

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HAMILTON
INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: (apellidos)		(primernombre)		(segundo nombre)		
Alias / Seudónimo:		Apellido de soltera:				
Fecha de nacimiento:		Estudiante: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo				
Dirección:				Apartado postal:		
Ciudad/Estado/Código postal:				Condado:		
Números telefónicos: (casa)		(trabajo)		(celular)		
Número de seguro social:		¿Podemos llamarle?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Correo electrónico:						
Raza: (seleccione todas las que apliquen)	Sexo:	Estado civil:	¿Es hispano?	Años de educación (Especifique el número de años)	Lengua materna:	Nacionalidad de origen
<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro/a <input type="checkbox"/> Afro-Americano/a <input type="checkbox"/> Indio-Americano/a <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra	País de origen: Fecha de entrada a EEUU:

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre de la persona responsable: (apellidos)			(primernombre)		(segundo nombre)	
Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:		Parentesco/Relación:		

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre contacto de emergencia:	Parentesco/Relación:	Número telefónico:
---------------------------------------	-----------------------------	---------------------------

TITULAR DE LA PÓLIZA DEL SEGURO DE SALUD (si el asegurado principal es diferente al paciente)

Nombre del titular de la póliza: (apellidos)			(primernombre)		(segundo nombre)	
Número de Seguro Social:		Relación/Parentesco:				
Fecha de nacimiento:			Empleador:			

INFORMACIÓN FINANCIERA Y DE SEGURO DE SALUD

Número de personas en la familia y salario mensual antes de pagar impuestos (Se utiliza para calcular el costo de la visita con base a la escala de ingresos)		Seguro médico incluyendo TennCare			
Número de personas en la familia:		¿Tiene usted seguro médico privado?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Salario mensual del HOGAR O FAMILIA:		Su seguro, ¿paga por las vacunas?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Recibe ayuda financiera para la manutención de los hijos do debido a divorcio:		Seguro Primario:		Seguro Secundario:	
Recibe indemnización por desempleo:		Número de identificación		Número de identificación	
Recibe indemnización del seguro social (SSI):		Fecha de efectividad:		Fecha de efectividad:	
Recibe TANF / estampillas (marque una respuesta): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Firma de la persona responsable			
TOTAL:					

**CHATTANOOGA-HAMILTON COUNTY HEALTH DEPARTMENT
INFORMACION DE REGISTRO DEL PACIENTE**

Fecha de hoy: _____

OTRO MIEMBRO ADICIONAL DE LA FAMILIA QUE TIENE CITA EL DÍA DE HOY

Nombre del paciente :	<i>(apellidos)</i>	<i>(primer nombre)</i>	<i>(segundo nombre)</i>
Fecha de nacimiento :		Raza:	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Afro-Americano/a <input type="checkbox"/> Indio-Americano/a <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico
Número de Seguro Social :		Sexo:	Hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lengua materna:
Seguro médico incluyendo a TennCare			
¿Tiene usted seguro médico privado?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si su respuesta es "sí", ¿pagan ellos por las vacunas?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Seguro primario:		Seguro secundario:	
Número de identificación del seguro:		Número de identificación del seguro:	
Fecha de efectividad:		Fecha de efectividad:	

OTRO MIEMBRO ADICIONAL DE LA FAMILIA QUE TIENE CITA EL DÍA DE HOY

Nombre del paciente :	<i>(apellidos)</i>	<i>(primer nombre)</i>	<i>(segundo nombre)</i>
Fecha de nacimiento :		Raza:	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Afro-Americano/a <input type="checkbox"/> Indio-Americano/a <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico
Número de Seguro Social :		Sexo:	Hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lengua materna:
Seguro médico incluyendo a TennCare			
¿Tiene usted seguro médico privado?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si su respuesta es "sí", ¿pagan ellos por las vacunas?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Seguro primario:		Seguro secundario:	
Número de identificación del seguro:		Número de identificación del seguro:	
Fecha de efectividad:		Fecha de efectividad:	

