



# Katy Trail Community Health FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

(Please Print)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Nombre del Paciente:	Inicial:	Apellido(s):	Género al Nacer: <input type="checkbox"/> Mascu. <input type="checkbox"/> Fem.	Numero de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:  / /
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:
Dirección de Correo: <input type="checkbox"/> Igual que arriba			Número de casa donde se pueda dejar mensajes: (    )		
Correo Electronico:			Número de celular donde se pueda dejar mensaje: (    )		
Farmacia Preferida:				Ciudad y Calle de la Farmacia Preferida:	
¿Tiene el paciente problemas de: <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Escuchar <input type="checkbox"/> Leer <input type="checkbox"/> Hablar    Explique:					

PADRE/ GUARDIAN LEGAL/ INFORMACION ESPOSO(A)		
Nombre:	Numero de telefono:	Relación con el Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Guardián (Explique): _____
Nombre:	Numero de telefono:	Relación con el Paciente : <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Guardián (Explique): _____

PERSONA(S) QUIEN PUEDE SER NOTIFICADA EN CASO DE EMERGENCIA QUE NO SEA PADRE O GUARDIAN LEGAL		
Nombre:	Numero de telefono:	Relación al paciente:
Nombre:	Numero de telefono:	Relación al paciente :

## Información del Seguro Medico

**Por favor presenta TODAS las tarjetas de seguro a la recepcionista**

**Marque el Tipo de Seguro Abajo:**

**Seguro Médico:**  Medicare     Medicaid     BCBS/Anthem     Tricare     Otro Seguro Comercial: \_\_\_\_\_

Nombre del subscriptor : \_\_\_\_\_ Relación al paciente:  Conyuge  Padre/Madre  Otro

Fecha de Nacimiendo del subscriptor : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Numero de Seguro Social del subscriptor : \_\_\_\_\_

Numero de telefono del subscriptor: \_\_\_\_\_ Dirección del subscriptor: \_\_\_\_\_

**Seguro Dental:**  Medicare     Medicaid     BCBS/Anthem     Tricare     Otro Seguro Comercial: \_\_\_\_\_

Nombre del subscriptor : \_\_\_\_\_ Relación al paciente:  Conyuge  Padre/Madre  Otro

Fecha de Nacimiendo del subscriptor : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Numero de Seguro Social del subscriptor : \_\_\_\_\_

Numero de telefono del subscriptor: \_\_\_\_\_ Dirección del subscriptor: \_\_\_\_\_

Al participar en ciertos programas federales, debemos solicitar la siguiente información

### **Raza**

Por favor marque todos los que apliquen:

- Nativo Americano/de Alaska
- Asiático
- Negro/Afro-Americano
- Nativo de Hawai
- de Otro Isla Del Pacifico
- Blanco

### **Etnicidad**

- Latino o Hispano
- No Hispano

### **Idioma Principal:**

- Ingles
- Español
- Ruso
- Ucranio
- Otro: \_\_\_\_\_

### **Estado Civil**

- Divorciado
- Casado/a
- Soltero/a
- Separado
- Viudo/a

### **Maximo Nivel de Educación:**

- 1-Aun no esta en escuela
- 2-Pre-Escolar/Kinder
- 3-Primaria
- 4-Secundaria
- 5-Preparatoria (Actualmente)
- 6-Graduado de la prepa/GED
- 7-No termino la Preparatoria
- 8-Escuela Technica/Escuela de Comercio
- 9-Algo de Colegio
- 99-Graduado de Colegio

### **¿Es usted un estudiante actual?**

- Tiempo Completo
- Medio Tiempo
- Actualmente No Es Estudiante

### **Estado de empleo:**

- Tiempo Completo
- Medio Tiempo
- N/A

### **Vivienda Publica:**

¿Vive usted actualmente en una vivienda publica (basado en los ingresos)?:

Si  No

### **Estatus de Veterano**

- No Soy Veterano
- Veterano

### **Identidad de Género**

- Masculino
- Femenino
- Transgénero Masculino
- Transgénero Femenino
- Género Neutral
- Declinar para especificar

### **Orientación sexual:**

- Hetero o heterosexual
- Lesbiana, gay o homosexual
- Bisexual
- Otro
- No sé
- Prefiero no revelar

### **Acto de Autodeterminación del Paciente:**

Por favor marque todos los que apliquen

- Ninguno
- No Resucitar
- Testamento vital
- El Poder Duradero del Abogado
- Directiva Medica Anticipada

## **Estado sin hogar**

**Por favor marque la declaracion que mejor describe su situacion de hogar :**

- Vivo en mi propia casa que alquilo, arrendar, o poseer.
- Me quedo con amigo(s) o familia(res)
- Me estoy quedando en una vivienda de transición (como la recuperación o recientemente liberado de la cárcel o el hospital y sin vivienda estable)
- Vivo temporalmente en un lugar publico o en un facilidad privada. (hotel)
- Vivo en las calles, en un vehículo, o un edificio abandonado, ect.

