


**CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DE MISSOURI CENTRAL**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCION**


INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac: / /	Numero de Seguro Social:
Dirección:		Ciudad, Estado:		Código Postal:	Condado:
Teléfono de casa: ( )		Teléfono Celular: ( )		Correo electrónico:	
Raza (Circular uno) Blanco/ negro o afroamericano/ multirracial/ indio americano o nativo de Alaska/ asiático/ indio asiático/ Hawaiano o isleño del Pacífico/ Otro isleño del Pacífico no hawaiano/ Chino/ Filipino/ Coreano/ Vietnamita/ Otro asiático/ Guameño o Chamorro/ Samoano/ Otros:				Origen étnico: Hispano o de Origen Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros:			Necesita interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Es Usted Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Médico Primario:			Dentista:		
INFORMACION DEL ENCARGADO / PARTIDARIO					
Nombre del responsable:	Fecha de Naci: / /	Relacion / parentesco de la parte responsable al Paciente: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Padre / Encargado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro:			
Dirección (Si es diferente a la del Paciente):			Ciudad, Estado:		Código Postal:
Teléfono de casa: ( )		Teléfono Celular: ( )		Es esta persona un paciente aqui? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Nombre de amigo o familiar que no habite con usted:		Relacion con el Paciente:	Teléfono de casa: ( )	Teléfono Celular: ( )	
INFORMACION DE SEGURO MEDICO					
(Proporcione informacion completa de su Seguro Medico sin importar el tipo de servicio utilizado. Proporcionar TODAS las tarjetas a la recepcionista.)					
Seguro médico Primario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:	Nombre del suscriptor:				
	Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:			
Seguro médico Secundario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:	Subscriber Name:				
	Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:			
Seguro Dental Primario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:	Nombre del suscriptor:				
	Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:			
Seguro Dental Secundario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:	Nombre del suscriptor:				
	Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:			
COMO UNA INSTALACION FEDERAL, ESTAMOS OBLIGADOS A HACER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS					
<b>INGRESO ANUAL – Por favor circule, junto al tamaño de su familia, el Rango de Ingresos que mejor ADAPTE a su hogar.</b>					
Aunque no somos una clínica gratuita, ofrecemos tarifas con descuento (nominales) a pacientes elegibles. Proporcionar lo siguiente puede ayudarnos a determinar la elegibilidad para dichos programas.					
Tamaño de la Familia	Negarse a informar - Poner sus iniciales _____				
1	\$0 - \$15060	\$15061-\$22590	\$22591-\$26355	\$26356-\$30120	\$30121 y mas
2	\$0 - \$20440	\$20441-\$30660	\$30661-\$35770	\$35771-\$40880	\$40881 y mas
3	\$0 - \$25820	\$25821-\$38730	\$38731-\$45185	\$45186-\$51640	\$51641 y mas
4	\$0 - \$31200	\$31201-\$46800	\$46801-\$54600	\$54601-\$62400	\$62401 y mas
5	\$0 - \$36580	\$36581-\$54870	\$54871-\$64015	\$64016-\$73160	\$73161 y mas
6	\$0 - \$41960	\$41961-\$62940	\$62941-\$73430	\$73431-\$83920	\$83921 y mas
7	\$0 - \$47340	\$47341-\$71010	\$71011-\$82845	\$82846-\$94680	\$94681 y mas
8	\$0 - \$52720	\$52721-\$79080	\$79081-\$92260	\$92261-\$105440	\$105441 y mas
<b>Para pacientes de 12 años y más</b>					
IDENTIDAD DE GENERO – Cual es su sentimiento interno de su genero? Piensa de usted mismo como: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino (Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino (Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Niego a Responder					
ORIENTACION SEXUAL – Como identifica su atraccion fisica y emocional hacia los demas? Piensa de Usted mismo como: <input type="checkbox"/> Heterosexual (no gay o lesbiana) <input type="checkbox"/> Homosexual (Gay o lesbiana) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Niego a Responder					
<b>Mi firma asegura y confirma que la informacion es exacta y verdadera de acuerdo a mi conocimiento:</b>					
Firma del Paciente o Encargado:				Fecha:	

