



Centro de Salud Tía Martha's Hoja de Registro del Paciente

Seguro Médico:

- Medicaid
 Medicaid-Illinois Health Connect
 Harmony/HMO
 Seguro Privado/PPO
 Ninguna
 Otro _____

INFORMACION DEL PACIENTE				
Fecha de Hoy	Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	
Fecha de Nacimiento	Edad	Genero/Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Dirección		Ciudad	Estado	Zona Postal
Lenguaje Primario:		Estado Marital: <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Compañero(a) por Vida <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)		
S.S.# _____				
AMHC ID # A _____				
Teléfono de Casa: (____) _____ Podemos dejarle un mensaje? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		Numero Preferido para contactarle: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono durante el día <input type="checkbox"/> Teléfono Alternativo <input type="checkbox"/> No teléfono disponible <input type="checkbox"/> EMAIL: _____		
Teléfono Durante el Día: (____) _____ Podemos dejarle un mensaje? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
Numero de Teléfono Alternativo: (____) _____ Podemos dejarle un mensaje? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Si el paciente esta en 8 ^{avo} grado o menor grado, por favor indique el Distrito escolar y el nombre de la escuela, si no, solo anote N/A. <input type="checkbox"/> 8 ^{avo} grado o menor grado # Distrito Escolar: _____ Nombre de la Escuela: _____ <input type="checkbox"/> N/A				
Es el (la) paciente participante de Illinois Health Connect? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No se (Necesita clarificación por parte de la recepcionista)				
NECESIDADES ESPECIALES / INFORMACION DEMOGRAFICA ADDICIONAL				
Usted tiene alguno de los siguientes impedimentos? <u>Impedimentos:</u> Visual <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Auditivo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Verbal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Trauma Reciente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		Mecanismo Educativa Se dieron instrucciones verbales Se dieron instrucciones escritas Se dieron instrucciones con senas		Requerimientos Religiosos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si, por favor explique: _____
Sin Hogar Permanente: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Hogar Transicional <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Hacimiento(mas de una familia en el hogar) <input type="checkbox"/> Vive en la Calle				
Trabajador (a)del Campo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Migrante				
Barreras de Lenguaje: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			Veterano(a) : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Otro/Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco				
Grupo Étnico: <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconoce				
Como se entero de nuestros servicios? (marque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Volante <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> T.V. <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Anuncios Gigantes <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> Presentación <input type="checkbox"/> Libro de Teléfono <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo <input type="checkbox"/> Internet/Website <input type="checkbox"/> Paciente Actual <input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Plan de Seguro Medico _____ <input type="checkbox"/> Hospital _____ <input type="checkbox"/> Agencia de Servicios Social _____ <input type="checkbox"/> Empleado(a) de Tía Marthas _____				

CONTACTO DE EMERGENCIA / PERSONA RESPONSABLE

Nombre de la persona en caso de Emergencia _____ Numero de Teléfono _____ Relación con el(la) paciente _____

Padre, Madre/ Guardián Legal / Persona Responsable : **SI EL MISMO QUE EL(LA) PACIENTE, Por favor marque esta caja** Sr. Srta. Sra. Otro(a)

Numero de Teléfono Primario _____

Numero de Teléfono Alternativo _____

Apellido _____

Primer Nombre _____

Inicial Segundo nombre _____

Apellido Previo _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Edad _____

Relación con el (la) paciente(s). _____

Sexo: Masculino Femenino

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Zona Postal _____

Condado _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO / VERIFICACION DE INGRESOS

(Por favor muestre su tarjeta de seguro medico y una identificación con foto a la recepcionista)

(Verificación de Ingresos es un requisito para todos los pacientes, con y sin seguro medico)

Persona Responsable del pago de servicios: **SI EL MISMO QUE EL(LA) PACIENTE, Por favor marque esta caja** Es esta persona un paciente actual de Tia Marthas? No SiEs esta persona bajo cobertura de seguro medico? No Si

Apellido _____

Primer Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Numero de Teléfono Primario _____

Numero de Teléfono Alternativo _____

Por favor indique el seguro medico primario:

 Medicaid Medicaid – Illinois Health Connect Harmony / HMO Seguro Privado / PPO Ninguno

Nombre del Asegurado(a) _____

Numero de Recipiente/Póliza _____

\$ _____

Relación del paciente con el(la) Asegurado(a): Mismo(a) Espos(a) Hijo(a) Otro _____

