

**UNION FAMILY DENTAL**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE PREFERIDO:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE TELEFONO: (INICIO)** \_\_\_\_\_ **(CELULAR)** \_\_\_\_\_ **(TRABAJO)** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE APT:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PADRE/CÓNYUGE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, QUIEN SERIA NOTIFICADO, APARTE DE LOS PADRES O ESPOSA/O?** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRTE?** \_\_\_\_\_

**HEMBRAS: ¿ESTÁ EMBARAZADA O TRATANDO DE QUEDAR EMBARAZADA?** \_\_\_\_\_ **SI ES ASI, FECHA DE DAR A LUZ:** \_\_\_\_\_ **¿ESTÁS AMAMANTANDO?** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL OBSTETRA/GINECÓLOGO:** \_\_\_\_\_ **Nº TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ **¿ESTÁ TOMANDO ANTICONCEPTIVOS ORALES?** \_\_\_\_\_

**LISTA DE SUS MEDICAMENTOS, LAS RAZONES, DOSIS Y FRECUENCIAS (USE OTRA PAGINA APARTE SI SE NECESITA):** \_\_\_\_\_

**¿HA TENIDO UNA CIRUGÍA MAYOR O HA SIDO HOSPITALIZADO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS?** \_\_\_\_\_ **RAZÓN/FECHA:** \_\_\_\_\_

**¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA LESIÓN GRAVE EN LA CABEZA O EL CUELLO?** \_\_\_\_\_

**¿ESTÁ USTED BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO AHORA?** \_\_\_\_\_ **SI ES ASI, POR FAVOR EXPLIQUE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL MÉDICO/NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ **FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO:** \_\_\_\_\_

**¿ES ALÉRGICO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?** **ASPIRINA:** \_\_\_\_\_ **PENICILINA:** \_\_\_\_\_ **CODEÍNA:** \_\_\_\_\_ **LÁTEX:** \_\_\_\_\_

**SULFAMIDA:** \_\_\_\_\_ **ANESTESIA LOCAL:** \_\_\_\_\_ **ACRÍLICO:** \_\_\_\_\_ **ALIMENTOS/OTROS ALERGIA: <EXPLICAR>** \_\_\_\_\_

**¿EL PACIENTE TIENE, O HA TENIDO ALGUNA VEZ, ¿ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?** \_\_\_\_\_ **¿EL PACIENTE USA PRODUCTOS DE TABACO?**  SÍ  NO

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>		<u>SÍ</u>	<u>NO</u>		<u>SÍ</u>	<u>NO</u>			
SIDA/VIH POSITIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CORTISONA MEDICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEMOFELIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTOS DE RADIACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALZHEIMER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PÉRDIDA DE PESO RECIENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOXICOMANÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIÁLISIS RENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FÁCIL ENROLLABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERPES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANGINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFISEMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL ALTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REUMATISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTRITIS/GOTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA O CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESCARLATINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTE. VÁLVULA CARDÍACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SANGRADO EXCESIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	URTICARIA O SARPULLIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERPES ZÓSTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTICULACIÓN ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SED EXCESIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPOGLUCEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESMAYOS / MAREOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARRITMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE SINUSITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD DE LA SANGRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS FRECUENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS RENALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SPINA BIFADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANGRE TRANS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIARREA FRECUENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LEUCEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD ESTOMACAL/INTEST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD HEPÁTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GOLPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BRUSQUETE FÁCILMENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENITAL HERPES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL BAJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HINCHAZÓN DE LAS EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CÁNCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GLAUCOMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PULMONAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD TIROIDEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUIMIOTERAPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIEBRE DEL HENO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VÁLVULA MITRAL PROL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AMIGDALITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLORES EN EL PECHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATAQUE/INSUFICIENCIA CARDÍACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OSTEOPOROSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERPES LABIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOPLO DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR EN LAS MANDÍBULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUMORES O CRECIMIENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONG. TRASTORNO CARDÍACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MARCAPASOS DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PARATIROIDEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÚLCERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES CARDÍACAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD VENÉREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									ICTERICIA AMARILLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¿EL PACIENTE HA TENIDO ALGUNA VEZ O TIENE ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE O CONDICIONES NO MENCIONADAS ANTERIORMENTE?**  SÍ  NO