# POLITICA GENERAL Y CONSENTIMIENTO

## HORA DE LA CITAS

Es importante que se presente a todas las citas a tiempo. Todos los pacientes nuevos deben registrarse al menos 30 minutos antes de su cita. Todos los pacientes establecidos deben registrarse al menos 15 minutos antes de su cita. Esto dará tiempo para completar todo el papeleo necesario y permitirá que el personal lleve al paciente a la sala de examen a la hora real de la cita. Esto permitirá una visita mucho más fluida y oportuna. El no registrarse a tiempo resultará en la necesidad de ser reprogramado.

**Todos los menores (niños de 17 años o menos) deben estar acompañados por un padre o tutor legal en todas las citas.**

## CITAS PERDIDAS

El Centro de Salud Comunitario del Centro de Missouri está dedicado a servir a los miembros de nuestra comunidad. Nuestra política de citas perdidas se aplica estrictamente ya que realmente deseamos brindar atención oportuna y de calidad a nuestros pacientes, pero esto se vuelve difícil cuando los pacientes pierden las citas programadas. Una cita perdida incluye cualquier cita para la cual el paciente no se presente en la clínica/ubicación designada, una cita no cancelada/reprogramada con al menos 24 horas de anticipación y que se presente tarde a una cita que requiera una reprogramación.

Valoramos la familia y entendemos que a menudo es más fácil programar todas las citas el mismo día. Si pierde las citas programadas para varios miembros de la familia, cada miembro de la familia tendrá citas en diferentes días en el futuro. Si un niño requiere tratamiento, es importante asistir a estas citas para que pueda recibir la atención necesaria. La falta de traer a un niño para el tratamiento se considera negligencia. CHCCMO está obligado a informar casos sospechosos de negligencia.

## MEDICINA FAMILIAR / PEDIATRIA / OBSTETRICIA / GINECOLOGIA / SALUD MENTAL

En el caso de un exceso de citas perdidas, CHCCMO tiene derecho a brindar atención de emergencia o sin cita previa únicamente.

## DENTAL

Después de perder la cita inicial, cualquier cita futura se cancelará y se reprogramará una a la vez. Cualquier paciente que acumule 2 citas perdidas dentro de un período de 6 meses no podrá programar una cita por un período de 6 meses. Durante ese tiempo, ese paciente puede buscar atención solo a través de "citas para el mismo día"; deberá llamar a la oficina el día que desea buscar atención para ver si hay vacantes disponibles para que podamos ayudarlo.

Si un paciente es reincorporado para ser visto después de su período de 6 meses o programado para una visita el mismo día y acumula otra cita perdida, entonces no podrá programar una cita por 1 año y será visto solo para necesidades dentales emergentes bajo nuestro programa limitado.

## ACUERDO FINANCIERO

Se espera el pago en el momento del servicio. Si se ha proporcionado un seguro, por la presente autoriza a CHCCMO a divulgar la información de salud necesaria para procesar sus reclamos. Además, también está autorizando el pago de los beneficios del seguro directamente a CHCCMO. Usted comprende que es responsable de cualquier copago, coseguro, deducible o servicio no cubierto.

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir atención considerada aconsejable de parte de un proveedor de CHCCMO. Tal tratamiento puede incluir, pero no se limita al examen y pruebas de diagnóstico básico. Doy fe que tengo la autoridad legal para tomar decisiones sobre el cuidado de salud y actuar en nombre del paciente, si el paciente es un menor o incapacitado.

## CONDUCTA DEL PACIENTE

CHCCMO se compromete a proporcionar un entorno seguro para los pacientes, el personal y los visitantes. No se tolerará el comportamiento violento, agresivo o verbalmente abusivo y puede resultar en la expulsión de las instalaciones.