Co-Pago _____

Nombre del seguro medico secundario (Si Aplica) _____

Numero de Recipiente/Póliza _____

Nombre del Asegurado(a) _____

Relación con el(la) paciente _____

Numero de Personas en la Familia: _____

Ingreso Familiar Combinado: \$ _____ Por hora / semana / Mes / Año

Ingreso Anual: \$ _____

OFFICE USE:Income Documentation On File: No Yes Financial Waiver Signed: No Yes N/A

Income Re-Certify Date: _____

Staff Signature: _____

Autorización:

Yo, autorizo la liberación de cualquier información médica u otra información necesaria para el procesamiento de este reclamo. Así mismo requiero el pago de beneficios gubernamentales para mí o la persona que acepte el asignamiento.

X _____

Firma del Paciente / Padre-Madre o Guardián Legal

Fecha

ANTECEDENTES DENTALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

RAZÓN DE ESTA VISITA _____

¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMA VISITA DENTAL? _____ ¿QUÉ LE HICIERON ENTONCES? _____

¿CON QUÉ FRECUENCIA VISITÓ AL DENTISTA ANTES DE ESO? _____

DENTISTA ANTERIOR (NOMBRE Y UBICACIÓN) _____

¿LE HAN HECHO UNA SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFÍAS DENTALES (RAYOS X)? INDIQUE CUÁNDO Y DÓNDE _____

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE CEPILLA LOS DIENTES? _____

¿CON QUÉ FRECUENCIA USA SEDA DENTAL EN LOS DIENTES? _____

¿EL AGUA POTABLE QUE USA ES FLUORADA? _____

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿SANGRAN SUS ENCÍAS MIENTRAS SE CEPILLA O USA LA SEDA DENTAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿SE MUERDE LOS LABIOS O MEJILLAS CON FRECUENCIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SUS DIENTES SON SENSIBLES A LOS LÍQUIDOS O ALIMENTOS FRÍOS O CALIENTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA NOTADO ALGÚN DIENTE SUELTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SUS DIENTES SON SENSIBLES A LOS LÍQUIDOS O ALIMENTOS DULCES O AMARGOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUEDA ATRAPADA LA COMIDA ENTRE SUS DIENTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SIENTE DOLOR EN ALGUNO DE SUS DIENTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO PERIODONTAL (ENCÍAS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿TIENE ALGUNA LLAGA O BULTO EN LA BOCA O ALREDEDOR DE ELLA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ALGUNA VEZ USÓ UNA PLACA DE MORDIDA U OTRO APARATO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿HA TENIDO LESIONES EN LA CABEZA, CUELLO O MANDÍBULA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA TENIDO EXTRACCIONES DIFÍCILES EN EL PASADO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿HA EXPERIMENTADO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN LA MANDÍBULA?			¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA HEMORRAGIA PROLONGADA DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHASQUIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿USA PRÓTESIS TOTALES O PARCIALES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR (ARTICULACIÓN, OÍDO, COSTADO DE LA CARA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI LA RESPUESTA ES SÍ, FECHA DE POSTURA _____		
DIFICULTAD PARA ABRIRLA O CERRARLA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ INSTRUCCIONES DE HIGIENE BUCAL CONCERNIENTE AL CUIDADO DE SUS DIENTES Y ENCÍAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFICULTAD PARA MASTICAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿TIENE DOLORES DE CABEZA FRECUENTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿APRIETA O RECHINA LOS DIENTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI PUDIERA CAMBIAR ALGO DE SU SONRISA, ¿QUÉ SERÍA? _____

AUTORIZACIÓN Y ENTREGA DE INFORMACIÓN

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y QUE COMPRENDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR, A MI ENTENDER, LAS PREGUNTAS ANTERIORES SE HAN CONTESTADO EN FORMA PRECISA. COMPRENDO QUE PROPORCIONAR INFORMACIÓN INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD. YO AUTORIZO AL DENTISTA A ENTREGAR CUALQUIER INFORMACIÓN INCLUIDO EL DIAGNÓSTICO Y REGISTROS DE TRATAMIENTO O EXÁMENES BRINDADOS A MÍ O A MI HIJO DURANTE EL PERÍODO DE ATENCIÓN DENTAL A TERCEROS PAGADORES Y/O A OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD. AUTORIZO Y SOLICITO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS A PAGAR DIRECTAMENTE AL DENTISTA O GRUPO DE DENTISTAS LOS BENEFICIOS DEL SEGURO O DE LO CONTRARIO PAGADEROS A MI PERSONA. COMPRENDO QUE MI ASEGURADORA PUEDE PAGAR MENOS QUE LA CUENTA ACTUAL POR ESTOS SERVICIOS. ACEPTO HACERME RESPONSABLE DE LOS PAGOS DE TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS EN MI NOMBRE O MIS CARGAS.

