tenga (medicamentos, alimentos, picaduras de abejas, etc.) y cómo lo afecta cada una.

Alergia	Reacción	Alergia	Reacción
1. _____	_____	3. _____	_____
2. _____	_____	4. _____	_____

Su farmacia de preferencia: _____ Dirección: _____

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente. Incluya los medicamentos recetados y de venta libre, como inhaladores y vitaminas:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN	FRECUENCIA DE TOMA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Marque todo lo que se aplique a sus antecedentes médicos

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea | <input type="checkbox"/> Sibilancias recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Claustrofobia | <input type="checkbox"/> Tiene marcapasos | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje | <input type="checkbox"/> Reflujo o úlceras |
| <input type="checkbox"/> Asma: enfermedad reactiva de las vías respiratorias | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal | <input type="checkbox"/> Úlceras en las piernas o los pies | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> VIH o sida | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre (o TVP) | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Fractura de huesos | <input type="checkbox"/> Eczema o psoriasis | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> TOC | <input type="checkbox"/> Trastorno negativista desafiante | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Si lo sabe, ¿quién fue su médico de atención primaria o pediatra antes de acudir a Catherine's?

Antecedentes quirúrgicos

CIRUGÍA	MOTIVO	AÑO	HOSPITAL
1.			
2.			
3.			
4.			

Antecedentes obstétricos y ginecológicos, si corresponde

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ Resultado anormal Resultado normal

Edad del primer período menstrual: _____

Fecha de la última mamografía: _____

Fecha del último período menstrual o edad de menopausia: _____

Cantidad de embarazos: _____

Cantidad de abortos espontáneos: _____

Cantidad de abortos provocados: _____

Cesáreas (sí/no): _____

En caso afirmativo, cantidad de cesáreas: _____

Antecedentes médicos familiares

RELACIÓN	¿VIVE? (S/N)	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD IMPORTANTES
Abuela (materna)			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Abuelo (materno)			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Abuela (paterna)			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Abuelo (paterno)			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Padre			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Madre			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Hermano/hermana			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Hermano/hermana			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Otro: _____			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular

Antecedentes sociales de salud

Marque a continuación todas las opciones correspondientes relacionadas con su consumo de tabaco, alcohol y cafeína, si lo hubiera:

Consumo de tabaco:

- Nunca fumó Fumaba en el pasado Actualmente fuma Prefiere no responder Años de consumo de tabaco: _____
 1 paquete/semana 2 paquetes/semana 1/4 de paquete/día 1/2 paquete/día 1 paquete/día 1 1/2 paquetes/día 2 paquetes/día Más de 3 paquetes/día
 Nunca consumió tabaco sin humo Consumía tabaco sin humo en el pasado Consume tabaco para inhalar Consume tabaco de mascar Consume tabaco en polvo húmedo Prefiere no responder
 Nunca usó cigarrillos electrónicos Usaba cigarrillos electrónicos en el pasado Actualmente usa cigarrillos electrónicos Prefiere no responder

Consumo de cafeína: No consume Ocasional Moderado Elevado

Consumo de alcohol: Sí No Si la respuesta es «Sí», ¿cuántas bebidas consume por semana? _____

¿Consume drogas ilícitas o recreativas? Sí No ¿De qué tipo? _____

¿Tiene empleo en la actualidad? Sí No Ocupación: _____

Nivel de educación alcanzado: Escuela primaria Escuela secundaria/GED Escuela de formación profesional Educación superior Título universitario Posgrado

	Sí	No
¿Puede cuidarse solo/a?		
¿Tiene ceguera legal en uno o ambos ojos?		

	Sí	No
¿Tiene problemas de audición o sordera en uno o ambos oídos?		

Estado civil: Casado/a Viudo/a
 Separado/a Divorciado/a
 Soltero/a En pareja de hecho

Marque a continuación todas las opciones que se apliquen a usted:

Nivel de ejercicio: Ninguno Ocasional Moderado Elevado ¿Tiene relaciones sexuales? Sí No

Alimentación: Normal Vegetariana Para diabetes Sin gluten Específica Cardiosaludable ¿Tiene un documento de voluntades anticipadas? Sí No

Antecedentes sociales de salud pediátrica (solo para pacientes pediátricos)

Nacimiento

Hospital donde nació el paciente: _____ Complicaciones del embarazo: _____
 Semanas de gestación: _____ Complicaciones del parto: _____
 Peso al nacer: _____ Hospitalización prolongada después del parto/problemas neonatales: _____

Tipo de vivienda: Casa (propia) Casa (en alquiler) Apartamento Refugio Vivienda compartida Sin hogar

¿Con quién vive? Madre Padre Hermanos (¿cuántos?) _____ Abuelos Otros _____

Estado civil de los padres: _____ Situación laboral de los padres: _____

Guardería/escuela a la que asiste el paciente: _____ Cantidad de mascotas en el hogar: _____ Cantidad de fumadores en el hogar: _____

Sustancias que se consumen en el hogar (marihuana, alcohol, sustancias ilícitas): _____

Hay detectores de humo y detectores de monóxido de carbono en el hogar? Sí No ¿Hay armas de fuego en el hogar? Sí No

Fuente de agua potable: Ciudad Pozo Embotellada ¿La familia recibe ayuda económica (WIC, SNAP, etc.)? Sí No

Información dental

¿Recibe atención de un proveedor de atención dental? Sí No No sé

Si la respuesta es «Sí», pero NO la recibe en Catherine's Health Center, complete la siguiente información:

Nombre del proveedor:	Número de teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

¿Le gustaría obtener información sobre los servicios dentales que ofrece Catherine's? Sí No

Fecha del último examen dental: _____

Marque «No sé» si no conoce la respuesta a alguna pregunta.

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Tiene dolores de oído o de cuello? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Tiene sensibilidad dental al frío, al calor, a los dulces o a la presión? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Tiene algún chasquido, crujido o molestia en la mandíbula? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Se le atasca la comida o el hilo dental entre los dientes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Rechina los dientes o tiene bruxismo? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Tiene la boca seca? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Tiene llagas o úlceras en la boca? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Alguna vez recibió algún tratamiento para las encías? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Usa dentadura postiza o prótesis parciales? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Alguna vez utilizó aparatos u otro tratamiento de ortodoncia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Participa en actividades recreativas activas? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Alguna vez tuvo un problema asociado a un tratamiento dental anterior? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Alguna vez sufrió una lesión grave en la cabeza o la boca? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Tiene flúor el agua de su hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Bebe agua embotellada o filtrada? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Actualmente tiene dolor o molestias dentales? | <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> En ocasiones Si la respuesta es «Sí», ¿con qué frecuencia? | |



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)				
Ingresos Totales				

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 de Catherine's Health Center

Cancelar una cita

Es importante que asista a sus citas, porque su salud es importante. Pero sabemos que la vida pasa. Si necesita reprogramar una cita, llámenos. Si no puede llegar a una cita a tiempo, o no puede llegar a ella, **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. Las citas perdidas significan oportunidades perdidas para brindar atención a otros pacientes. Para asegurarnos de que todos puedan 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**.