## OBJETOS PERSONALES DE VALOR

Reconozco que CHCCMO no es responsable de cualquier propiedad personal que lleve dentro de las instalaciones del CHCCMO.

***He leído y entiendo las políticas y consentimientos incluidos en este formulario.***

\_\_\_\_\_  
FIRMA del Paciente, Padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
FECHA

# CONSENTIMIENTO DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

El Intercambio de Información de Salud (HIE) permite que múltiples proveedores de servicios de salud vinculen los registros médicos electrónicos. Cuando vaya a un proveedor de salud, Community Health Center of Central Missouri puede compartir y/u obtener mis registros médicos a través del HIE. Todos los proveedores deben tener suficiente información personal para demostrar que tienen una relación de tratamiento con usted como paciente antes de que HIE le brinde acceso a la información. Un HIE es importante porque compartir información mejora la atención médica.

Community Health Center of Central Missouri se asocia con los siguientes HIE:

- Tiger Institute Health Information Alliance
- Carequality/SureScripts

Puedes elegir si quieres participar en el HIE. La atención que recibe de los proveedores de CHCCMO no depende de si decide participar en el HIE. Con este formulario puedes elegir entre 2 opciones:

## Opción 1 - Optar por participar

Por la presente autorizo al Centro de Salud Comunitario de Missouri Central a LIBERAR y OBTENER todos mis registros médicos e información médica, incluyendo cualquier condición física o mental, condición psicológica, evaluación psiquiátrica y tratamiento, psicoterapia, asesoramiento, adicción de drogas, estado de infección, VIH / SIDA, pruebas genéticas o tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, aunque dicha información está protegida por la ley federal, por encima de HIE antes mencionados.

El propósito de esta divulgación es con fines de tratamiento, los servicios de salud y la continuidad de la asistencia médica. Autorizo específicamente la divulgación de la información de mi médico hacia y de parte de los HIE mencionados anteriormente en un formato electrónico.

## Opción 2 - Optar por no participar

Al firmar este formulario, usted reconoce que comprende las siguientes declaraciones:

- Entiendo que estoy firmando este formulario porque no quiero que mis registros de salud se compartan con mis proveedores y miembros del equipo de atención médica a través de los HIE mencionados anteriormente.
- Entiendo que este formulario de exclusión voluntaria solo se aplica a los HIE mencionados anteriormente en los que participa Community Health Center of Central Missouri y NO cubre ni afecta mi exclusión voluntaria de ningún otro HIE.
- Puedo optar por unirme a los HIE en los que participa Community Health Center of Central Missouri en cualquier momento firmando un formulario de solicitud de suscripción de HIE.
- Entiendo que al optar por no participar en los HIE anteriores, mis proveedores no tendrán acceso inmediato a información crítica sobre mi salud accesible a través de estos HIE. Esto puede afectar la capacidad de mi proveedor para ver una imagen completa de mi salud, lo que podría limitar su capacidad para tomar las mejores decisiones posibles sobre mi atención.
- Esta solicitud puede tardar hasta 3-5 días hábiles en surtir efecto.

**Optar – Elijo optar por el HIE; Doy mi consentimiento para que CHCCMO comparta toda la información de salud a través del HIE. Esta autorización es válida hasta que sea revocada por mí por escrito, y será efectiva en la fecha de recepción.**

**Optar por no participar: elijo optar por no participar en el HIE; Estoy solicitando que no se comparta ninguna de mi información de salud a través del HIE.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
ATESTIGUADO POR

\_\_\_\_\_  
FECHA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

## ACUERDO HIPAA

Entiendo que bajo la Ley y Portabilidad de Seguro de Salud (“HIPAA”) de 1996, tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida (PHI). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducta, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el tratamiento de forma directa e indirecta
- Obtener el pago de terceros pagadores
- Llevar a cabo las operaciones de cuidados de salud, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas

Entiendo que puedo solicitar una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi PHI. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Enumere a continuación las personas con las que le gustaría que CHCCMO pueda hablar sobre su atención, tratamiento, pago o citas (o las de sus dependientes). Para los menores, asegúrese de que todos los tutores legales estén en la lista. Cualquier persona que no figure en este formulario no podrá acceder a ninguna información sobre su atención médica. CHCCMO les pedirá a estas personas que se identifiquen antes de compartir cualquier PHI.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi permiso para que el personal del Centro de Salud de la Comunidad para analizar toda la información médica con:

Nombre	Relación con paciente

Nombre (Imprimir): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES GENERALES

Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento dental recomendado por su dentista. Antes de dar su consentimiento para el tratamiento, debe considerar cuidadosamente los beneficios y riesgos anticipados del procedimiento, los tratamientos alternativos o la opción de ningún tratamiento.

**Pregunte: ¿Entiendo el procedimiento, tengo otra opción?**

Cuando da su consentimiento, reconoce su voluntad de aceptar riesgos y complicaciones conocidos.

**Pregunte: ¿Qué pasará si no hago este procedimiento?**

Las afecciones cardíacas, el embarazo, los accidentes cerebrovasculares, los reemplazos articulares y otras afecciones médicas pueden crear un riesgo de complicaciones. Por favor, informe todas las condiciones de salud y medicamentos con precisión para reducir las posibilidades de complicaciones.

**Pregunte: ¿Le he contado al dentista todos mis problemas médicos?**

Los procedimientos dentales generales incluyen examen, profilaxis dental, tratamiento con flúor, radiografías, restauraciones, terapia periodontal, terapia pulpar, coronas de acero inoxidable, extracciones, coronas, puentes, terapia endodóntica, aparatos removibles como dentaduras postizas y dentaduras parciales, procedimientos quirúrgicos menores como fibrotomía, frenelectomía. No hay garantías de resultados finales de ningún procedimiento, pero se han explicado los riesgos y beneficios.

**Pregunte: ¿Por qué estoy firmando un formulario de consentimiento general?**

Este formulario es una explicación general de los procedimientos ofrecidos y su aceptación de estos procedimientos. Algunos procedimientos necesitaban un consentimiento adicional, como la extracción de dientes y endodoncias.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTÉSICOS LOCALES

Este formulario de consentimiento está diseñado para informarle sobre los riesgos involucrados con la anestesia local que se usa comúnmente antes del tratamiento dental. Los riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- Mareos, náuseas, vómitos, frecuencia cardíaca acelerada, frecuencia cardíaca lenta, reacción alérgica.
- Músculos de la mandíbula rígidos o doloridos en el lugar de la inyección.
- Entumecimiento prolongado y riesgo de morderse el labio, la lengua o la mejilla, causando lesiones.
- Lesión de los nervios que causa dolor, entumecimiento, hormigueo, especialmente en la barbilla, el labio, las mejillas, las encías o la lengua. Por lo general, dura 24 horas o menos.
- La rotura de la aguja en la boca requiere la extracción por un especialista.
- Moretón grande en el lugar de la inyección que causa hinchazón, rigidez muscular, rigidez de apertura y cierre.

He leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo que no debo firmar este formulario si todos los elementos, incluidas todas mis preguntas, no han sido explicados o respondidos a mi satisfacción o si no entiendo ninguna de las palabras contenidas en este formulario.

---

Firma del Paciente, Padre o tutor legal

Relacion con el Paciente

Fecha

---

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Bienvenido al Centro de Salud Comunitario – Cuéntenos Sobre Usted

¿Tiene un médico personal?  Si  No

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_

Telefono del Medico: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Su salud fisica actual es:  Buena  Razonable  Pobre

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico?  Si  No

Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿usas algun tipo/forma de Tabaco?  Si  No

