

## **BIENVENIDO**

### **¡Estamos aquí para ayudarle!**

*Para poder asistirle mejor, le pedimos que por favor conteste las siguientes preguntas además de los otros formularios adjuntos en este paquete.*

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Primer Nombre:** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre:** \_\_\_\_\_

**Apodo:** \_\_\_\_\_ (nombre de pila o Nombre Anterior) **Fecha en que se completa el formumario:** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Género Sexual al Nacer :**  Femenino  Masculino

**Dirección del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Estado Marital:** \_\_\_\_\_

**Lenguaje de Preferencia:** \_\_\_\_\_ **Fumador:**  Si  No

**Número Telefónico Fijo:** \_\_\_\_\_ **Número de Celular del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Dirección de Correo Electrónico del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Forma de Contacto de Preferencia:**  Casa  Celular  Correo Electrónico

**Notificaciones automatizadas de recordatorios de citas: (seleccione sólo una)**

- Correo Electrónico  
 SMS (Textos)  
 Recordatorios con mensajes de voz  
 Declina

**Seguro de Salud:** \_\_\_\_\_ (Provee tarjeta de seguro al personal de recepción)

**Dental Insurance:** \_\_\_\_\_ (Provee tarjeta de seguro al personal de recepción)

**Nombre de Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_

**Número Telefónico:** \_\_\_\_\_

**Relación del Contacto de Emergencia con el Cliente:** \_\_\_\_\_

Padre/Guardián (s)	Padre/Guardián 1	Padre/Guardián 2
Nombre:		
Relación:		
Dirección:		
Número Telefónico		

**Estatus de Vivienda:**

- No es Persona sin Techo
- Albergue Para Personas Sin Hogar
- Allogado (vive con otros, "duerme en un sofá")
- Hogar de Transición (unidad pequeña de transición de un albergue)
- Calle(vive en la calle, vehículo, al interperie, o en campamento)
- Otro(reside en hotel/motel)

**Estatus de Trabajador Migratorio:**

- Migrante
- No es Trabajador de Agricultura
- Trabajador o Dependiente de Trabajador Temporero de Agricultura

**Barrera de Lenguaje:**  Si  No

**Raza:** (marque todass las que aplican)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio-Americana o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro | <input type="checkbox"/> Otro Isleña del Pacífico      |
| <input type="checkbox"/> Indio-Asiática                     | <input type="checkbox"/> Japonesa           | <input type="checkbox"/> Samoana                       |
| <input type="checkbox"/> Negra o África-Americana           | <input type="checkbox"/> Koreana            | <input type="checkbox"/> Vietnamita                    |
| <input type="checkbox"/> China                              | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai    | <input type="checkbox"/> Blanca                        |
| <input type="checkbox"/> Filipina                           | <input type="checkbox"/> Otro Asiática      | <input type="checkbox"/> Sin Reportar/Declina Reportar |

**Etnicidad:**

- Cubana
- Mexicana, Mexico-Americana, Chicana
- Puerto Riqueña
- Otra Hispana, Latina, o de origen Español
- No Hispana o Latina
- Declina especificar

**Estatus de Veterano:**  Si  No

**Jefe de Familia**

- Yo

Si no es Usted, Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del Jefe de Familia: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Jefe de Familia: \_\_\_\_\_ Género Sexual del Jefe de Familia: \_\_\_\_\_

Dirección del Jefe de Familia: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal : \_\_\_\_\_

Número Telefónico \_\_\_\_\_

Número de Personas en al Núcleo Familiar: \_\_\_\_\_

**Rango Anual de Ingresos:**

- \$0 - \$13,590
- \$13,591 - \$18,310
- \$18,311 - \$23,030
- \$23,031 - \$27,750
- \$27,751 - \$32,470
- \$32,471 - \$37,190
- \$37,191 - \$41,910
- \$41,911 - \$46,630
- \$46,631 & above

**¿Cómo fué usted referido a Compass Health Network? Plan de Marketing:**

- Agencia
- Cartelera
- Amigo o Familiar
- Internet
- Periódico
- Otro Proveedor de Salud
- Radio
- TV
- Otro: \_\_\_\_\_



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

**COMPASS HEALTH NETWORK**  
**Servicios de Salud Médicos y Dentales**  
**Consentimiento para Servicios**

**Yo doy mi consentimiento para que Compass Health Network provea servicios médicos y/o dentales a mí o a mi niño(a).**

Yo entiendo las políticas con relación a cancelaciones de citas y pago, y doy mi autorización para que mis beneficios de seguro paguen directamente los cargos a Compass Health Network por cualquier servicio rendido.

**Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, y que el pago debe hacerse al momento de recibir el servicio.** En la instancia de mora, yo estoy de acuerdo con pagar todos los costos de colección, y cargos razonables de abogado. Por medio de ésta, autorizo a Compass Health Network a liberar toda información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Además, entiendo que la fotocopia de este acuerdo es tan válida como la original.

**Autorización para Información de Salud Protegida (PHI) durante su cita.**

Para tener acceso a copias de resultados de laboratorio, reportes radiológicos, listado de medicamentos y obtener liberación física de documentos a escuela/trabajo doy autorización a Compass Health Network para liberar esa información. Además, los referidos a cuidados de especialistas pudieran incluir documentación actual para coordinar mis cuidados de la mejor manera. Cuando solicite una liberación total o parcial de archivos médicos a una tercera parte o para usted mismo, se requerirá que complete un documento de liberación de información y que éste sea procesado a través del departamento de archivos médicos.

Yo reconozco con mi firma a continuación que he recibido una copia del Aviso de Privacidad de Prácticas. Entiendo que, si tengo cualquier pregunta con relación a confidencialidad, puedo contactar al Oficial de Privacidad al (660) 890-8141.

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

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### **Servicios Médicos y Dentales**

#### **Políticas y Procedimientos de Pago y Cita**

Compass Health Network tiene procedimientos para manejar las inasistencias y atrasos a citas para poder asegurar el acceso de los pacientes a un cuidado continuo.

#### **Procedimientos de Atraso:**

Si el paciente llega después de la hora asignada para su cita, se intentará por todos los medios ver al paciente en el tiempo que queda. Si ya ha pasado más de la mitad del tiempo asignado para su cita, el recepcionista consultará con el proveedor para decidir si su horario le permitirá ver al paciente o si el paciente tendrá que reagendar su cita. Si el paciente tiene que agendar una nueva cita, se le proveerá una prescripción escrita de acuerdo con las políticas de surtimiento de medicamentos.

Se harán todos los esfuerzos necesarios para atender a los pacientes que lleguen atrasados con una necesidad urgente, incluso si su proveedor de cabecera no está disponible.

#### **Pacientes sin cita:**

- Pacientes sin cita podrán ser atendidos dependiendo de la disponibilidad.
- Pacientes sin cita no serán atendidos antes que los pacientes con citas que llegan puntualmente en su hora de atención.
- Pacientes serán informados del tiempo de espera aproximado para ser atendidos.
- A los pacientes se les ofrecerá la opción de esperar o de agendar una cita para otro día.
- A los pacientes se les dará una tarjeta de recordatorio con la fecha y la hora de su cita.

#### **Procedimiento de Inasistencia a citas:**

**Política:** Se les pide a los pacientes que nos informen con 24 horas de anticipación si es que no podrán asistir a sus citas. .

**Dental:** Pacientes que faltan a 3 citas (con menos de 24 horas de aviso) en un período de 12 meses, serán notificados que sólo podrán ser atendidos como "pacientes de último minuto" en su próxima visita con un proveedor dental. A los pacientes que sólo pueden ser vistos como pacientes de último minuto" se les pedirá que llamen la mañana del día en que pueden venir, y se hará todo esfuerzo necesario para poderlos acomodar en el horario dependiendo de la disponibilidad del proveedor. Después de haber asistido a una cita como paciente de "ultimo minuto", el paciente podrá agendar su próxima visita.

**Medical:** Aquellos pacientes que falten a 3 citas (con menos de 24-horas de aviso) en un período de 12 meses serán notificados que sólo podrán ser atendidos como pacientes de último minuto" durante su siguiente visita con un proveedor médico. Después de completar 1 visita de "última hora", el paciente podrá agendar su próxima visita.

#### **Pago y Cobro:**

**Política:** Se espera que los pacientes hagan su pago, incluyendo co-pagos asociados con seguros y escala de costos/valores al momento de registrarse para su cita.

Firma del Paciente/Guardián Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Guardián Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para Usar y Divulgar Información de Salud para Tratamiento, Pago, u Operaciones de Cuidados de Salud

Yo Entiendo que se me ha proporcionado una *Aviso de Privacidad de Prácticas*, el cual entrega una descripción más completa sobre los usos y divulgaciones de información. Yo entiendo que tengo el derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que Compass Health Network se reserva el derecho a cambiar su aviso y prácticas, y antes de su implementación me enviará una copia de cualquier cambio en este aviso a la dirección de correo que he proporcionado. Yo entiendo que tengo el derecho a objetar el uso de mi información de salud. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar restricciones en cómo mi información será usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago, u operaciones de cuidados de salud y que la organización no está obligada a conceder las restricciones solicitadas.

### Preferencias de Comunicación

Por favor recuerde que las comunicaciones a través de correo electrónico, mensajes de texto y teléfono no pueden ser garantizadas como confidenciales. Al escoger la preferencia de su método de comunicación anteriormente mencionados, usted entiende que Compass Health Network no es responsable por información comunicada a través de estos medios.

Yo estoy de acuerdo con que Compass Health Network me deje mensajes cuando yo no estoy disponible. Yo entiendo que estos mensajes pueden contener información confidencial.

Método	Número/Dirección	Mensajes (SI/NO)
Tel. Casa	( ) _____	SI NO
Tel. Celular	( ) _____	SI NO
Tel. Trabajo	( ) _____	SI NO
Tel. Alternativo	( ) _____	SI NO
Mensajes Texto	( ) _____	SI NO
Correo Electron.	_____	SI NO

Yo autorizo a Compass Health Network a discutir mi información de cuidados de salud con los contactos listados a continuación. Yo entiendo que, al dejar espacios en blanco, estoy indicando que no quiero que ninguna información sea divulgada a nadie.

Nombre	Relación	# Contacto	Contacto Emergencia	OK discutir información de pago	OK discutir citas

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre(s) o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo, Cargo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Compass Health Network**
**Política Financiera**
**Bienvenido**

Gracias por escoger Compass Health Network. Estamos comprometidos a proveerle con los mejores cuidados posibles. Es importante que comprenda claramente nuestra política financiera. Hemos proveído la siguiente información para ayudarle a entender su responsabilidad financiera por los servicios recibidos:

Si usted tiene....	Usted es responsable de...
Seguro Comercial o Medicare HMO con el cual nosotros tenemos contrato	<b><i>Si los servicios que usted recibe no están cubiertos por el plan:</i></b> Se le pedirá que haga el pago completo al momento de su visita. Se le enviará una cuenta por el monto de la deuda que no cancela al momento de la visita. *
	<b><i>Si usted tiene un seguro comercial primario y además otro secundario o Medicaid:</i></b> No es necesario el pago de ningún monto al momento de su visita.
	<b><i>Si usted tiene Seguro comercial primario, pero no tiene un Seguro secundario:</i></b> Cualquier copago necesario, co-seguro, y deducibles serán solicitados al momento de su visita en nuestras oficinas.
Medicare	<b><i>Si los servicios que usted recibe no están cubiertos por Medicare:</i></b> Se le pedirá que haga el pago por el monto total al momento de su visita. Se le enviará una cuenta por el monto de la deuda que no sea cancelada al momento de su visita. *
	Si usted tiene Medicare Regular, y aún no completa los \$100 de su deducible, le pedimos que pague al momento de rendirle el servicio.
	<b><i>Si usted tiene Medicare como seguro primario y tiene un Seguro secundario o Medigap o Medicaid:</i></b> No será necesario pago alguno al momento de su visita.
	<b><i>Si usted tiene Medicare como seguro primario, pero no tiene un seguro secundario:</i></b> Se le cobrará un 20% de su co-seguro al momento de su visita.
Medicaid o Managed Care Medicaid	<b><i>Si los servicios que usted recibe no están cubiertos por Medicaid:</i></b> El pago completo será solicitado al momento de su visita. Se le enviará una cuenta por el monto de la deuda que no haya sido pagada al momento de su visita.*
	<b><i>Si usted recibe Gastos reducidos de Medicaid (Medicaid Spend Down):</i></b> Pago por los servicios prestados serán solicitados al momento de su visita hasta que la Reducción de Gastos (Spend Down) haya sido completada. No será necesario hacer pago alguno una vez que alcance la Reducción de Gastos (Spend Down) en su totalidad.
	<b><i>Si usted tiene Medicaid sin Gastos de Reducción (Spend Down):</i></b> No será necesario pago alguno al momento de su visita.
Seguro comercial o Medicare HMO – Sin	El pago será solicitado en su totalidad al momento de rendirle el servicio. Nosotros podemos proveerle la información necesaria para que usted

contrato con Compass	haga un reclamo de reembolso directamente con su compañía aseguradora.
No tiene Seguro	Pago en su totalidad será solicitado al momento del servicio. * Por favor pídale al personal de recepción información acerca de cómo aplicar para Medicaid, CHIP, asistencia financiera, escala de valores o fondos del Departamento de Salud Mental.

\* Compass Health Network ofrece una escala de valores con precios reducidos que está basada en sus ingresos y el número de personas en el núcleo familiar para la cual usted podría calificar.

\_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/guardián) Reconozco y entiendo la política financiera anterior.



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

### Seguro

Antes de su visita, contacte a su compañía aseguradora para verificar que Compass Network es un participante de su plan y que tanto los servicios que usted pretende recibir, como el proveedor de dichos servicios están cubiertos. No todos los servicios o proveedores están cubiertos por todas las pólizas. Aquellos servicios que no son cubiertos por su plan de seguro serán responsabilidad propia.

Para que nosotros podamos hacer una solicitud un reembolso, usted debe presentar una copia VIGENTE de su tarjeta de seguro al momento de cada visita y comunicar cambios en su información personal.

### Información requerida al registrarse para cada visita.

- Verificación de la información de contacto personal
- Copia vigente de la tarjeta de su seguro
- Pago de cualquier saldo pendiente
- Pago por la visita de Hoy

El pago puede ser hecho en efectivo, cheque o tarjeta, a no ser que el servicio sea prestado en el área escolar, en tal caso será necesario que se dirija a nuestra oficina más cercana para hacer el pago.

### Laboratorios y Prescripciones

Los exámenes de laboratorio o prescripciones ordenadas por el médico no están cubiertas por esta política financiera y su responsabilidad financiera dependerán del laboratorio o farmacia.

*Yo he leído, comprendido, y estoy de acuerdo con la Declaración Financiera anterior. Yo entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía aseguradora, como así mismo los copagos, co-seguros y deducibles serán mi responsabilidad.*

\_\_\_\_\_

Firma del Cliente o Guardián

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Testigo

\_\_\_\_\_

Fecha

# Historial Médico del Paciente

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

Doctor Cuidados Primarios: \_\_\_\_\_ Nombre de la Instalación: \_\_\_\_\_

Fecha del Ultimo Examen: \_\_\_\_\_ ¿Está bajo el cuidado de un especialista? \_\_\_\_\_

	Si	No		Si	No
1. ¿Está usted bajo tratamiento de un médico de un doctor de cuidados primarios o un especialista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Usa productos de tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado hospitalizado, o ha tenido alguna cirugía en los últimos 5 años? Si es así, por favor explique. _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Usa vapor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Por favor liste todos los medicamentos prescritos y sin prescripción médica que esté tomando, incluyendo cualquier suplemento natural. _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Usa sustancias controladas, incluyendo marihuana/drogas recreacionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tomado alguna vez una terapia de bisfosfonatos (píldoras o inyecciones para fortalecer los huesos, tales como Fosamax, Boniva) para osteoporosis o cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Tiene un historial de abuso de drogas/alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Are you currently taking any blood thinners or undergoing anticoagulant therapy? (e.g. Coumadin, Plavix, Eliquis, Aspirin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b><u>PARA MUJERES SOLAMENTE:</u></b>		
6. ¿Ha tenido alguna vez sangrado prolongado después de un procedimiento incluyendo extracciones dentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está embarazada o cree que podría estarlo? Si es así, ¿cuál es su fecha de parto: _____		
7. ¿Tiene alguna discapacidad? Si es así, por favor explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está amamantando?		
			¿Está tomando píldoras anticonceptivas (control de la natalidad)?		

### ¿Es alérgico(a) o ha tenido alguna reacción a lo siguiente?

	Si	No	Si es así, ¿cuál es la reacción?
Anestésicos Locales (ej. Lidocaína or Septocaína)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penicilina/Amoxicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros Antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barbitúricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Algún metal (ej. níquel, mercurio, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Goma de Látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tintura Roja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras Alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\_\_\_\_\_ (iniciales del padre/guardián) Yo reconozco que la información anterior está correcta.

 Iniciales del Doctor  Fecha

**¿Usted tiene o ha tenido lo siguiente?**

	Si	No		Si	No		Yes	No
Prolapso de la válvula Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades o Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo Articular o Implante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Espalda/Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo al Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de Radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores al Pecho/Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de Químico Radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rinitis Alérgica/Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Intestinales/Estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Efisema/EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo Acidoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos Sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de Tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déficit Atencional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o Infección de VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Transmisión Sexua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de Peso Reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Simple Virus 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Please list any specific conditions or information that may pertain to your diagnosis above(example, if diabetic A1C Number):

---



---

**Historial Dental Del Paciente**

Nombre de Dentista Anterior y Ubicación: \_\_\_\_\_ Fecha del Ultimo Examen: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferide Y Ubicación: \_\_\_\_\_

- |  | Si                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Son importantes sus dientes para usted?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene dolor en alguno de sus dientes?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Aprieta o hace rechinar sus dientes?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha sufrido alguna lesión a la cabeza, cuello o mandíbula?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene alguna inflamación en su mandíbula o boca?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Tiene sensibilidad en los dientes a los líquidos fríos o calientes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Cuáles son sus expectativas generales/metapas para su salud bucal?

---

**Authorización y Liberación**

Yo certifico que he leído y comprendo la información dentro de mis capacidades. Las preguntas anteriores han sido contestadas de forma correcta. Entiendo que el proveer información errónea puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista a liberar cualquier información, incluyendo diagnóstico y archivos de cualquier tratamiento o examen que se me haya rendido a mí o a mi menor durante el período de tal cuidado Dental a tercera parte o pagadores y/o practicantes de salud. Yo autorizo al proveedor dental a contactar a mi médico. Yo autorizo y solicito que mi compañía aseguradora pague directamente al dentista o grupo dental los beneficios de seguro, los cuales de otra forma se me pagarían a mí. Yo entiendo que mi seguro dental podría cubrir menos que el costo total de los servicios. Yo me comprometo a ser responsable por el pago de todos los servicios que se me hayan prestado a mí o a mis dependientes.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente (o padre/guardián del menor)

\_\_\_\_\_  
 Fecha