**EN CASO AFIRMATIVO, SÍRVASE ENUMERAR:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ADICIONAL/COMENTARIOS:** \_\_\_\_\_

*QUE YO SEPA, LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO HAN SIDO RESPONDIDAS CON PRECISIÓN. ENTIENDO QUE PROPORCIONAR INFORMACIÓN INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD (O LA DEL PACIENTE): ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR AL CONSULTORIO DENTAL DE CUALQUIER CAMBIO EN EL ESTADO MÉDICO.*

**FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_



## POLÍTICAS DE CITAS PARA PACIENTES

En Union Family Dental Clinic (UFDC) creemos que las mejores relaciones se basan en el respeto mutuo. Creemos que tanto su tiempo como nuestro tiempo son valiosos y deben ser respetados. Nos esforzamos por mantener nuestro horario organizado y a tiempo para minimizar el tiempo de espera, mientras maximizamos su tiempo aquí. Por lo tanto, le pedimos que lea y reconozca las siguientes políticas de citas para pacientes.

### CANCELACIONES

UFDC requiere un aviso de 24 horas para las cancelaciones de citas reservadas. Las cancelaciones sin previo aviso de 24 horas se considerarán fallas. Somos conscientes y entendemos que las emergencias surgen y las revisaremos "caso por caso".

Los pacientes que no acudan a hasta 3 citas reservadas, tengan múltiples llegadas tardías o abusen de los horarios de citas programados, ya no serán designados para recibir atención dental con los proveedores de East Charlotte Dental, lo que resultará en el despido de la práctica.

### FALLAS

A continuación, se enumera la política de fallas de citas de UFDC:

#### Primera y segunda citas fallidas (dentro de un período de 12 meses)

Las citas serán reprogramadas.

#### Tercer nombramiento fallido (dentro de un período de 12 meses)

El nombramiento será reprogramado; sin embargo, se le verá en una "BASE DE ESPERA". Todavía se le puede ver en UFDC, pero no se le dará un espacio de cita garantizado. Después de tres citas "STANDBY", se le permitirá programar citas regulares con una cita garantizada.

### HORARIOS DE CITAS - CITAS RESERVADAS

Nuestros pacientes son programados de acuerdo a sus necesidades dentales, lo que permite a nuestros médicos el tiempo que necesitan para proporcionar la calidad de atención que usted espera de UFDC. Llegar tarde a la hora programada de su cita podría ser perjudicial para la atención del próximo paciente.

Permitiremos un período de gracia máximo de 10 minutos para llegar a su cita. DESPUÉS DE 10 MINUTOS, su cita puede ser reprogramada, según los horarios de las citas disponibles y el motivo de la demora. Por favor, póngase en contacto con nosotros lo antes posible para avisarnos si cree que no llegará a tiempo. Sin embargo, tenga en cuenta que no llegar a tiempo sin previo aviso constituirá un incumplimiento de la cita.

### CONFIRMACIÓN DE CITA

Para que podamos brindar atención de calidad a todos nuestros pacientes, debemos mantener nuestro horario de manera eficiente. UFDC requiere que nuestros pacientes confirmen su intención de mantener sus horarios de citas programados a más tardar a las 2 p.m. del día hábil anterior a su cita *reservada*. La oficina hará dos (2) intentos dentro de un período de 48 horas para comunicarse con usted. Desafortunadamente, si no recibimos una respuesta O si no podemos comunicarnos con usted, se nos pedirá que traslademos la cita al estado de espera.

Puede comunicarse con nosotros llamando al (704) 776 – 4157 para confirmar su cita programada. Por favor, siéntase libre de dejar un mensaje si la oficina está cerrada o si nuestras líneas telefónicas están ocupadas.