OTRO MIEMBRO ADICIONAL DE LA FAMILIA QUE TIENE CITA EL DÍA DE HOY

Nombre del paciente :	<i>(apellidos)</i>	<i>(primer nombre)</i>	<i>(segundo nombre)</i>
Fecha de nacimiento :		Raza:	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Afro-Americano/a <input type="checkbox"/> Indio-Americano/a <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico
Número de Seguro Social :		Sexo:	Hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lengua materna:
Seguro médico incluyendo a TennCare			
¿Tiene usted seguro médico privado?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si su respuesta es "sí", ¿pagan ellos por las vacunas?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Seguro primario:		Seguro secundario:	
Número de identificación del seguro:		Número de identificación del seguro:	
Fecha de efectividad:		Fecha de efectividad:	
Nombre de la persona responsable		Firma de la persona responsable	
_____		_____	

DENTAL MEDICAL HISTORY
HISTORIA MÉDICA DENTAL

Today's Date/Fecha de hoy: _____

Please answer each question / Por favor conteste todas las preguntas:

1. Does the patient now have, or ever had, any of the following medical conditions?

¿Presenta el paciente, o ha tenido anteriormente, alguna de las siguientes condiciones médicas?

Medical Condition / Condición Médica		YES/SI NO		YES/SI NO	
Heart Disease Enfermedad del corazón				High Blood Pressure Presión arterial alta	
Rheumatic Fever Fiebre reumática				Tuberculosis (TB) Tuberculosis	
Heart Murmur Murmullo o soplo cardíaco				Allergies Alergias	
Heart Attack Ataque cardíaco / Infarto del corazón				Allergic to Penicillin Alérgico a la penicilina	
Pace Maker Marcapaso				Any Drug Reactions Reacciones a medicamentos	
Stroke Embolia cerebral / Parálisis				Under the care of a physician? ¿Se encuentra actualmente bajo cuidado médico?	
Asthma Asma				Taking regular medicines? ¿Toma medicinas diariamente?	
Epilepsy/Seizures Epilepsia /Convulsiones o ataques				Sickle Cell Anemia Anemia de célula falciforme	
Diabetes Diabetes - (azúcar en la sangre)				Sexually Transmitted Disease (STD) Enfermedades transmitidas sexualmente	
Kidney Disease Enfermedad del riñón				HIV / AIDS VIH / SIDA	
Hepatitis Hepatitis – (enfermedad del hígado)				Are you pregnant? ¿Está embarazada?	
Sensitive to Latex Sensitivo al latex				Are you on birth control pills? ¿Toma pastillas anticonceptivas?	
Tobacco Use Fuma o mastica tabaco				Mental/Behavioral/Emotional Conditions Condición mental/de la conducta/emocional	
ADHD/ADD Trastorno por déficit de atención con hiperactividad / trastorno por déficit de atención				Osteoporosis (bone density) Medicine Medicamento para la osteoporosis (densidad ósea)	
Autism Spectrum Disorder Trastorno del espectro autista				Joint Replacement Reemplazo de las articulaciones	

Please explain any of the above conditions marked "YES" on the space below:

Si usted ha marcado "sí" en alguna de las preguntas anteriores, favor explique:

Please continue on reverse side of this form. / Favor de continuar al reverso de esta página.



Please continue to answer each question. / Favor continue contestando cada pregunta.