¿Que tipo de Tabaco? \_\_\_\_\_ ¿está interesado en dejar de fumar?  Si  No

¿ha tenido alguna varilla metálica, pernos o implantes colocados?  Si  No

¿está tomando algún medicamento?  Si  No

Por favor enumere cada una: \_\_\_\_\_

¿alguna vez ha tenido algún procedimiento quirúrgico?  Si  No

Por favor enumere cada uno: \_\_\_\_\_

### Historial Medico

Si No **Condiciones**

- Sangrado Anormal
- ADD/TDAH
- Abuso de Alcohol
- Anemia
- Angina de Pecho
- Ansiedad
- Artritis
- Válvula Card. Artificial
- Asma
- Autismo
- Terapia con Bifosfonatos
- Transfusión de Sangre
- Cancer
- Quimioterapia
- Discapacidad Cognitiva
- Defecto Cardi. Congenito
- EPOC/COPD
- Depresión
- Diabetes
- Dificultad Respiratoria
- Abuso de Drogas
- Emfisema
- Desmayos

Si No **Condiciones**

- Ampollas Febriles
- Dolores de Cabeza
- Glaucoma
- VIH/SIDA
- Ataque Cardíaco
- Soplo cardíaco
- Cirugía cardíaca
- Hemofilia
- Hepatitis C
- Presion Arterial Alta
- Reemplazo Conjuntos
- Problemas Renales
- Enfermedad Hepática
- Presion Arterial Baja
- Prolapso válvula mitral
- Marca Paso
- Problemas psiquiátricos
- Radioterapia
- Fiebre reumática
- Alergias Estacionales
- Convulsiones
- Enfermedades de Transmision Sexual
- Culebrilla

Si No **Condiciones**

- Enfermedad de Células Falciformes
- Problemas sinusales
- Derrame Cerebral
- Problemas de Tiroides
- Ulceras

Si No **Alergias**

- Aspirina
- Codeina
- Anestésicos Dentales
- Eritromicina
- Joyería
- Latex
- Metales
- Penicilina
- Tetraciclina

Si No **Solo Para Mujeres**

- ¿Está Tomando Pastillas Anticonseptivas?
- Esta Embarazada? Si es asi, # de Semanas \_\_\_\_\_
- ¿Estás amamantando?

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Historia Confidencial

*\* Como una instalación federal, estamos obligados a hacer las siguientes preguntas para los propósitos de presentación de informes. Esto es sólo para uso estadístico y su información personal no será liberada a ninguna parte externa. Esta sección es opcional.*

**Identidad de género– ¿Cuál es su sentimiento interno de su género? ¿piensa de usted mismo como:**

- Hombre
- Mujer
- Transexual Masculino/Mujer a Hombre
- Transexual Femenino/Hombre a Mujer
- Otro
- Niego a Responder

**Orientación Sexual– Cómo identifica su atracción física y emocional hacia los demás? ¿piensa de Usted mismo como:**

- Derecho (no gay o lesbiana)
- Gay o lesbiana
- Bisexual
- Algo más
- No sé
- Niego a Responder

Por favor, describa cualquier tratamiento médico actual, incluyendo medicamentos, cirugía pendiente, lesiones recientes o cualquier otra información que el/la dentista debe saber y no se discutió anteriormente:

---

---

### Queja Dental Principal:

Por favor enumere

---

TIENE PROBLEMAS CON EL DOLOR DENTAL O PARA CONTROLAR EL DOLOR DENTAL ACUTALMENT.....SI NO

SI ES ASI – QUE TAN GRAVE ES EN UNA ESCALA DEL 1-5, CON 5 SIENDO PEOR..... 1 2 3 4 5

Certifico que he leído la información antedicha y es verdad a lo mejor posible de mi conocimiento. Reconozco que mis preguntas, si las hay, sobre las investigaciones establecidas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No hare a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, responsable de los errores u omisiones que pueda haber hecho en la terminación de este formulario. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de mi deuda restante, si las hay. También autorizo al centro de salud de la comunidad o a mi compañía de seguros a que libere cualquier información requerida para procesar cualquier reclamación. Por la presente consiento al paciente nombrado arriba, cuyo nombre aparece en este formulario, recibiendo atención médica considerablemente aconsejada por el profesional médico que atiende al Centro de Salud de la Comunidad (CHCCMO).

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha