

## Formulario de Registro de Paciente

Información general

Primer nombre legal: \_\_\_\_\_ Apellido legal: \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_

Preferencia de nombre (¿Cómo le gustaría ser dirigido?): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  En pareja  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a

Domicilio: \_\_\_\_\_  No tengo domicilio fijo

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono particular/celular: \_\_\_\_\_  Recibe textos Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo prefiere que le comuniquemos?  Teléfono  Celular  Trabajo  Textos  Carta

Correo electrónico/email

Sexo de nacimiento:  masculino  femenino Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica actual: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

No tengo proveedor de atención médica actual

---

**Con el fin de conocer más sobre las personas a las que prestamos servicio, agradeceríamos que nos proporcionara la siguiente información:**

**Idioma preferido** (si no es inglés): \_\_\_\_\_

**Raza:**  Negro/Afroamericano  Blanco/Caucásico  Asiático  Hawaiano nativo  Isleño del Pacífico

Indígena americano/nativo de Alaska  Más de una raza  Otra  Prefiero no responder

**Etnicidad:**  Hispano/Latino  No-hispano/Latino  Prefiero no responder

**Ingresos de la casa:** Ingreso total anual: \_\_\_\_\_ Número de personas en la casa: \_\_\_\_\_

**¿Es usted veterano?**  Sí  NO

**Orientación sexual:**  Heterosexual  Lesbiana/Gay/Homosexual  Bisexual

Prefiero no responder  Otra: \_\_\_\_\_

**Identidad de género actual:**  masculino  femenino  Género neutral  Otro: \_\_\_\_\_

Transexual masculino  Transexual femenino  Prefiero no responder

**Pronombre preferido:**  Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_

---

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

---

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Necesidades especiales tales como silla de ruedas, intérprete o transporte en ambulancia, etc.  Sí  NO

Si la respuesta es "sí", explicar: \_\_\_\_\_

## Formulario de Registro de Paciente

Contactos para menores de edad

**\*COMPLETE ESTA SECCIÓN SI EL(LA) PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS O TIENE UN TUTOR LEGAL\***

Nombre de padre/tutor legal #1: \_\_\_\_\_ Teléfono #1: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/tutor legal #2: \_\_\_\_\_ Teléfono #2: \_\_\_\_\_

Dirección si es diferente de los pacientes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seguro

Si tiene seguro médico o dental favor de pasarle la tarjeta a la recepcionista para hacerle una copia.

Si no tiene seguro puede que le ofrezca pagos según sus ingresos familiares.

### ¿Cómo se enteró de nosotros?

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cartelera Publicitaria              | <input type="checkbox"/> Evento Educativo/Feria de Salud | <input type="checkbox"/> TV        |
| <input type="checkbox"/> Publicidad en Autobús               | <input type="checkbox"/> Periódico                       | <input type="checkbox"/> Sitio Web |
| <input type="checkbox"/> Agencia comunitaria/Iglesia/Escuela | <input type="checkbox"/> Medios de Comunicación Social   | <input type="checkbox"/> Otro      |
| <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo                      | <input type="checkbox"/> Radio                           |                                    |

**Certifico que la información presente en este documento es fiel y precisa. En caso de modificación de la información prevista, notificaré a Chase Brexton Health Care.**

Firma del (de la) Paciente (si es mayor de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Firma del padre, la madre o el tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, la madre o el tutor legal: \_\_\_\_\_

### **Office Use Only**

- Resp. Provider verified/updated  
 Home Location verified/updated  
 Insurance information verified/updated  
 Patient Alert Notes updated

Reviewed/entered into CPS by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA PARA PACIENTES ODONTOLÓGICOS

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_

¿Se encuentra en buen estado de salud?  SÍ  NO

¿Ha observado cambios en su estado de salud general durante el último año?  SÍ  NO

Fecha de último control de salud: \_\_\_\_\_ ¿Se encuentra bajo el cuidado de algún médico?  SÍ  NO

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Internaciones/Intervenciones Quirúrgicas:

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido alguna hemorragia anormal?  SÍ  NO

¿Ha perdido peso recientemente?  SÍ  NO

¿Alguna vez necesitó una transfusión de sangre?  SÍ  NO

¿Le salen hematomas con facilidad?  SÍ  NO

¿Ha experimentado tos persistente o carraspera durante más de 3 semanas, sin que esta estuviese asociada a una enfermedad conocida?  SÍ  NO

Medicamentos (incluya medicamentos herbales, vitaminas y suplementos):

Nombre	Dosificación	Nombre	Dosificación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Tomó alguna vez Fen-Phen o Redux?  SÍ  NO

¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier medicación contra el cáncer que contuviese bifosfonatos?  SÍ  NO

¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis o Levitra en las últimas 24 horas?  SÍ  NO

¿Consume tabaco?  SÍ  NO

¿Consume o ha consumido sustancias controladas?  SÍ  NO

¿Usa lentes de contacto?  SÍ  NO

¿Toma pastillas anticonceptivas?  SÍ  NO  N/C

¿Está embarazada o cree que pueda estarlo?  SÍ  NO  N/C

¿Está amamantando?  SÍ  NO  N/C

Por favor, enumere cualquier otra enfermedad, afección o problema que no haya sido mencionada en este formulario y de la que deberíamos estar al tanto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA PARA PACIENTES ODONTOLÓGICOS

Es alérgico o ha experimentado reacciones a:	SÍ	NO		SÍ	NO
Anestésias locales, como Novocaína.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metales (níquel, mercurio, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfamidas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex/caucho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbitúricos, sedantes o somnífero.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes afecciones?

	SÍ	NO		SÍ	NO
Enfermedad reumática del corazón o fiebre reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis o reumatismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre escarlata.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo o implante de articulación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto o soplo cardíaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera estomacal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema cardíaco, ataque cardíaco o angina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas renales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aliento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos persistente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos con sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía del corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia (cáncer, leucemia).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja/alta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de transmisión sexual.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos congénitos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia o ataques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de pies, tobillos o manos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema en los senos paranasales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas respiratorios o pulmonares.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor(es).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma o fiebre del heno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de espalda.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urticaria o sarpullido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención de salud mental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos o mareos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependencia a sustancias químicas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o infección de VIH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento con cortisona.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la tiroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos alimentarios.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes labial o boqueras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Preferencia de nombre (¿Cómo le gustaría ser dirigido?): \_\_\_\_\_

¿Cuál es el motivo de su visita en el día de hoy? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última visita dental? \_\_\_\_\_

¿Qué se realizó durante esa visita? \_\_\_\_\_

¿Se le han realizado radiografías dentales completas?  SÍ  NO

**Si su(s) visita(s) dentales previas y/o radiografías fueron en otro consultorio, asegúrese de completar un formulario de divulgación de información para que podamos obtener sus registros.**

¿Con qué frecuencia visita al dentista? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? \_\_\_\_\_

¿Su agua potable contiene flúor? SÍ  NO

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿Le sangran las encías cuando se cepilla o se pasa hilo dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Aprieta o rechina los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus dientes son sensibles a líquidos/comidas calientes/frías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se muerde los labios o las mejillas con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus dientes son sensibles a líquidos/comidas dulces/amargas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha notado algún diente flojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente dolor en alguno de sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se le atasca la comida entre los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Posee alguna irritación/hinchazón dentro/cerca de su boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha recibido tratamiento periodontal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna lesión en la cabeza, el cuello, o la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido alguna extracción dificultosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en la mandíbula:			¿Ha tenido algún sangrado prolongado luego de una extracción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Chasquidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Utiliza dentadura postiza o removible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dolores (articulaciones, oídos, o en un lado de la cara)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿cuándo se la puso por última vez? _____		
¿Dificultad para abrir o cerrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido instrucciones de higiene bucal con relación al cuidado de sus dientes y encías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dificultad para masticar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Tiene jaquecas frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿Hay algo de su sonrisa que le gustaría cambiar? \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## EXPECTATIVAS DE PACIENTES DENTALES

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### **Nuestra clínica dental:**

Bienvenido a los servicios dentales de Chase Brexton Proporcionamos cuidado dental completo y de calidad en un entorno compasivo y respetuoso. Nuestra instalación participa con múltiples instituciones de enseñanza como University of Maryland Baltimore College of Dental Surgery, Baltimore City Community College, y Lutheran Medical College. Nuestros dentistas clínicos proveen supervisión facultada a los residentes o estudiantes de odontología. Nuestros dentistas supervisan todos los tratamientos para asegurar que el cuidado brindado a nivel de calidad y satisfacción sea consistente con las expectativas de Chase Brexton.

