

¿Ha estado usted en esta oficina en este mes? ☐ Yes ☐ No

Genero:

☐ Masculino/Hombre

☐ Femenino/Mujer

☐ Transgénero

☐ Otro: _____

(genero no mencionado arriba)

☐ Elijo no contestar

Edad:

☐ 0-4

☐ 5-12

☐ 13-17

☐ 18-25

☐ 26-34

☐ 35-54

☐ 55-64

☐ 65 o mas

¿Porque está aquí hoy?

☐ Dolor o Inflamación

☐ Extracción

☐ Examen

☐ Limpieza

☐ Rellenos

☐ Otro: _____

Etnicidad:

De acuerdo a la data de prácticas de colección federal cada persona debe escoger una etnicidad y una categoría racial. "Hispano/Latino" es definido como personas de descendencia Latina Americana, no importa la raza. Por Ejemplo, una persona de descendencia africana nacido en Colombia quizás escoja "Negro" como su raza y "Hispano o Latino" como su etnicidad.

☐ Hispano/Latino

☐ No Hispano/Latino

☐ Etnicidad No Conocida

Raza:

☐ Africano

☐ Africano Americano o Negro

☐ Caucásico o Blanco

☐ Asiatico

☐ Nativo Americano

☐ Multiple-Razas

☐ Desconocio

☐ Otro: _____

¿Cuándo fue su última visita dental?

☐ Dentro del ultimo ano

☐ Minos de cinco anos

☐ Mas de cinco anos

☐ Nunca he visitado un dentista

Condado donde viva:

☐ Anoka

☐ Benton

☐ Carver

☐ Chisago

☐ Dakota

☐ Goodhue

☐ Hennepin

☐ Isanti

☐ Kanabec

☐ Le Seur

☐ Morrison

☐ Pierce (WI)

☐ Pine

☐ Polk (WI)

☐ Nicollet

☐ Ramsey

☐ Rice

☐ Scott

☐ Sherburne

☐ St. Croix (WI)

☐ Stearns

☐ Washington

☐ Wright

☐ Other: _____

¿Como se enteró de nuestros servicios?

☐ HE ESTADO AQUÍ ANTES

☐ Boy's and Girl's Club

☐ Iglesia

☐ CLUES/Consulado Mexicano

☐ Escuela Dental

☐ Dorothy Day Center

☐ Estante de Comida

☐ AMIGO/FAMILIAR

☐ Hospital

☐ Indian Health Board

☐ Internet

☐ Equipos Médicos

☐ Misión de Misericordia

☐ Periódico/Noticias por la televisión

☐ Open Hands Midway

☐ People Serving People

☐ Directorio Telefónico

☐ Portico

☐ Radio

☐ Referido de un Doctor

☐ Saint Paul School

☐ Salvation Army

☐ Volante Escolar

☐ Senior Linkage Line

☐ Sharing and Caring Hands

☐ Agencia de Servicio Social

☐ Clínica de St. Mary's

☐ Teen Challenge

☐ Union Gospel Mission

☐ United Way

☐ Asuntos de Veteranos

☐ Programa WIC

☐ Work Force Center

☐ Otro: _____

Historial Medico

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Aunque el personal dental principalmente trata con el área en su boca, y el alrededor, su boca es parte de su cuerpo entero. Problemas de salud que usted pueda tener, o medicamentos que este tomando, pueden tener una interrelación con la odontología que va a recibir. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

¿Está bajo cuidado médico?	☐ Si	☐ No	Si es así Explique: _____
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía mayor?	☐ Si	☐ No	Si es así, Explique: _____
¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o cuello?	☐ Si	☐ No	Si es así, Explique: _____
¿Está tomando medicamentos, pastillas, o drogas?	☐ Si	☐ No	Si es así, Explique: _____
¿Está tomando Phen-Fen o Redux?	☐ Si	☐ No	Si es así, Explique: _____
¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro medicamento que contiene bifosfonatos?	☐ Si	☐ No	Si es así, Explique: _____
¿Está en una dieta especial?	☐ Si	☐ No	Si es así, Explique: _____
¿Usa tobacco?	☐ Si	☐ No	Si es así, Explique: _____
¿Usa alguna sustancia controlada?	☐ Si	☐ No	Si es así, Explique: _____

Mujeres: Esta...

¿Tratando de quedar embarazada/o está embarazada? ☐Si ☐No Tomando anticonceptivos? ☐Si ☐No ¿Lactando? ☐Si ☐No

Es alérgico a cualquiera de los siguientes?

☐Aspirina ☐Penicilina ☐Codeína ☐Anestesia local ☐Acrílico ☐Metal ☐Latex ☐Sulfamidas
☐¿Alguna otra cosa? Por favor Explique: _____

¿Tiene o ha tenido lo siguiente?

SIDA/VIH Positiva	Medicina Cortisona	Hemofilia	Tratamiento de Radiación
Alzhéimer	Diabetes	Hepatitis A	Perdida de Peso Reciente
Anafilaxia	Adicción a Drogas	Hepatitis B o C	Diálisis Renal
Anemia	Fácilmente sin Respiración	Herpes	Fiebre Reumática
Angina	Enfisema	Hipertensión	Reumatismo
Artritis/Gota	Epilepsia	Colesterol Alto	Fiebre Escarlata
Válvulas Artificiales de corazón	Sangrado Exceso	Urticaria/Salpullido	Culebrilla/Herpes Zoster
Articulación artificial	Sed Excesiva	Hipoglucemia	Anemia Falciforme
Asma	Desmayos/Mareos	Latido Irregular Cardíaco	Sinusitis
Enfermedad Sanguínea	Toz Frecuentes	Problemas de Riñón	Espina Bífida
Transfusión Sanguínea	Diarrea Frecuente	Leucemia	Enfermedad Intestinal/Estomacal
Problemas Respiratorios	Dolores de Cabeza Frecuentes	Enfermedad de Hígado	Derrame Cerebral
Fácilmente abollado	Herpes Genital	Hipotensión	Hinchazón de Extremidades
Cáncer	Glaucoma	Enfermedad Pulmonar	Enfermedad de la Tiroides
Quimioterapia	Fiebre del Heno	Prolapso de válvula mitral	Amigdalitis
Dolor del Pecho	Ataque al Corazón	Osteoporosis	Tuberculosis
Herpes labial/Ampolla de Fiebre	Soplo Cardíaco	Dolor temporomandibular	Tumores
Cardiopatía Congénita	Marcapaso Cardíaco	Enfermedad Paratiroides	Úlceras
Convulsiones	Enfermedad Cardíaca	Atención Psiquiátrica	Enfermedad Venérea
			Ictericia/Piel Amarilla

Alguna vez ha tenido una enfermedad grave, que no ha sido mencionada? ☐Si ☐No _____

Comentarios: _____

Certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera y de acuerdo con mi mejor conocimiento y entendimiento. Entiendo que dar información incorrecta puede presentar un peligro a mi salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado de mi salud.

Firma del Paciente, Padre, o Guardián _____ Fecha _____

Este documento reconoce que ha recibido la Póliza de Noticia de Privacidad de la clínica dental de la clínica dental Hope. Usted entiende lo que contiene la póliza y ha hecho cualquier pregunta que usted haiga tenido sobre la póliza.

Nombre (Letra de molde): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Si se ha presentado a la clínica para un examen extenso:

Yo he leído la carta de servicios al paciente y entiendo los servicios que puedo recibir y la Póliza de Tratamiento de clínica dental Hope:

Firma: _____ Fecha: _____

Aplicación de Inscripción

Nombre (primer nombre y apellido): _____

Dirección: _____

E-Mail: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

- ¿Tiene usted seguro dental o le han dado fondos para el cuidado dental?
☐ No
☐ Si, por favor explique: _____

- ¿Recibe usted beneficios de veteranos?
☐ No
☐ Si, por favor explique: _____

- Número de personas que viven en su casa (incluyendo: usted, miembros familiares y personas con las cuales usted comparte su salario. Por ejemplo, personas con las cuales usted comparte la comida, recibos, factures, etc.).
_____ Personas en la casa.
- Salario mensual o anual combinado de todas las personas que viven en su casa:
☐ Mensual: _____
☐ Anual: _____

Yo entiendo que la información dada por mí es sujeta a verificación por parte de la clínica. Yo entiendo que cualquier información falsa proveída por mí resultará en la negación de los servicios ofrecidos por la clínica. Yo entiendo que tergiversar la información de cobertura médica resultará en la terminación inmediata de mi participación y me obligará a ser financieramente responsable de los ser vivíos caritativos recibidos.

Firma del Aplicante: _____ Fecha: _____

Póliza de citas perdidas

Bienvenido a la clínica dental Hope. Nos complace tenerlo como paciente y realizaremos su tratamiento de la mejor forma posible. Para que podamos prestarle el mejor servicio, debemos establecer una relación de trabajo con usted que requiere de su asistencia a todas las citas agendadas. De esta manera usted reflejará su cooperación con nuestro plan de tratamiento sugerido. Teniendo en cuenta lo anterior, tenemos la siguiente póliza en efecto con respecto a nuestros servicios:

CITAS PERDIDAS:

Para proveerle un servicio eficiente, por favor llame a notificarnos por lo menos con 24 horas de anticipación si usted no puede asistir a su cita. Nosotros con gusto le cambiaremos la cita tan pronto como podamos para continuar con su tratamiento efectivamente.

PORFAVOR TENGA EN CUENTA QUE TENEMOS UNA PÓLIZA PARA LAS CITAS PERDIDAS, PARA LAS CITAS CANCELADAS EN EL MISMO DÍA Y PARA LAS CITAS EN LAS CUALES USTED NO SE PRESENTE:

Una cita perdida significa:

- Cancelar la cita el mismo día en el cual usted debía asistir a su cita.
- Citas en las cuales usted no se presente y no nos llame a notificarnos.

DESCONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO DEBIDO A CITAS PERDIDAS

Si usted completa dos (2) citas perdidas en un periodo de doce (12) meses, nosotros nos veremos en la obligación de terminar su tratamiento, ya que es difícil proveer un tratamiento competente y efectivo bajo esas condiciones. Si esto sucede, le daremos una lista de otras clínicas comunitarias para que usted continúe su tratamiento si usted así lo desea.

Nuestra última meta es mejorar el acceso a las citas de todos los pacientes. Esperamos que reduciendo las citas en las que usted no se presente y las citas canceladas en el mismo día, podremos proveerle un mejor servicio y acceso a usted y a los pacientes que busquen nuestros servicios. Le agradecemos anticipadamente por su cooperación.

Su firma abajo indica que usted entiende y está de acuerdo con la póliza mencionada:

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____