

Formulario de Inscripción

Información del Paciente

Fecha: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Otros nombres usados:/Nombre de soltera/Alias: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ ¿Podemos enviarle un mensaje de texto? Sí No

Por favor, indique qué avisos desea: Recordatorios de citas Resultados de laboratorio

Mantenimiento de la salud Confirmación de receta Avisos Generales

¿Cuál es el mejor horario para poder llamarlo?: Mañana Tarde Noche

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) _____ / _____ / _____ Pronombres Preferidos: _____

Sexo (Asignado al Nacer): Masculino Femenino Transgénero (Nombre preferido): _____

Raza: Blanco Negro/Áfrico-Americano Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático

Nativo de Hawái Otro de las Islas Pacíficas Más de una raza

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino

Estado Civil: Soltero Casado En pareja Divorciado Legalmente Separado Viudo

Idioma de Preferencia: inglés español Otro: _____

¿Está empleado? Sí No Si selecciona Sí: trabajo a tiempo completo trabajo a tiempo parcial Otro: _____

¿Es estudiante? Sí No La educación más alta recibida: _____

¿Es usted Veterano de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos de América? Sí No

¿Cuál es su estado de vida? Casa (alquila/propietario de la casa/compartido) Vivienda de transición

Refugio Convive con amigos y/o familiares Calle Otro: _____

Farmacia de su preferencia: _____

Información del Responsable (Pacientes Menores de 18 Años)

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto en caso de Emergencia

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Información de su Seguro Médico

¿Tiene seguro médico? Sí No

Favor de presentar las tarjetas de su seguro médico a la recepcionista para que pueda escanearlas y anexarlas a sus registros.

Consentimiento para el tratamiento y pago en general

Yo autorizo a cualquier médico con licencia de salud familiar para realizar dicho **diagnóstico médico, de asesoría, procedimientos dentales, optometría, o quirúrgicos** que sean necesarios para la adecuada atención de mi salud. También doy autorización para la administración de **medicamentos y vacunas** que sean necesarias como tratamiento o prevención.

Yo autorizo a Family Healthcare y sus proveedores afiliados a ver mi historial de recetas externas. Entiendo que mis proveedores y el personal de Family Healthcare pueden ver las recetas de otros proveedores de atención médica no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia, y pueden incluir recetas durante varios años.

Certifico que he leído y entiendo el alcance de mi consentimiento y que autorizo el acceso a mi historial de prescripciones.

Entiendo que se me puede requerir prueba de información personal en cualquier momento y por cualquier motivo. Debo notificar a Family Healthcare sobre cualquier cambio en mi estado de salud o cualquier información anterior. Si proporcionara información fraudulenta, podría estar sujeto a la terminación inmediata de los servicios y/o procesamiento legal por fraude/perjurio.

Entiendo que el pago de los servicios vence en el momento del servicio. Entiendo que Family Healthcare facturará a mi seguro por todos y cada uno de los servicios prestados. Autorizo a Family Healthcare a divulgar todo o parte de mi registro a cualquier persona u organización responsable del pago. Acepto pagar todos los cargos no pagados por mi compañía de seguros. Si mi cuenta se envía a una agencia de cobranza, acepto pagar todos los honorarios razonables de cobranza y de abogado.

Entiendo que para inscribirme en el programa federal de descuento de tarifa variable de Family Healthcare, debo completar una Solicitud del programa de descuento de tarifa variable para todos los asalariados de mi familia (yo mismo, cónyuge/pareja, hijos hasta los 26 años.) Entiendo que todas las fuentes de ingresos, incluidos los salarios, el desempleo, la seguridad social, la jubilación, la pensión alimenticia, ingreso de manutención de niños, y los ingresos por discapacidad, se incluirán y documentarán adecuadamente. Si no proporciono prueba de ingresos al momento del servicio, se me cobrará el costo total de los servicios. También entiendo que mi elegibilidad para recibir atención médica a una tarifa reducida se revisará cada 12 meses.

Autorizo que se use una copia de esta autorización en lugar del formulario original de divulgación de información y yo solicito que el pago de los beneficios del seguro médico se pague a Family Healthcare (Southwest Utah Community Health Center).

He leído toda la información en este formulario de registro y lo he completado lo mejor que he podido. Certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Consentimiento para proceder con procedimientos dentales

Autorizo a Family Healthcare y a los dentistas asociados, asociados, y asistentes designados para realizar los procedimientos que se consideren necesarios o aconsejables para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otra persona de la que tenga responsabilidad, incluidos los arreglos y/o administración de cualquier sedante (incluido el óxido nitroso), analgésico, terapéutico y/u otro(s) agente(s) farmacéutico(s), incluidos los relacionados con los tratamientos restauradores, paliativos, terapéuticos, o quirúrgicos.

Entiendo que la administración de anestesia local puede causar una reacción adversa o efectos secundarios, que pueden incluir, entre otros, hematomas, estimulación cardíaca, dolor muscular y entumecimiento temporal o permanente

(raramente). Entiendo que a veces las agujas se rompen y pueden requerir recuperación quirúrgica. A veces, las gotas de anestésico local pueden entrar en contacto con los ojos y los tejidos faciales y causar una irritación temporal.

Entiendo que, como parte del tratamiento dental, incluidos los procedimientos preventivos como limpiezas y odontología básica, incluidos los empastes de todo tipo, los dientes pueden permanecer sensibles o incluso bastante dolorosos durante y después de la finalización del tratamiento. Después de citas prolongadas, los músculos de la mandíbula también pueden estar doloridos o sensibles. Las encías que rodean los tejidos también pueden ser sensibles o dolorosas durante y/o después del tratamiento. Aunque es raro, también es posible que la lengua, la mejilla u otros tejidos orales se raspen por accidente o se corten durante los procedimientos dentales de rutina. En algunos casos, se pueden requerir suturas (puntos) o más tratamiento.

Entiendo que, como parte del tratamiento dental, los artículos que incluyen, entre otros, coronas, instrumentos dentales pequeños, componentes de la perforación, etc. pueden inhalarse en el sistema respiratorio o tragarse. Esta situación inusual puede requerir que un médico u hospital tome una serie de las radiografías y, en casos raros, pueden requerir una broncoscopia u otros procedimientos para garantizar una extracción segura.

Entiendo la necesidad de informarle al dentista sobre cualquier medicamento recetado que este tomando actualmente o que haya tomado en el pasado, como Phen-Fen. Entiendo que tomar la clase de medicamentos recetados para la prevención de la osteoporosis, como Fosamax, Boniva or Actonel, puede provocar complicaciones por la falta de cicatrización de los maxilares después de una cirugía oral o extracciones dentales.

Asumo voluntariamente todos y cada uno de los riesgos posibles, incluido el riesgo de daños sustanciales y graves, si los hubiere, que puedan estar asociados con los procedimientos generales de tratamiento preventivo y operativo con la esperanza de obtener los posibles resultados deseados, que pueden lograrse o no, para mi beneficio o el beneficio de mi hijo menor o tutelado. Reconozco que se me ha explicado la naturaleza y el propósito de los procedimientos anteriores si es necesario, y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre del paciente

Fecha

Firma (Paciente-Representante Legal)

Fecha

Testigo (Witness)

Fecha

APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE TARIFAS DE DESCUENTO

Se aconseja a todos los pacientes a solicitar nuestro programa de tarifa variable. Al completar este formulario de solicitud de tarifa variable, podemos determinar los ahorros potenciales. Incluso cuando tenga seguro, le recomendamos que complete este formulario para los servicios que no cubre su seguro o se aplican a su deducible anual.

Información de la Cabeza del Hogar:

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre)		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:	Ciudad/Estado/Código Postal:	Teléfono de la Casa:	Teléfono Celular:
Número de Personas que viven en su hogar:	Estado Civil (circule uno): Soltero Casado Viudo Divorciado Separado		

Información de su Familia: La familia incluye a sí mismo, cónyuge / pareja e hijos menores de 26 años.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente	Edad	Empleado
1.		Yo		Sí / No
2.				Sí / No
3.				Sí / No
4.				Sí / No
5.				Sí / No
6.				Sí / No
7.				Sí / No
8.				Sí / No
9.				Sí / No

Favor de proveer su prueba de ingresos junto con esta aplicación. Documentos de ingreso que son aceptables:

- Declaraciones de impuestos/recibo de pago
- Carta de apoyo con valoración (Familiar, Líder Religioso, etc.)
- Carta de elegibilidad de Medicaid (Slide B)
- Declaraciones de desempleo/carta
- Beneficios de compensación laboral, anualidades, pensiones, jubilación, ingresos por alquiler, estado de cuenta
- Family Healthcare emitió cupones en papel con membrete de FHC administrados por nuestros socios locales (Slide A)
- Carta de pensión alimentaria/cartas de manutención infantil
- Beneficios del Seguro social, APA, declaraciones de beneficios para personas mayores
- Carta del Seguro Social
- **Trabajando por cuenta propia** —Favor de traer su comprobante de Impuestos, incluyendo 1099 C.
- **No trabajando y viviendo de sus ahorros** —Traer el estado de cuenta de banco más reciente.
- **Sin empleo y recibiendo ayuda de un miembro de la familia o iglesia:** - Traer una carta de ese recurso (padres, clero o agencia) describiendo su situación. Esta carta debe contener firma y fecha.

A mi leal saber y entender, certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo en informar a "Family Healthcare" de cualquier cambio relacionado con mi empleo o estado financiero tan pronto como los cambios ocurran.

Al firmar abajo le doy permiso a "Family Healthcare" para inscribirme en su programa de descuento /Tarifas de descuento. Entiendo que si califico, "Family Healthcare" puede reducir los costos de los servicios médicos, de consejería o de laboratorio / pruebas de diagnóstico actuales. Adicionalmente, los procedimientos dentales pueden ser descontados dependiendo de su elegibilidad.

Si la información anterior resulta ser incorrecta, entiendo que el descuento que se me proporciona será cancelado y seré responsable de cualquier saldo anterior o actual. Doy permiso para que el personal de "Family Healthcare" se comunique con mi empleador o cualquier otra fuente apropiada para verificar la Fuente apropiada de los ingresos. Entiendo que se me requerirá completar una aplicación de descuento de tarifas ajustable cada 12 meses.

Firma: _____

Fecha: _____
(Fecha de expiración en 12 meses a partir de hoy)

SLIDING FEE SCALE - DETERMINACIÓN DE INGRESOS

Tarifa variable de Family Healthcare con programa de descuento basado en las pautas federales de pobreza de 2022, excepto las tarifas fijas descritas en esta política de tarifas variables y las tablas de lista de tarifas. El rango de ingresos determina el porcentaje de la tarifa que el paciente es responsable de acuerdo con el cuadro a continuación.

RANGO DE INGRESO ANNUAL DEL HOGAR

Tamaño de la familia	100% FPL Categoría/ Slide A	133% FPL Categoría/ Slide B*	150% FPL Categoría/ Slide C	Up to 200% FPL Categoría/ Slide D	200=% FPL Categoría/ Slide E	No Slide/Compr bante de ingresos
1	14,580	14,581 – 19,391	19,392 – 21,870	21,871 – 29,160	29,161+	
2	19,720	19,721 – 26,228	26,229 – 29,580	29,581 – 39,440	39,441+	
3	24,860	24,861 – 33,064	33,065 – 37,290	37,291 – 49,720	49,721+	
4	30,000	30,001 – 39,900	39,901 – 45,000	45,001 – 60,000	60,001+	
5	35,140	35,141 – 46,736	46,737 – 52,710	52,711 – 70,280	70,281+	
6	40,280	40,281 – 53,572	53,573 – 60,420	60,421 – 80,560	80,561+	

* INCLUYENDO ELEGIBLES PARA MEDI CAID

Visita al consultorio	\$30	\$40	\$50	\$55	Tarifas Completas	Tarifas Completas
Visita de enfermería	\$19	\$20	\$21	\$22	\$60	\$60
Laboratorio	\$0	\$30	\$35	\$40	Tarifas Completas	Tarifas Completas
Farmacia	\$8 (10 % margen)	\$9 (20% margen)	\$10 (20% margen)	\$11 (25% margen)	\$12 (30% margen)	\$15 (30% margen)
Dental	\$40 Tarifa nominal + Costo de suministro	40% Descuento	30% Descuento	20% Descuento	0% Descuento	0% Descuento
Procedimientos	60% Descuento	40% Descuento	30% Descuento	20% Descuento	0% Descuento	0% Descuento

Para conocer la tarifa fija, consulte las tablas A, B, C, D, E, F e I en las Tablas de tarifas. Los servicios que quedan fuera de la tarifa fija están sujetos a la escala de rango de tarifa móvil anterior.

Para aquellos sin comprobante de ingresos que tienen cobertura de Medicaid. Se aconseja a todos los pacientes que soliciten el programa de descuento de tarifa móvil y traigan prueba de ingresos para determinar descuentos más altos.

Estudiantes/personal de las escuelas del condado de Washington: las visitas a la oficina cuestan \$10 para estudiantes, \$30 para el personal (no miembros de la familia). La tarifa de \$10/\$30 no cubre los procedimientos, las vacunas, los análisis de laboratorio o la atención de la salud del comportamiento. Recomendamos a los pacientes que presenten sus tarjetas de seguro para cubrir servicios adicionales no cubiertos. Para ser elegible para otros descuentos, el programa de descuento de tarifa móvil debe completarse con un comprobante de ingresos.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

'Family Healthcare' ofrece un 'Hogar Médico Centrado en el Paciente'

Como miembro de nuestro hogar médico, usted tiene el derecho a:

- Cuidado médico de alta calidad liderado por su proveedor personal con un equipo humano cuya prioridad es su salud.
- Solicitar su cita con su proveedor con prontitud y profesionalismo.
- Acceder en cualquier momento a su información médica vía su portal en línea.
- Horarios extendidos de atención en nuestra Clínica.
- Tener pronto y fácil acceso a su proveedor a través de:
 - Visitas médicas y mensajes telefónicos
 - Correo electrónico seguro vía www.fhcportal.org
 - Nuestra página Web de información: www.familyhc.org
- Ser parte de las decisiones para mejorar su salud y preguntar todo lo que usted desee saber.
- Interactuar en un lenguaje que usted comprenda.
- Negarse a recibir tratamiento de acuerdo con la ley.
- Expresar su preocupación o quejarse para mejorar nuestros servicios.

Como miembro de nuestro hogar médico, usted tiene el derecho a:

- Proveer un servicio eficiente, amable, y respetuoso reflejando sus valores para que usted se sienta tratado con dignidad y respeto.
- Asegurar su privacidad y que usted tenga una experiencia clínica segura.
- Responder todas sus preguntas en un lenguaje que usted entienda.
- Interactuar con usted de una manera profesional, ética y eficiente.
- Ayudarlo a navegar fácilmente el sistema de salud.
- Ofrecer citas en el mismo o siguiente día en la medida de lo posible.
- Ayudarlo a entender y manejar su plan de salud para mantenerse lo más sano posible.
- Ayudarlo a comprender sus enfermedades, tratamientos, y opciones.
- Explicar cuáles son sus medicamentos y cómo tomarlos apropiadamente.
- Evaluar y manejar sus dolores de acuerdo con nuestras reglamentaciones. Podríamos referirlo a un especialista en dolor.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

Acuse de Recibo

Fecha de Vigencia: Abril 14, 2003

Última Actualización Febrero 12, 2022

Favor de revisar cuidadosamente esta información

La Notificación de Prácticas de Privacidad le informa cómo "Family Healthcare" puede usar o revelar la información sobre usted. No todas las situaciones serán descritas. Se requiere que "Family Healthcare" informe sus prácticas de privacidad con la información que recopilamos y mantenemos sobre usted.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Las siguientes categorías describen diferentes maneras de utilizar y divulgar su información médica. Para cada categoría, explicaremos lo que significa y daremos algunos ejemplos; sin embargo, no podemos enumerar cada posible uso o divulgación. Si usted tiene preguntas acerca de las categorías o ejemplos, por favor póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad llamando al 435-986-2565.

Para Tratamiento: Utilizamos su información médica para entender su condición de salud y para tratarlo a usted cuando esté enfermo. Compartimos su información médica con los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de salud y otras personas que participan en el cuidado de su salud. Ellos pueden trabajar en nuestras oficinas, en un hospital o en otro consultorio, laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención médica a quien podemos referirlo para exámenes o tratamientos.

Por ejemplo, un médico fuera de nuestra clínica que está tratando a un paciente con una pierna rota necesitará saber si tiene otros problemas médicos porque estos pueden afectar la capacidad del cuerpo para curar su pierna rota. Diabetes, por ejemplo, puede retardar el proceso de curación de una pierna rota, por lo que el médico necesitará saber si usted tiene diabetes. También podemos divulgar su información médica a una entidad de asistencia en un esfuerzo de ayuda de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

Para Pagos: Utilizaremos su información médica, dental, y mental para tratamiento y servicios que usted recibe de nosotros puedan ser facturados o pagos colectados por medio de una compañía de seguros, una agencia estatal de Medicaid, o una tercera parte, incluyendo la "Association for Utah Community Health" (AUCH), y el programa de 340B (programa de prescripción de medicamentos).

Por ejemplo, puede que necesitemos dar su información de plan de seguro médico sobre su visita al consultorio para que su plan de salud pueda reembolsarle la visita. También podemos notificar a su plan de salud sobre el tratamiento que va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Podemos enviar (o ya pudimos haber enviado en una visita pasada) su información personal identificable a la base de datos de elegibilidad de Medicaid de Utah y programa de elegibilidad de su seguro médico de los niños para determinar si están inscritos o son elegibles para algún otro programa.

Para operaciones de servicio de salud: Utilizamos su información médica para mejorar la calidad de las operaciones en nuestra práctica profesional de la salud. Por ejemplo, podemos utilizar sus registros médicos para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También Podemos combinar las piezas de sus registros médicos que no lo identifican personalmente con información similar de otros pacientes para decidir qué servicios adicionales podemos ofrecer, qué servicios no son necesarios, si ciertos tratamientos nuevos son eficaces, y comparar lo que estamos haciendo con otras

prácticas de cuidado de la salud. He recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad por parte de “Family Healthcare” y he tenido oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se debe utilizar la información.

La Notificación de Prácticas de Privacidad le informa de como “Family Healthcare” puede usar o divulgar información sobre usted. Podemos usar o compartir su información para investigación de salud. No todas las situaciones serán descritas. “Family Healthcare” debe informarle sobre nuestras prácticas de privacidad por la información que recopilamos y guardamos sobre usted.

OPCIONAL— Divulgación de Información de Salud

Esto divulgará el siguiente tipo de información:

- Todos los Registros Registros Prenatales Historial de Medicamentos
 Registros Médicos Inmunizaciones Laboratorio y Resultados de Diagnóstico por Imagen
 Otros (Favor de especificar) _____

Registro de liberación de los siguientes documentos o la comunicación verbal deber ser **iniciada por el paciente o el guardián:**

- _____ Alcohol/Drogas/HIV
 _____ HIV/Diagnosis de AIDS (Sida) / Información de Tratamiento
 _____ Progreso del Tratamiento de Salud de Conducta / Recomendaciones / Planes

Autorizo a “Family Healthcare” para divulgar la información médica, tanto verbal y/o por escrito a:

	Nombre	Número de Teléfono	Relación con el Paciente	Especificación de límites de acceso
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____

Entiendo que las personas arriba mencionadas, pueden tener acceso a mis registros médicos hasta que yo revoque mi consentimiento por escrito a “Family Healthcare”.

Entiendo que la información que va a ser divulgada, puede incluir registros médicos, salud mental e información de uso de drogas y alcohol. Entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol y drogas están protegidos bajo los reglamentos federales de confidencialidad y registros de paciente de abuso de drogas, 42 C.F.R. parte 2 y el “Health Insurance Portability y Accountability Act” de 1996 (“HIPAA”), 45 C.F.R. partes 160 y 164 y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito, salvo a disposición en contrario en el Reglamento. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida de la acción que se haya tomado en la medida de dependencia que se han tomado antes o al ser revocado.

Entiendo que con el fin de proteger la confidencialidad de registros, estoy de acuerdo en la liberación de la información necesaria y que mi permiso se limita a los propósitos y las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que puedo retirar o parar esta autorización en cualquier momento mediante una petición escrita (excepto la información que ya haya sido divulgada).

Yo entiendo que una vez que este medio revela información sobre mi salud por este medio, no puedo garantizar que el destinatario no revelará nuevamente mi información de salud a terceros. El tercero no puede ser obligado a acatar esta autorización o leyes federales y estatales que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.

Yo entiendo que puedo retirar mi consentimiento de divulgar mi Información en cualquier momento, notificando a la agencia por escrito. Entiendo que si no identifico una fecha o evento, entonces este consentimiento expirará un año a partir de la fecha de servicio que se me brindó en "Family Healthcare."

Se me ha dado una copia de las Prácticas de Noticias de Privacidad y he tenido la oportunidad de preguntar acerca de cómo mi información debe ser usada.

Firma (Paciente/Representante Legal)

Fecha

Estimación en Buena Fe

¿No tiene usted seguro médico o no lo usa?

Si su cita es en 3 o más días, usted tiene derecho a una 'Estimación en Buena Fe' de sus costos.

La 'Estimación en Buena Fe' no es una factura; sólo muestra una estimación razonable de los costos de ítems y servicios que le serán provistos dada su condición médica. La estimación está basada en la información disponible al momento en que su cita fue hecha.

La 'Estimación en Buena Fe' no incluye costos inesperados o desconocidos que puedan aparecer durante el tratamiento. Costos adicionales pueden surgir si complicaciones o circunstancias especiales ocurrieran.

Si después de la cita, usted recibe una factura por un importe que supera la 'Estimación en Buena Fe' en más de \$400, usted puede disputar dicha factura.

Para preguntas o más información sobre sus derechos a una 'Estimación en Buena Fe', visite www.cms.gov/nosurprises/consumers, envíe un correo electrónico a FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov, o llame al 1-800-985-3059.

Gracias por escoger "Family Healthcare"!

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

<p>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</p> <p>Usa lentes de contacto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____</p> <p>Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha del comienzo del Tratamiento: _____</p> <p>Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción.</p> <p>Anestésicos locales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Aspirina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Penicilina u otros antibióticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sulfas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Codeína u otros narcóticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Usa sustancias reguladas (drogas)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? <i>Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA</i></p> <p>Bebe bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____</p> <p>Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____</p> <p>SÓLO MUJERES Está usted:</p> <p>Embarazada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Número de semanas: _____</p> <p>Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Amamantando? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Metales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Látex (goma) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Yodo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Polen (fiebre del heno)/estacional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Animales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alimentos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.</p>	
<p style="text-align: center;">Sí No NS</p> <p>Válvula cardíaca artificial (prótesis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Previa endocarditis infecciosa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Válvulas dañadas en corazón transplantado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad cardíaca congénita (ECC)</p> <p style="padding-left: 20px;">ECC cianótica, sin reparar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Reparada en los últimos 6 meses (completamente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">ECC reparada con defectos residuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i></p> <p style="text-align: center;">Sí No NS</p> <p>Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Arterioesclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Daño en las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Sí No NS</p> <p>Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Marcapasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad cardíaca reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sangramiento anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Si es así, fecha: _____</p> <p>Hemofilia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SIDA o infección por VIH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">Sí No NS</p> <p>Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Bronquitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sinusitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetes Tipo I o II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Trastornos de alimentación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Malnutrición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Reflujo G.E./ardor persistente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Derrame cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Sí No NS</p> <p>Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Desmayos o ataques epilépticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alteraciones neurológicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Si es así, especifique: _____</p> <p>Alteraciones del sueño <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Usted ronca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alteraciones mentales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique: _____</p> <p>Infecciones recurrentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Tipo de infección: _____</p> <p>Alteraciones renales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sudor nocturno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Osteoporosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Inflamación persistente de los ganglios del cuello <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cefaleas graves/jaquecas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Pérdida de peso severa o rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Orina en forma excesiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____ Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ()</p>	
<p>Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Explique por favor: _____</p>	

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/Apoderado: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____