X _____ FECHA _____
SI ES MENOR DE EDAD, FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL PACIENTE

COMENTARIOS DEL MÉDICO _____

_____ FIRMA _____ FECHA _____

NÚMERO DEL PACIENTE _____

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

AUNQUE EL PERSONAL DENTAL TRATA PRINCIPALMENTE EL ÁREA INTERNA Y ALREDEDOR DE LA BOCA, ÉSTA ES PARTE DEL CUERPO EN SU TOTALIDAD. LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE PUEDE TENER, O LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA, PODRÍAN TENER UNA INTERRELACIÓN IMPORTANTE CON EL SERVICIO ODONTOLÓGICO QUE RECIBIRÁ. GRACIAS POR RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

	SÍ	NO		SÍ	NO
1. ¿ESTÁ EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿HA NECESITADO ALGUNA VEZ UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿HA NOTADO ALGÚN CAMBIO EN SU ESTADO GENERAL DE SALUD DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿HA BAJADO RECIENTEMENTE DE PESO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO: _____			12. ¿HA TOMADO ALGUNA VEZ FEN-PHEN/REDUX?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. NOMBRE DEL MÉDICO _____ DIRECCIÓN _____ NO. DE TELÉFONO _____			13. ¿FUMA TABACO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿ESTÁ BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿USA O HA USADO SUSTANCIAS CONTROLADAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿HA ESTADO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ POR ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O ENFERMEDAD GRAVE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿ESTÁ USANDO LENTES DE CONTACTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXPLIQUE. _____			16. ¿TIENE TOS O ACLARACIÓN PERSISTENTE DE LA GARGANTA NO ASOCIADA CON UNA ENFERMEDAD CONOCIDA (QUE HAY A DURADO MÁS DE TRES SEMANAS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO(S) INCLUIDOS LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, AFECCIÓN O PROBLEMA QUE NO SE HAYA INDICADO ANTES QUE CREA QUE DEBA SABER?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁ TOMANDO? _____			SÓLO MUJERES:		
8. ¿HA TENIDO ALGUNA HEMORRAGIA ANORMAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ESTÁ EMBARAZADA O CREE QUE PUEDA ESTARLO? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿SE HACE MORETONES CON FACILIDAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ESTÁ AMAMANTANDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			¿ESTÁ TOMANDO PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿ES ALÉRGICO O HA TENIDO REACCIONES A:			RONCHAS O SARPULLIDOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANESTESIA LOCAL COMO LA NOVOCÁINA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPISODIOS DE DESMAYOS O MAREOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PENICILINA U OTRO ANTIBIÓTICO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTOS CON SULFA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA O INFECCIÓN DE VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BARBITÚRICOS, SEDANTES O PÍLDORAS PARA DORMIR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS A LA TIROIDES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASPIRINA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALERGIAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YODO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARTRITIS O REUMATISMO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALGÚN METAL (POR EJEMPLO, NÍQUEL, MERCURIO, ETC.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IMPLANTE O REEMPLAZO DE ARTICULACIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÁTEX/GOMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÚLCERA ESTOMACAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS (INDIQUE) _____			PROBLEMAS AL RIÑÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿TIENE O HA TENIDO LO SIGUIENTE:			TUBERCULOSIS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARDIOPATÍA REUMÁTICA O FIEBRE REUMÁTICA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS PERSISTENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIEBRE ESCARLATINA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS CON SANGRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEFECTO CARDIACO O SOPLO CARDIACO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QUIMIOTERAPIA (CÁNCER, LEUCEMIA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS CARDIACOS, ATAQUE CARDIACO O ANGINA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR EN EL PECHO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA O CONVULSIONES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS PARA RESPIRAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANEMIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARCAPASOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GLAUCOMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRUGÍA CARDIACA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NERVIOSISMO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESIÓN ARTERIAL ALTA/BAJA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AMIGDALITIS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMA CONGÉNITO DEL CORAZÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUMORES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HINCHAZÓN DE PIES, TOBILLOS, MANOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN DE SALUD MENTAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS, ICTERICIA O ENFERMEDAD HEPÁTICA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS LUMBARES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DERRAME CEREBRAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEPENDENCIA DE FÁRMACOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS SINUSALES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS PULMONARES O RESPIRATORIOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO CON CORTISONA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASMA O FIEBRE DEL HENO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERPES LABIAL/AMPOLLAS POR FIEBRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			HIPOGLUCEMIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ITEM 081-4608/19223