	YES/SI	NO
2. Has the patient had any other serious illness? ¿Ha tenido el paciente otra enfermedad grave? If YES, please explain ~ Si su respuesta es "SI", por favor explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the patient had any abnormal or prolonged bleeding associated with a previous extraction, surgery or trauma? ¿Ha tenido el paciente hemorragia anormal o prolongada asociada con extracciones dentales, cirugías o lesiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has the patient ever fainted? ¿Alguna vez se ha desmayado el paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Has the patient had pain in the face, cheek, jaws, or joints? ¿Ha tenido el paciente dolor en la cara, en la mejilla, en la quijada o en las articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Has the patient had problems with lesions/recurrent infections in their mouth? ¿Ha tenido el paciente problemas con lesiones o infecciones recurrentes de la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IN THE LAST TWO YEARS / Durante los últimos dos años		
7. Has the patient had any unintentional weight loss? ¿Ha bajado de peso el paciente, sin intención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Has the patient been hospitalized? If so, what for? ¿Ha estado el paciente hospitalizado? ¿Por qué razón? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Has the patient been on any medicines? ¿Ha tomado el paciente algún medicamento recetado por el médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Does the patient have any other disease, condition or problem? Please explain: _____ _____ ¿Presenta el paciente alguna otra enfermedad, condición o problema? Favor explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Name, address and phone number of the patient's physician: _____ Nombre, dirección y teléfono del médico del paciente: _____		
12. Is the patient now having, or ever had any dental problems? _____ ¿Presenta el paciente actualmente, o ha presentado en el pasado algún problema dental?		
13. Who can we contact in case of an emergency? Name and Phone number: _____ ¿A quién debemos contactar en caso de emergencia? Nombre y número de teléfono: _____		
SIGNATURE / FIRMA _____ Date: _____ Patient (Parent or guardian - if patient is a minor) (Fecha) Paciente (Padres o encargados – si el paciente es menor de edad)		
Recorder: _____ Date: _____		
REVIEWED BY: _____ Date: _____		

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HAMILTON
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR
MENSAJES DE TEXTO Y DE VOZ**

El Departamento de Salud del Condado de Hamilton ofrece a los pacientes/clientes la oportunidad de comunicarse por mensajes de texto o de voz. Transmitir información de pacientes/clientes por mensajes de texto o de voz tiene sus riesgos. El Departamento de Salud del Condado de Hamilton tomará medidas razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de dichos mensajes. Esto incluirá recordatorios de citas, cancelaciones, recordatorios de facturación o pagos y/o tratamientos necesarios.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, haciéndolo por escrito y que lleve su firma. No obstante, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo y no afectará a ningún uso o divulgación que ya se haya producido antes de la fecha en que se reciba la revocación de su consentimiento.

Consentimiento para compartir información con la familia

Nombre

Relación

Teléfono

Doy permiso al Departamento de Salud del Condado de Hamilton para dejar mensajes de texto o de voz con respecto a las necesidades mencionadas anteriormente.

Correo de voz

Mensaje de texto

Ambos

Nombre (Escríbalo completo)

Número de teléfono

Firma: _____

Fecha: _____

Firma del testigo: _____ **Fecha:** _____

**DIVISIÓN DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO DE HAMILTON
CONSENTIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS**

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

_____ Reconozco que he recibido una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad de la División de Salud y Servicios Sociales del Condado de Hamilton.

RECONOCIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

_____ La División de Salud y Servicios Sociales del Condado de Hamilton se complace en ofrecerle sus servicios hoy. Tenga en cuenta que algunos servicios son gratuitos y otros tienen un costo. Es posible que su seguro no cubra estos costos. Para las personas sin seguro, los servicios se prestan según una escala de tarifas variable basada en el tamaño de la familia y los ingresos.

_____ Entiendo que, si el servicio que recibo conlleva un cargo y no tengo seguro, o si mi seguro no es aceptado o solicito un servicio específico que de antemano sé que no está cubierto por mi seguro, se me pedirá que pague el monto total en el momento en que se preste el servicio.

_____ Entiendo que la División de Salud y Servicios Sociales intentará cobrar a mi seguro si es un proveedor contratado, pero que aun así podría deber dinero si por cualquier motivo mi seguro no lo paga.

_____ Entiendo que algunas de las muchas razones por las que mi seguro puede no pagar la totalidad son: El servicio no está cubierto por mi seguro; no he cumplido con mi copago o deducible. El Departamento de Salud está fuera de la red de mi seguro. Mi cobertura no estaba vigente cuando recibí el servicio. He recibido este servicio en el pasado dentro de un plazo determinado. Tengo otro seguro al que el Departamento de Salud no factura y que debe cobrarse primero.

COMUNICACIÓN

La División de Salud y Servicios Sociales ofrece a los pacientes/clientes la oportunidad de comunicarse por teléfono y por medios electrónicos. Estas comunicaciones pueden incluir recordatorios de citas, cancelaciones, recordatorios de facturación/pago, resultados de pruebas y tratamientos necesarios. Usted tiene derecho a dar su consentimiento para estas comunicaciones y a revocarlo en cualquier momento por escrito, con su firma. Dicha revocación no será retroactiva.

Autorizo a la División de Salud y Servicios Sociales a comunicarse conmigo a través de los siguientes medios:

_____ Mensaje de voz _____ Mensaje de texto _____ Correo electrónico

_____ Doy permiso a la División de Salud y Servicios Sociales para que comparta mi información médica personal con las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS MÉDICOS/DENTALES

_____ **Médicos:** Por medio de la presente, doy mi consentimiento para que la División de Salud y Servicios Sociales lleve a cabo exámenes, vacunas, pruebas y/o proporcione tratamiento para enfermedades, derivaciones a otros profesionales de la salud y el seguimiento necesario para mí, mi hijo o el menor bajo mi tutela. Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento o medicación.

_____ **Dentales:** Por medio de la presente, doy mi consentimiento para cualquier tratamiento dental que el odontólogo considere necesario para mí, mi hijo o el menor bajo mi tutela, incluyendo radiografías, tratamientos con flúor, restauraciones y extracciones. También doy mi consentimiento para el uso de anestésicos locales, mezcla de óxido nitroso y oxígeno y otros medicamentos que el odontólogo considere necesarios. Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento y medicamento.

_____ **Salud conductual:** Por la presente, doy mi consentimiento para recibir servicios de asesoramiento y gestión de medicamentos, así como a otros profesionales de la salud y lo necesario para fines de tratamiento.

Servicios de salud sexual y reproductiva: Doy mi consentimiento para que se tomen imágenes médicas y/o se graben videos de mí o de mi hijo/dependiente, sin limitarse a una sola fecha de servicio. Entiendo que las imágenes se utilizarán con fines médicos y que solo serán vistas por personal autorizado. También entiendo que estas fotografías no se utilizarán con fines de formación profesional, capacitación o materiales de mercadotecnia. Además, reconozco que no habrá compensación alguna por dicho uso de las fotografías médicas. Este consentimiento puede revocarse en cualquier momento mediante una solicitud por escrito del paciente.

_____ **Doy mi consentimiento** _____ **NO doy mi consentimiento**

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD COMUNITARIA

_____ Doy mi consentimiento para que se me presten servicios sociales y/o de gestión de casos a mí o a mi hijo menor de edad.

_____ Entiendo que se me pueden hacer preguntas de control médico antes de las visitas presenciales y que las responderé con sinceridad, en la medida de mi conocimiento. Entiendo que las visitas domiciliarias pueden reprogramarse o realizarse de forma virtual si la respuesta a cualquiera de las preguntas es “sí”.

_____ Entiendo que, debido a una enfermedad u otros acontecimientos imprevistos, existe la opción de realizar visitas personales mediante videoconferencias interactivas o llamadas telefónicas. También se pueden ofrecer conexiones grupales mediante videoconferencias interactivas.

_____ Entiendo que, después de la tercera cita a la que no asista y si no puedo reprogramarla, es posible que se pongan en contacto conmigo para informarme sobre la cancelación de los servicios.

A menudo se toman fotografías durante las actividades y eventos de los servicios sociales. Los servicios sociales pueden utilizar dichas fotografías para cualquier fin lícito, incluyendo, entre otros, fines publicitarios, ilustrativos, promocionales y como contenido para sitios web. Es necesario que nos autorice a utilizar cualquiera de estas fotografías de sus hijos/familia para cualquiera de estos fines.

_____ **Doy mi consentimiento** _____ **NO doy mi consentimiento**

FIRMA

Con mi firma a continuación, declaro que he leído y doy mi consentimiento y/o aceptación, tal y como indican mis iniciales.

FIRMA: _____

FECHA: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE _____ (si no es el paciente)

TESTIGO _____

NC-02.s (Rev.1.26)