Al firmar este acuerdo, usted reconoce la recepción de nuestra Política de citas para *pacientes* y cumplirá de buena fe con este acuerdo.

---

Nombre del paciente (*impreso*)

---

Fecha

---

Firma



**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO/ AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

(Usted puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse, podríamos no tener permitido procesar sus reclamos de seguros)

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

El infrascrito acusa recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente efectivo para este establecimiento de atención sanitaria. Una copia de este documento firmado y fechado, será tan efectiva como el original.

**MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO DOCUMENTO DE ISP SI YO REQUIERA QUE LOS TRATAMIENTOS O RADIOGRAFÍAS SEAN ENVIADOS A OTRO MÉDICO O ESTABLECIMIENTOS A CARGO EN EL FUTURO.**

Por favor, **escriba** su nombre aquí \_\_\_\_\_

Por favor, **firmo** con su nombre aquí \_\_\_\_\_

Representante Legal \_\_\_\_\_

Descripción de la Autoridad \_\_\_\_\_

Sus comentarios respecto de los Reconocimientos o Consentimientos (opcional): \_\_\_\_\_

CÓMO QUIERE QUE SE DIRIJAN A USTED CUANDO SEA CONVOCADO POR EL ÁREA DE RECEPCIÓN:

- Sólo primer nombre       Apellido propio       Otro: \_\_\_\_\_

POR FAVOR, INSCRIBA A CUALQUIER OTRA PARTE QUE TENGA ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SU SALUD:

(Esto incluye padrastrós, abuelos y cualquier cuidador que pueda tener acceso a los registros de este paciente)

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

Relación: \_\_\_\_\_

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

Relación: \_\_\_\_\_

AUTORIZO EL CONTACTO DESDE ESTA OFICINA **PARA CONFIRMAR MI INFORMACIÓN SOBRE CITAS** VIA:

- Confirmación al Teléfono Celular       Mensaje de texto a mi Teléfono Celular  
 Confirmación al Teléfono de Casa       Confirmación por Correo Electrónico  
 Confirmación al Teléfono del Trabajo       **Cualquiera de las anteriores**

AUTORIZO QUE LA **INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD, TRATAMIENTOS Y FACTURACIÓN** SEA COMUNICADA VIA:

- Confirmación al Teléfono Celular       Confirmación por Correo Electrónico  
 Confirmación al Teléfono de Casa       **Cualquiera de las anteriores**  
 Confirmación al Teléfono del Trabajo

YO APRUEBO QUE SE ME CONTACTE POR **SERVICIOS ESPECIALES, EVENTOS, ACTIVIDADES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS o INFORMACIÓN NUEVA SOBRE SALUD** EN REPRESENTACIÓN DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN SANITARIA VIA:

- Confirmación al Teléfono Celular       Confirmación por Correo Electrónico  
 Confirmación al Teléfono de Casa       **Cualquiera de las anteriores**  
 Confirmación al Teléfono del Trabajo       **Ninguna de las anteriores**  
 Mensaje de texto a mi Teléfono Celular      (optar por no ser contactado)

Al firmar este Formulario de Reconocimiento por parte del Paciente HIPAA, usted reconoce y autoriza, que esta oficina pueda recomendar productos o servicios para promocionar su mejorada salud. Esta oficina podrá o no recibir remuneración por parte de terceros de estas compañías afiliadas. Nosotros, bajo la Regla General HIPAA vigente, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.

Sólo para uso de oficina

Como Oficial de Privacidad, he intentado obtener la firma del paciente (o representantes) en este Reconocimiento pero no lo logré porque:

- Era un tratamiento urgente  
 No pude comunicarme con el paciente  
 El paciente se negó a firmar  
 El paciente no podía firmar porque (por favor, describa): \_\_\_\_\_  
 Otro (por favor, describa): \_\_\_\_\_

Firma del Oficial de Privacidad: \_\_\_\_\_