NÚMERO DEL PACIENTE _____

ANTECEDENTES MÉDICOS



Aplicación para el Programa de Acuerdo al Ingreso Económico

Para su asistencia, contamos con un programa de descuento de acuerdo al ingreso económico. Para poder determinar si usted califica, facilítenos la siguiente información.

Padre/guardián legal: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección del Empleador: _____

INGRESOS EN LA FAMILIA: Incluye el ingreso de todas las personas en la familia.

¿Cuántas personas son compatibles con este ingreso? _____

Utilice el número de personas que viven en la misma casa y comparten ingresos, alimentos y alquiler. Ese número puede incluir a si mismo, su cónyuge, y todos los dependientes.

Indicar todas las fuentes de ingresos para su hogar. Compruebe todo lo que corresponda.

Salarios y sueldos		Beneficios de huelga	
Beneficios de desempleo		Asistencia pública	
Ingresos de auto empleo		Manutención de los hijos	
Beneficios de seguro social		Beneficios de veteranos	
Pensión de retiro		Manutención	
Compensación de trabajo		Otro ingreso	

INGRESO BRUTO ANUAL TOTAL \$

(Ingreso bruto es antes de impuestos y deducciones)

Deben documentarse todas las fuentes de ingresos. Dependiendo de su fuente de ingresos, al menos uno de los siguientes documentos se requiere con esta aplicación:

1. 2 talones de cheque (mas reciente)
2. Documento del Estado de Beneficios
3. Cuenta de estado del banco (para depósitos directos)
4. Ordenes de corte u otros documentos

Si no he suministrado **prueba de ingresos** hoy, lo haré dentro de **30 días** o estar sujeto a la **carga completa** para todos los servicios.

Certifico que la información que he provisto en esta aplicación es verdadera y precisa y reconozco que está sujeta a verificación ulterior.

Firma de la Persona Responsable

Fecha

**CENTRO DE SALUD TIA MARTHA'S
CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS DENTAL**

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Doy permiso para recibir servicio dental de parte del Centro de Servicio Aunt Martha's Inc. Comprendo que puedo cancelar este permiso por carta en cualquier momento. También comprendo que la información de mi historia dental y tratamiento es confidencial. Solamente si la ley del estado o federal exija mi historia dental.

Yo he recibido una copia de los derechos y responsabilidades del cliente, así como reglas y regulaciones de la agencia. Al firmar este documento doy por constatado que he recibido una copia de lo anteriormente mencionado, he leído y entendido la información sobre prácticas privadas.

Firma del Paciente (mas de 12 años de edad)

Fecha

Firma de Padre o Guardián

Fecha

Firma del Testigo(a) Empleado(a)

Fecha

AUNT MARTHA'S HEALTHCARE NETWORK
Forma de Responsabilidad del Paciente

Como un paciente de Aunt Martha's usted es responsable de llegar a su cita a tiempo.

Llegando Tarde

Si llega mas de 15 minutos pasado su cita el dentista decide si lo pueden atender o si le cambian su cita.

Cancelaciones

Si no puede venir a su cita, llame a la clinica durante las horas de oficina por lo menos un dia antes de la cita. Esto nos permite dar otra cita a otro paciente que necesita ayuda dental.

Ninos menores de 18 anos

Un padre o guardian legal debe de acompañar a sus ninos para recibir cuidado al menos que aigan firmado un consentimiento. Este consetimiento es bueno por un ano.

Citas perdidas

Si no viene a su cita, cancela con menos de 24 horas, o viene después de los 15 minutos, sera registrado en su expediente como una cita perdida.

