DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HAMILTON

INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente:	*(apellidos)*	*(primer nombre)*	*(segundo nombre)*
Alias / Seudónimo:		**Apellido de soltera:**	
Fecha de nacimiento:		**Estudiante:**	☐ No ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo
Dirección:		**Apartado postal:**	
Ciudad/Estado/Código postal:		**Condado:**	
Números telefónicos:	*(casa)*	*(trabajo)*	*(celular)*
Número de seguro social:		**¿Podemos llamarle?**	☐ Sí ☐ No
Correo electrónico:			

Raza: (seleccione todas las que apliquen)	**Sexo:**	**Estado civil:**	**¿Es hispano?**	**Años de educación**	**Lengua materna:**	**Nacionalidad de origen**	
☐ Blanco/a ☐ Asiático/a ☐ Negro/a ☐ Afro-Americano/a ☐ Indio-Americano/a ☐ Islas del Pacífico ☐ Prefiero no contestar	☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a	☐ Sí ☐ No	(Especifique el número de años) _____	☐ Inglés ☐ Español ☐ Otra	**País de origen:** **Fecha de entrada a EEUU:**	

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre de la persona responsable:	*(apellidos)*	*(primer nombre)*		*(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)*	*(primer nombre)*	*(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?**	☐ Sí ☐ No		
Salario mensual del HOGAR O FAMILIA:		**Su seguro, ¿paga por las vacunas?**	☐ Sí ☐ 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):	☐ Sí ☐ 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 :	*(apellidos)*	*(primer nombre)*	*(segundo nombre)*	
Fecha de nacimiento :		**Raza:** □ Blanco/a □ Asiático/a □ Afro-Americano/a □ Indio-Americano/a □ Islas del Pacífico		
Número de Seguro Social :		**Sexo:**	**Hispano:** □ Sí □ □ No	**Lengua materna:**

Seguro médico incluyendo a TennCare			
¿Tiene usted seguro médico privado?	□ □ Sí □ □ No		
Si su respuesta es "sí", ¿pagan ellos por las vacunas?	□ □ Sí □ □ 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 :	*(apellidos)*	*(primer nombre)*	*(segundo nombre)*	
Fecha de nacimiento :		**Raza:** □ Blanco/a □ Asiático/a □ Afro-Americano/a □ Indio-Americano/a □ Islas del Pacífico		
Número de Seguro Social :		**Sexo:**	**Hispano:** □ Sí □ □ No	**Lengua materna:**

Seguro médico incluyendo a TennCare			
¿Tiene usted seguro médico privado?	□ □ Sí □ □ No		
Si su respuesta es "sí", ¿pagan ellos por las vacunas?	□ □ Sí □ □ 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 :	*(apellidos)*	*(primer nombre)*	*(segundo nombre)*	
Fecha de nacimiento :		**Raza:** □ Blanco/a □ Asiático/a □ Afro-Americano/a □ Indio-Americano/a □ Islas del Pacífico		
Número de Seguro Social :		**Sexo:**	**Hispano:** □ Sí □ □ No	**Lengua materna:**

Seguro médico incluyendo a TennCare			
¿Tiene usted seguro médico privado?	□ □ Sí □ □ No		
Si su respuesta es "sí", ¿pagan ellos por las vacunas?	□ □ Sí □ □ 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**
_____	_____

HAMILTON COUNTY HEALTH DEPARTMENT
CHATTANOOGA, TN

Place PAL Label Here

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.

PAL Label

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: _____		
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?		
4.	**Has the patient ever fainted?** ¿Alguna vez se ha desmayado el paciente?		
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?		
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?		
	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?		
8.	**Has the patient been hospitalized? If so, what for?** ¿Ha estado el paciente hospitalizado? ¿Por qué razón? _____		
9.	**Has the patient been on any medicines?** ¿Ha tomado el paciente algún medicamento recetado por el médico?		

10. **Does the patient have any other disease, condition or problem?**
Please explain: _____
_____
¿Presenta el paciente alguna otra enfermedad, condición o problema?
Favor explique: _____

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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

El Departamento de Salud del Condado de Hamilton ofrece el servicio de tramitar la solitud de pago por algunos servicios a determinadas entidades de seguros médicos.

_____(Escriba sus iniciales). En caso de que no esté asegurado, tenga un seguro que no podamos tramitar o los servicios que se le presten no estén cubiertos por su póliza, deberá efectuar el pago total de los servicios en el momento de recibirlos. *

Si su seguro cubre el valor total o parcial de los servicios prestados, el Departamento de Salud presentará una reclamación a su plan de salud por dichos servicios.

Tenga en cuenta que su seguro médico puede rechazar el pago de una reclamación por una de las siguientes razones:

- No ha cumplido con su deducible completo del año.
- El servicio prestado no está cubierto por su plan de salud.
- Su cobertura no estaba en vigencia cuando recibió los servicios.
- Ya ha recibido este servicio dentro de un plazo determinado.
- Dispone de otro seguro médico que debe solicitarse prioritariamente.

El Departamento de Salud ofrece el servicio de tramitar los cobros con su seguro médico siempre que sea posible. Sin embargo, no somos responsables de las posibles exclusiones en su cobertura de salud.

_____(Escriba sus iniciales). Si no tiene seguro o si su plan de seguro médico deniega el pago por alguna de las razones anteriores o por cualquier otro motivo, es responsabilidad suya pagar por los servicios prestados. Si su seguro rechaza total o parcialmente la solicitud, le enviaremos una factura por correo.

* No aplica a pacientes que están cubiertos activamente bajo *TennCare*, sin embargo, queremos que usted esté informado en caso de que cambie la cobertura de su seguro médico.

Entiendo mis obligaciones y reconozco que soy plenamente responsable del pago de cualquier servicio no cubierto o aprobado por mi seguro médico.

_____ _____

Firma del paciente o de la persona responsable | Nombre de la persona que firmó

_____

Fecha

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HAMILTON

Permiso para recibir servicios

PERMISO PARA RECIBIR SERVICIOS DE SALUD Y SERVICIOS DENTALES

- Por medio de la presente doy mi consentimiento para que el Departamento de Salud del Condado de Hamilton realice pruebas de detección, exámenes y/o proporcione tratamientos para enfermedades, remisiones a otros profesionales de la salud y el seguimiento necesario para mí, mi hijo o persona bajo mi tutela. Entiendo que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento y medicamento.
- De igual manera, doy mi consentimiento para cualquier tratamiento dental para mí, mi hijo o persona bajo mi tutela, que el odontólogo considere necesario, incluidas 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 sean considerados necesarios. Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento y medicamento.

- **Iniciales y fecha:** _____

Consentimiento para la toma de imágenes médicas:

Yo, _____, con fecha de nacimiento: _____

Doy mi consentimiento para que se tomen todas las imágenes médicas y/o video, ya sea a mí, a mi hijo o persona a mi cargo, sin límites a una sola fecha de servicio. Entiendo que esto es para el tratamiento médico y sólo será visto por el personal autorizado. También entiendo que estas imágenes no se utilizarán para la educación profesional, entrenamiento o materiales de mercadeo.
Además, reconozco que no habrá compensación por dicho uso de las imágenes médicas.
Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento con una solicitud por escrito del paciente.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Hamilton.

- **Iniciales y fecha:** _____

FIRMA _____

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

TESTIGO _____

Registrado por: (Para uso exclusivo del personal) _____

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:** _____