### **Nuestras expectativas:**

Se espera que se cumpla con todas las citas dentales programadas. Si usted no puede cumplir con una cita programada, debe cancelar o reprogramar la misma con 24 horas de aviso. Si usted pierde dos citas dentro de un período de un año, podrá ser dado de baja como paciente de servicios dentales en Chase Brexton.

Esperamos que nuestros pacientes sean respetuosos con todo el personal clínico y de asistencia durante sus visitas odontológicas. Ofrecemos servicios dentales generales a grupos de pacientes diversos, incluyendo cualquier condición multi-cultural, étnica, racial, de orientación sexual, de VIH, género, y religiosa y socio-económica. Nuestro personal clínico y de asistencia refleja nuestra política sobre diversidad y antidiscriminación y cumple con los estándares de competencia clínica y cultural. Tratamos a todos los pacientes por igual; con respeto y cuidado sin importar su historia personal, historia clínica, o su condición socio-económica.

Comprendo que una violación de estas expectativas, así como un comportamiento inaceptable o perturbador, podrá llevar a ser dado de baja de los servicios dentales en Chase Brexton.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Preferencia de nombre (¿Cómo le gustaría ser dirigido?): \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

### Consentimiento General de Tratamiento

Yo, o un representante legal a mi favor, autorizo(a) que los profesionales de la salud de Chase Brexton evalúen y proporcionen tratamiento para mi condición, lesión o enfermedad.

### Responsabilidad financiera

Por el presente, acepto la responsabilidad financiera de todos los gastos no cubiertos por mi plan de salud, inclusive los montos de copagos, coseguros, pagos de tarifa móvil, pagos de todos los deducibles y servicios no cubiertos o servicios por los cuales no he recibido autorización apropiada o un referido. Además, acepto la responsabilidad financiera de todas las exclusiones de las pólizas o de los beneficios denegados por no ser elegibles al momento de la prestación del servicio.

Comprendo que Chase Brexton acepta pagos en efectivo, con tarjeta de crédito o cheque. Generalmente, se exige el pago de todos los servicios al momento de su prestación, aunque Chase Brexton reserva el derecho de enviarle a usted una factura después para los beneficios de salud que fueron denegados por su plan de salud.

Autorizo el pago de beneficios del seguro de salud a Chase Brexton por los servicios prestados. También, autorizo a Chase Brexton a divulgar toda información de salud necesaria para completar y procesar mis reclamaciones relativas al seguro. Comprendo que Chase Brexton me considerará financieramente responsable si elijo no usar mi plan de salud para cubrir un servicio.

Si mi plan de salud esté sujeto a ERISA, autorizo que Chase Brexton actúe a mi favor para obtener pago por los beneficios. También autorizo que Chase Brexton apele a mi favor cualquier denegación de servicios o beneficios por cualquier plan de salud. Si mi cuenta se mande a una agencia de colección por falta de pago, acepto la responsabilidad de pagar toda tarifa razonable que se cobra para recobrar cualquier saldo pendiente que se debe a Chase Brexton, inclusive las tarifas razonables de abogado, interés y costos legales.

### Cancelación de Citas

Comprendo que debo comunicarme telefónicamente con Chase Brexton con al menos 24 horas de anticipación para cancelar una cita.

### Acuse de recibo

Al firmar a continuación, reconozco que he analizado detenidamente este formulario, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, y que acepto sus provisiones voluntariamente.

He recibido el Manual para pacientes que incluye la siguiente información:

- **Notificación de prácticas de confidencialidad.**
- **Derechos y responsabilidades del paciente.**
- **Cómo comunicar mi opinión (cumplidos, reclamaciones y quejas).**

Nombre Legal de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Preferencia de nombre (¿Cómo le gustaría ser dirigido?): \_\_\_\_\_

Firma de Paciente o Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Una copia de este acuse de recibo está disponible con solicitud previa.