Si pierde 2 citas en un ano, ya sea no venir, llegar tarde o por cancelar en menos de 24 horas, no recibira una cita por seis meses.

Si después del periodo de 6 meses usted falta a su cita, no le daremos otra cita.

Firma de Paciente/Padre/Legal Guardian

Fecha

Testigo

Centro De Salud Tía Marthas

Derechos y Responsabilidades del Cliente

El Centro De Salud Tía Martha's esta dedicado a proveer al cliente el mayor cuidado posible para satisfacer sus necesidades identificadas. Para poder lograr esto creemos que es importante incluir a nuestros clientes y padres/tutores legales, cuando sea aplicable todas las decisiones que afectan directamente en su tratamiento de acuerdo con la póliza establecida en la parte II de Salud Mental y el código de desarrollo y incapacidades, nuestra agencia a desarrollado los siguientes derechos y responsabilidades para los clientes.

Es la obligación de los empleados de Aunt Martha's informarle sus derechos y responsabilidades antes de empezar los servicios del programa en lenguaje o método de comunicación en el que usted pueda entender

- ✓ El cliente tiene el derecho de recibir información confidencial la cual es gobernada en toda la Agencia por Acto de confiabilidad de MHDD. Toda la información acerca de su tratamiento no podrá salir de la Agencia, solo con un consentimiento escrito por usted o por un tutor legal si es aplicable, excepto si es requerido por la ley. Si se concede su permiso usted tiene el derecho de saber que contiene la información que será compartida
- ✓ Usted tiene el derecho de ser informado del genero, disponibilidad (incluyendo horas y que cuidados están disponibles) y objetivos de todos los servicios con los que cuenta la Agencia o otros recursos.
- ✓ Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto, cortesía y en un ambiente mínimo restrictivo.
- ✓ Usted tiene el derecho a recibir los servicios sin importar su edad, sexo, raza, religión, origen étnico o incapacidad. Si usted es menor de 12 años necesitara un permiso de sus padres o tutor legal.
- ✓ Usted tiene el derecho de libertad de abuso o negligencia. No puede ser sujeto a ningún tipo de violación a sus derechos, tales como abuso físico, humillación, ridiculización, abuso verbal o ninguna otra disciplina que pueda dañar su dignidad o valor como persona.
- ✓ Usted tiene el derecho de solicitar su expediente clínico como cliente y examinar su contenido en presencia de un empleado calificado que pueda interpretar su contenido. Puede solicitar un informe con aclaraciones que se incluyan en su expediente para sabe si hay alguna diferencia.
- ✓ Usted o su tutor legal tienen el derecho de hacer una queja o apelar decisiones adversas del proveedor incluyendo al Directo Ejecutivo y ser informado de la resolución.
- ✓ Usted o su tutor legal tiene el derecho de no aceptar los servicios, incluyendo medicamento.
- ✓ Usted deberá ser informado de servicios alternativos disponibles y el riesgo que estos traigan, si existe alguno, así como las consecuencias posibles de no aceptar los servicios.
- ✓ Tratamiento y/o servicios no deberán ser negados, reducidos, suspendidos o terminados por exigir sus derechos.
- ✓ Usted deberá ser informado si existe algún pago o políticas de pago por los servicios ofrecidos. En programas de la clínica la insolvencia en el pago no deberá afectar la admisión o terminar los servicios.
- ✓ Sus derechos son restringidos en alguna forma usted o su tutor legal u otro partidario designado debe ser notificado. Justificaciones y documentación de apoyo deberán estar incluía en su expediente clínico.
- ✓ Usted tiene el derecho de contactar a tutores legales y comisiones partidarias, equipos de igualdad, Departamento de Servicios Humanos u otras agencias partidarias. La Agencia de Aunt Martha's le asistirá para poder contactar estas organizaciones.
- ✓ Usted tiene el derecho de depender de servicios de cuidado, transporte y/o otros servicios de ayuda si los necesita y están disponibles.
- ✓ Usted tiene el derecho y responsabilidad de participar en cualquier y todas las decisiones de cuidado.

CENTRO DE SALUD TIA MARTHA'S AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIA

Esta nota describe casos en los que información de su salud puede ser divulgada (para usarse fuera de Aunt Martha's). Con excepción de los accesos descritos en este aviso, información de su salud no será divulgada sin su autorización firmada.

Uso de la información para tratamiento, pago y operaciones

1. Para proporcionarle buena asistencia medica (tratamiento), obtener el pago de servicios (pago), y asegurar calidad y eficiencia en nuestro funcionamiento cotidiano (operaciones), habrá veces en que tendremos que compartir dicha información fuera de esta organización.
 - a. Un ejemplo que puede ocurrir bajo tratamiento seria llamar a un medico o a un hospital a los cuales usted estaria siendo remitido y suministrarle a ellos información acerca de su condición.
 - b. Para los propósitos del pago, podremos enviarle información a su compañía de seguros, requerida para poder procesar su cuenta.
 - c. Para las operaciones, puede ser que permitamos que su expediente sea repasado por un revisor o un interventor externo.
2. En los casos anteriormente mencionados, su información personal de salud puede ser divulgada. En cada uno de estas circunstancias, la entidades que revisan su información estarán limitadas por ley federal o dicho de otra manera tendrán la responsabilidad de mantener su información personal confidencia.
3. La información que podemos divulgar bajo estas circunstancias no será limitada y podría incluir información con respecto a la infección del HIV, el abuso de sustancia, y/o enfermedades psiquiátricas.
4. Usted puede solicitar restricciones mas allá de las indicadas en este aviso pero nuestra organización no esta obligada a garantizar la restricción(es) por usted requerida(s) a menos que acordemos hacerlo así.

El Derecho para Inspeccionar y Enmendar Expedientes

Usted tiene el derecho de examinar su expediente medico como cliente o cualquier otro documento poseído por Aunt Martha's que contenga información personal de su salud con raras excepciones.

Si usted cree que cualquiera de la información examinada no es precisa, usted tiene el derecho de solicitar que la información sea cambiada de modo que sea precisa.

Una petición para examinar o enmendar información de su salud deberá hacerse por escrito. Si usted hace tal petición, esta será evaluada por un oficial o designado de privacidad de Aunt Martha's para determinar si su petición para examinar información de su salud y/o el cambio solicitado en información relevante a su salud le es permitido.

Usted será informado de una decisión (para la inspección o la enmienda/cambio del expediente) dentro de un periodo de tiempo razonable.

Si una decisión se toma para cambiar la información por usted requerida, el cambio será realizado y se hará un esfuerzo para informar a otras entidades que pudieron haber recibido información inexacta.

Sin embargo, si se determina que no se autoriza ningún cambio, usted será informado de Esta decisión también. Usted puede apelar esta decisión sometiendo nuevamente su Petición para el cambio por escrito e indicando en esa petición que usted ahora esta Apelando una decisión anterior.

Después del recibo de la segunda petición, los expedientes serán reevaluados por un Medico licenciado que no estuvo implicado en su tratamiento o en la decisión para Negar la petición inicial. La decisión en este Segundo paso de revisión será final.

Accesos Directos Para Investigación

Es posible que la información de su salud pueda ser asesada por un investigador.

Tal acceso no será permitido bajo ninguna circunstancia a menos que el investigador haya demostrado claramente que la información de su salud será tratada confidencialmente y que las medidas de protección serán las mas adecuadas para para asegurarse de que no ocurra un acceso no autorizado.

En estas situaciones, si es factible, usted será contactado y se le solicitara permiso para que su información pueda ser utilizada para dicho propósito.

Sea que usted permita o no que su información será utilizada, sus servicios en Aunt Martha's no se verán afectados de ninguna manera. Su tratamiento bajo ninguna circunstancia estará condicionado por su aprobación a que su información sea utilizada.

En situaciones donde no es factible obtener su aprobación, su información puede aun ser utilizada (pero no en casos donde usted haya pedido que su información no sea utilizada) siempre y cuando el investigado haya demostrado que medidas apropiadas serán tomadas para proteger su identidad, y que medidas apropiadas serán tomadas para prevenir el acceso no autorizado y que cualquier información referente a su identidad será destruida tan temprano como sea posible en la investigación.

Debido a la estricta protección dada a su identidad, Aunt Martha's puede no saber en definitivo si su información se utilice para este propósito. Si hay cualquier posibilidad de que tal uso pueda haber ocurrido, Aunt Martha's le proporcionara esa información bajo su solicitud incluyendo información sobre como contactar a los investigadores.