

INFORMACIÓN DE PACIENTE MEDICAL			
Apellido	Nombre	Iniciales de Segundo Nombre	E-mail para Patient Portal
Dirección Física	Dirección Postal	Ciudad, Estado	Código Postal
Teléfono Fijo	Teléfono de Trabajo	Teléfono Celular	Teléfono Preferido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo al Nacimiento <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra	Marital Status: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Enviudado	
Número de Seguridad Social	Nombre y Dirección Compañía Empleador / Escuela (Ciudad, Estado)	Código Postal	
Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Media Jornada	Estado de Estudiante <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> Media Jornada <input type="checkbox"/> No Estudiante	
Raza(s) <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Declinar <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de la Polinesia <input type="checkbox"/> Asiático	Identidad Étnica <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Declinar	Idioma <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés Otro:	
Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migrante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sin Hogar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacitado (SSA) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
PARTE RESPONSABLE			
Tutor legal si es menor de edad Y/O persona para recibir la cuenta si es diferente al paciente indicado arriba.			
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Dirección (si es diferente al paciente)	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono Principal		Relación al Paciente	

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO/CAUIDADO

Consiento al tratamiento y cuidado por los proveedores de Highland Medical Center (HMC). Entiendo que mi tratamiento y mi cuidado pueda incluir cuidado periódico, como las inmunizaciones, y una variedad de otros servicios medicales dependientes de mi condición como exámenes de laboratorio. Puedo recibir una lista de servicios y cuidado de mi proveedor de servicios médicos. Soy consciente de que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y nadie me ha dado garantías sobre los resultados de mis tratamientos, exámenes, o procedimientos.

FINANCIAL:

Debido al costo aumentado de enviar resúmenes por correo, y para ayudar a mantener nuestros precios lo más bajos posibles, nos parece necesario esperar que nuestros pacientes paguen sus copagos/coaseguros/deducibles o costos no asociados con seguro al tiempo del servicio. Cuentas vencidas más de 120 días puedan ser entregados a una empresa de cobros. Entiendo que estoy responsable para todos los cobros para servicios a mi, incluso el saldo que quede después de pagos de beneficios posibles de seguro.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Autorizo pago de beneficios medicales para servicios profesionales facturados a Highland Medical Center, Inc.

NOMBRE ESCRITO DEL PACIENTE

FECHA:

FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

Entender La Privacidad de Información de Salud

La Regla de Privacidad HIPAA provee protecciones federales para información de salud identificable de individuos contenida por entidades y sus socios de negocio y da a los pacientes una variedad de derechos al respecto a aquella información. Al mismo tiempo, la Regla de Privacidad está equilibrado para permitir la divulgación de información de salud necesario para el cuidado de paciente y otros propósitos importantes HMC puede recibir y compartir información de salud con otros profesionales de la salud y hospitales que a usted le estén tratando.

La Regla de Seguridad especifica un serie de salvaguardias administrativas, físicas, y técnicas para entidades y sus socios de negocio para usar para asegurar la confidencialidad, honradez, y disponibilidad de información de salud protegida electrónicamente.

Al cumplir la información abajo, admito que he leído La Noticia de Privacidad de Highland Medical Center, que me han ofrecido una copia, y que he tenido oportunidad de hacer preguntas.

Nombre Escrito del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Nombre escrito del Tutor, si aplica: _____

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN

A menudo es difícil ponerse en contacto con un paciente para expresar los ordenes del médico o los resultados de los exámenes o pruebas. En aquello caso, con su autorización firmada, comunicáramos aquella información a la persona que usted designe. Por favor, llene la información abajo.

Autorizo a Highland Medical Center, Inc. para comunicar cualquier información requerida en el curso de mi examinación o tratamiento a ,a siguiente persona designada (o a las siguientes personas designadas):

Contacto de Emergencia: _____ Relación y Número de Teléfono : _____

Nombre: _____ Relación y Número de Teléfono : _____

Nombre: _____ Relación y Número de Teléfono : _____

DIRECTIVA ADELANTADA (Testamento Vital/Poder Notorial Médico)

Una directiva adelantada es un documental legal que enuncia sus deseos con relación al tratamiento médico en el evento de que usted no pueda comunicar estas decisiones. *Es muy importante que todos sus proveedores de servicios médicos tengan una copia actual de estos documentos.*

_____ HE cumplido una Directiva Adelantada. ¿Copia proveída a HMC? Sí / No

_____ NO HE cumplido una Directiva Adelantada. Quisiera tener más información Sí / No

HMC DENTAL CARE

Nombre del Paciente _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **FECHA:** _____

ENCIERRE EN CÍRCULO

1. ¿Tiene algún dolor o incomodidad ahora?..... Sí No
2. ¿Se siente nervioso acerca de tratamientos dentales?..... Sí No
3. ¿Una vez ha tenido una experiencia mala en el consultorio dental?..... Sí No
4. ¿Ha sido un paciente en el hospital en los últimos dos años?..... Sí No
5. ¿Ha estado bajo el cuidado de un médico durante los últimos dos años?..... Sí No

Nombre del Médico _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

6. ¿Actualmente toma medicamentos, drogas, o pastillas?..... Sí No
Si responde sí, por favor anote cuáles:

7. ¿Tiene alergias a o ha tenido una reacción adversa a lo siguiente? Por favor marque todos que apliquen.

- | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Demerol | <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Valium | <input type="checkbox"/> Somníferos | <input type="checkbox"/> Urticaria | <input type="checkbox"/> Prilocaína (Citanest) |
| <input type="checkbox"/> Darvon | <input type="checkbox"/> Percodan | <input type="checkbox"/> Tetraciclina | <input type="checkbox"/> Escopolamina (Nembutal o | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Sensibilidad | <input type="checkbox"/> Xilocaína (Lidocaína, Novacaína) |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Óxido Nitroso | <input type="checkbox"/> Otros Antibióticos | <input type="checkbox"/> Penicilina Seconal) | <input type="checkbox"/> Hidrocodona | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (Advil) | <input type="checkbox"/> Tylenol (Acetaminofeno) |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Mepivacaína |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Articaína (Septocaine) |

8. ¿Sabe si tiene alergias a otros medicamentos o sustancias?..... Sí No
Si tiene, por favor anote cuál(es): _____

9. Cuando sube escaleras o sale a caminar, ¿a veces tiene que parrarse por causa de dolor en su pecho, falta de aire, o porque esté muy cansado?..... Sí No

10. ¿Ha aumentado o bajado más de 10 libras en el último año?..... Sí No

11. ¿A veces se despierta por falta de aire?..... Sí No

12. ¿Está en una dieta especial?..... Sí No

13. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene cáncer o un tumor?..... Sí No

14. ¿Tiene alguna enfermedad, condición, o problema que no anotado aquí?..... Sí No

15. ¿Usa tabaco?..... Sí No

16. ¿Tiene hipertensión?..... Sí No

Si tiene, ¿está bajo control con medicina?..... Sí No

SOLAMENTE PARA MUJERES:

¿Está embarazada? Sí No Si está, en cuál mes está? _____ ¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

**** AVISO: El uso de antibióticos puede contrarestar la eficacia de las píldoras anticonceptivas.**

17. Marque cualquier que haya tenido en el pasado o que tenga actualmente:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA-VIH | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos Congénitos | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Alergias/Urticaria | <input type="checkbox"/> Medicina de Cortisona | <input type="checkbox"/> Marcapasos Cardíaco | <input type="checkbox"/> Radiación/Tratamiento con Cobalto |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Cirugía del Corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Dolor Anginal en el Pecho | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hemofilia/Otro | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Articulación Artificial | <input type="checkbox"/> Contusión Fácil | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, o C | <input type="checkbox"/> Anemia Drepanocítica |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Emphysema/COPD | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas del Riñón | <input type="checkbox"/> Apoplejía/Ataque Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Transfusión Sanguínea | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al Respirar | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno | <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Medicina para Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea (Sífilis, Gonorrea) |
| <input type="checkbox"/> Herpes Labial/Herpes Bucal | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Dolor en las Articulaciones | <input type="checkbox"/> Ictericia Amarilla |

Mandíbulares

Entiendo que la información arriba es necesario para proveerme el cuidado dental en una manera segura y eficiente. He contestado todas las preguntas según mi conocimiento. Si más información sea necesario, tiene mi permiso para preguntar el proveedor o agencia respectivo de servicios médicos lo cual puede revalar aquella información a usted. Notificaré al doctor con cualquier cambio a mi salud o medicamentos.

Firma del Paciente/Tutor _____ **Fecha** _____