## **Estado de Ingresos**

**Numero de personas en su hogar:** \_\_\_\_\_

**Ingresos anual estimado del hogar:**  \$10,000 or below  \$10,001-\$20,000  \$20,001-\$30,000  \$30,001-\$40,000  
 \$40,001-\$50,000  \$50,001-\$60,000  \$60,001-\$70,000  \$70,001-\$80,000  \$80,001-\$90,000  \$90,001-\$100,000

**INFORMACION DE SALUD PROTEJIDA**

Persona(s) que pueden obtener mi informacion de salud medica y/o dental. Esto puede incluir verbal y/o copias de archivos a no ser que usted lo especifique. Nota: Esto no incluye psiquiatria o salud o Archivos de Salud de comportamiento.

Nombre:	Numero de Telefono:	Tipo de Relacion:
Nombre:	Numero de Telefono:	Tipo de Relacion:

**PACIENTES MENOR DE 18 AÑOS SOLAMENTE:****PERSONA(S) QUE PUEDE ACOMPAÑAR AL MENOR Y TOMAR DECISIONES PARA MEDICAL/DENTAL/TRATAMIENTO MENTAL APARTE DE EL PADRE/GUARDIAN LEGAL**

Nombre:	Numero de Telefono:	Tipo de relacion:
Nombre:	Numero de Telefono:	Tipo de relacion:

**Consentimiento para Tratar**

Por firmar debajo Yo estoy dando consentimiento para mi/mi pupilo para recibir cualquier Tratamiento como juzgado necesaiio por el proveedor de salud atendiendo. KTCH provee servicios sin conciderar religion, raze, color, nacionalidad origen, condicion de desabilidad, edad, sexo, numero de embarazos, o status matrimonial. Por firmar debajo yo tambien doy consentimiento para tratamiento para mi/mi pupilo por KTCH proveedores de Dental y/o estudiantes de UMKC escuela de odontologia y SFCC cuando o si servicios dentales son dados. Adicional, servicios de titulo X son dados solamente de forma voluntaria y aceptar la planificacion de servicios de familia no es un requisito previo para eligibilidad o recibir cualquier otro servicio.

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Consentimiento y Convenio para el Portal del Paciente:**

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de acuerdo con la ley. Al firmar abajo, usted reconoce que ha leído y entiende por completo, esta de acuerdo y consciente de los riesgos y beneficios asociados con la comunicación en línea a través del portal del paciente entre KTCH y usted. Usted se compromete a cumplir con las pólizas establecidas por KTCH así como cualquier otra instrucción o guías que pueden ser impuestas por las comunicaciones en línea.

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Recibo la Declaración de Privacidad:**

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de acuerdo con la ley. Al firmar abajo, usted reconoce que ha leído y esta de acuerdo con la declaración de privacidad KTCH y entiende que en cualquier momento que lo solicite, usted puede obtener una copia de la Declaración de Prácticas de Privacidad.

Initial: \_\_\_\_\_

**Por firmar debajo yo estoy reconociendo que yo he completado la informacion en este formulario a la mejor de mi capacidad. Por firmar debajo y poniendo mis iniciales en las línea de arriba, Yo estoy reconociendo que yo he leído y entendido la informacion de arriba.**

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL TESTIGO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

## Derechos del Paciente

### Derechos y Responsabilidades del Paciente

Aquí en Katy Trail Community Health, estamos comprometidos a ofrecerle **un hogar médico enfocado en el paciente (PCMH)**. Un hogar médico enfocado en el paciente no es una residencia y no cambia en donde usted vive. Un hogar médico es donde obtiene cuidado médico por su doctor de cuidado primario (PCP/doctor de cabecera). Un PCP puede ser un doctor o enfermera especializada. Su PCP guía a un equipo de personas dentro de la organización, que como un equipo de cuidado médico tomarán responsabilidad por la continuación del cuidado de cada paciente. Usted y su familia son una parte esencial como parte del equipo de cuidado médico. Como paciente, usted tiene ciertos derechos. Al entender sus derechos esto le ayudará a obtener el mejor cuidado médico posible. Usted tiene el derecho a:

- Recibir cuidado compasivo y respetuoso sin importar su edad, sexo, origen nacional, religión, discapacidad, o enfermedades transmisibles.
- Proveedor Personal- cada paciente tiene una relación continua con su doctor de cuidado primario (PCP) quien le dará una atención completa y continua.
- Cuidado Comprensivo Médico- el PCMH es responsable por cumplir la mayoría de las necesidades del cuidado médico y de salud mental, incluyendo exámenes de prevención y rutinarios, cuidado intensivo, y cuidado crónico. Usted tiene el derecho de estar informado acerca de sus diagnósticos, tratamientos, y probabilidades de recuperación en palabras que usted pueda entender. Esta información debe incluir el tratamiento específico, riesgos médicos, beneficios, y efectos secundarios.
- Cuidado Comprensivo Dental- el PCMH se encarga de satisfacer la mayoría de las necesidades de salud buccal de cada paciente, incluyendo la prevención y el bienestar y la atención aguda. Usted tiene el derecho a estar bien informado acerca de su diagnóstico, el tratamiento y las posibilidades de recuperación en las palabras que usted pueda entender.
- Práctica Médica Dirigida por el Doctor- el PCP dirige un equipo de individuos dentro de la organización que, como equipo de atención, se hará cargo de la atención continua de cada paciente. **Su equipo de atención médica incluye su PCP, asistente médico, LPN, consultor del comportamiento, coordinador de atención, y administrador de casos.** El equipo de atención al paciente apoyará su autocuidado de sus objetivos de salud y cuidado de la salud.
- Práctica Dental Dirigida por un Dentista- el PCP dirige un equipo de individuos dentro de la organización que, como equipo de atención, se hará cargo de la atención continua de cada paciente. **Su equipo de atención incluye su PCP dental, higienista, asistente dental, asistente dental funciones ampliadas, consultor de salud mental, y el coordinador de cuidado.** El equipo de atención al paciente apoyará su autocuidado de sus objetivos de salud y cuidado de la salud buccal.
- Orientación persona completa - el PCP es responsable de proveer el cuidado total necesario del paciente y toma responsabilidad para disponer adecuadamente el cuidado con otros profesionales calificados según sea necesario.
- El Cuidado es Coordinado- el PCMH coordina el cuidado en todas las áreas del sistema de atención médica, incluyendo cuidado especializado, hospitales, cuidado de salud a domicilio, y servicios de la comunidad y apoyo. Esta coordinación es particularmente crítico durante las transiciones entre los sitios de atención, como cuando los pacientes son dados de alta del hospital.
- Servicios Accesibles- un PCMH ofrece servicios que son fáciles de conseguir y con menor tiempo de espera para las necesidades urgentes, mejores horas en persona y acceso telefónico a un miembro del equipo de atención. **Numero de después de horas de trabajo es 660-851-9012.**
- Seguridad y Calidad- los PCMH's están dedicados a mejorar la calidad del cuidado al usar medicina basada en evidencia y herramientas clínicas para tomar dediciones y ayudar a los doctores, pacientes y familias en tomar decisiones. Los pacientes siempre tendrán el derecho en rechazar tratamiento recomendado al punto que la ley lo permita, y de que se le diga lo que puede pasar si esa es su decisión. Expresado verbalmente o por escrito, de cualquier queja o recomendaciones con referencia a nuestros servicios. Usted puede comunicar una queja o reclamo por escrito a nuestro sitio principal que es 821 Westwood, Sedalia, MO 65301, o llamando al numero principal que es 660-826-4774.
- Privacidad- Usted tiene el derecho de la privacidad de su expediente médico que corresponde a su tratamiento, con la excepción si es requerida por ley o pago de terceros. Solamente personas que están directamente involucrados o supervisando su tratamiento, monitoreando la calidad de su tratamiento, o autorizados por la ley o regulaciones pueden leer su expediente médico. Usted tiene el derecho del acceso a la información contenida en su expediente médico, dentro del limite que la ley y las pólizas de la instalaciones lo permita. Por favor refiérase al Aviso de privacidad de KTCH para obtener información adicional sobre sus derechos de privacidad.

## Responsabilidades Del Paciente

El cuidado que usted recibe parcialmente depende en que usted actué de una manera cooperativa con su doctor de cuidado medico, incluyendo una comunicacion abierta y honesta, siguiendo los planes de su tratamiento, y respetando las normas de conducta de las instalaciones. Como un paciente de Katy Trail Community Health, usted es responsable de:

1. Siga todas las reglas de la instalación según lo fijado en el interior y/o exterior de las instalaciones de la clínica. Respetar y considerar a otras personas, empleados, propiedad de los demás, y propiedad de Katy Trail Community Health Center.
2. Avisándonos de cualquier cambio en lo siguiente:  
**Nombre, Dirección, Numero(s) de Teléfono, Información de Seguro Medico, Ingresos, y Tamaño de Familia.**
3. Proporcionar información correcta y completa acerca de los síntomas actuales, historial medico, hospitalizaciones, medicamentos, atención recibida fuera del la practica, información de cuidado propio, decisión anticipada, y cualquier otros asuntos que estén relacionador a sus cuidado.
4. Seguir las instrucciones en las cuales usted y su equipo hayan acordado. Continuar con las metas propias del cuidado de salud.
5. Hacer preguntas sobre su cuidado del cual talvez no entiende o que solo tenga preguntas, incluyendo riesgos de procedimientos, resultados, y costo de tratamiento.
6. Saber que medicamentos esta tomando, porque los toma, y la manera correcta de tomarlos de acuerdo a las instrucciones de su doctor.
7. Mantener las citas programadas, llegar a tiempo a sus citas, y llamar con cuatro horas de anticipación para cancelar su cita cuando no pueda mantenerla. KTCH se reserva el derecho de determinar los servicios a los pacientes que fallan sus citas más de tres veces en un periodo de 12 meses.
  - a. **MEDICO:** ~~Es requerido que los pacientes nuevos lleguen 30 minutos antes de su cita.~~ Por favor notifiquenos con 4 horas de anticipación de la cancelación de su cita. Después de fallar dos citas medicas/salud mental consecutivamente el paciente será puesto en Citas del Mismo Día solamente. El paciente puede llamar cada mañana y ser visto basado en la disponibilidad de las citas del mismo día. Después de mantener una cita del mismo dia el paciente nuevamente podrá hacer citas futuras.
  - b. **DENTAL:** ~~Es requerido que los pacientes nuevos lleguen 30 minutos antes de su cita.~~ Si usted llega mas de **10 minutos tarde a su cita dental**, su cita será cambiada. Por favor notifiquenos con 4 horas de anticipación de la cancelación de su cita. Después de fallar dos citas dentales el paciente será puesto en una lista de espera. La clínica dental le llamara cuando una cita este disponible y después de mantener esta cita el paciente podrá hacer citas futuras.
8. Asistir y supervisar a sus hijos mientras en la clínica.
9. Llamar a su farmacia para solicitar rellenos una semana antes de que se le terminen sus medicamentos. Si es autorizado por un doctor de KTCH, se le dará sus rellenos de medicina dentro de 72 horas de trabajo.
10. Pagar las cuentas y cargos con prontitud tal como se definen en las pólizas financieras.

Yo he leído y entendido los **Derechos y Responsabilidades del Paciente** de Katy Trail Community Health Center y se me a dado la oportunidad de obtener una copia para mi registro personal.

---

Firma

---

Fecha

# Katy Trail Community Health

## Informacion Financiera Para El Paciente

### Noticia Importante Para Nuestros Pacientes-Por Favor Lea Cuidadosamente

- Nuestro Programa de Descuento esta diseñado para ayudarle a pagar su servicio medico, dental, y de salud mental proporcionado por KTCH. Si usted quiere aplicar para nuestro Programa de Descuento, por favor pida una solicitud en la recepcion o haga una cita con una de nuestras coordinadoras. Usted debe de completar una solicitud y proporcionar el comprobante de ingreso adecuado para certificar el Programa de descuento antes de cualquier cita que usted quiera que el Descuento sea aplicado.
- Su hijo/a puede ser elegible para algun programa de Medicaid por lo tanto haga una cita con una de nuestras coordinadoras para explorar esta opcion.
- Su pago de hoy puede ser con efectivo, cheque, o tarjeta de credito/debito. Usted debe pagar su pago minimo al momento de registrarse o su cita sera reprogramada. La unica excepcion sera cuando su condicion medica/dental sea considerada una emergencia por lo cual sera determinada por nuestra enfermera de triage/coordinadora dental basandose en nuestro nivel establecido por nuestro Director Medico/Dental.
- Si usted tiene aseguranza, Katy Trail estara contento de presentar la reclamacion de seguros en su nombre. Es su responsabilidad de pagar el saldo de cualquier servicio no cubierto bajo su plan de aseguranza una vez que reciba la factura o segun lo acordado en su plan de pagos. Si usted cree que necesita la ayuda financiera para pagar el saldo; usted debe completar la solicitud para el programa de descuento y proporcionar el comprobante de ingreso antes del tiempo de servicio para darle un descuento.
- Si usted no tiene aseguranza y su ingreso es mas del 200% del nivel de pobreza, un deposito de \$130 sera requerido para los servicios recibidos hoy. **Usted tambien recibira una factura por los cargos en exceso de su deposito.** Si su cobro es menos que su deposito, la diferencia sera reembolsado a usted. Es su responsabilidad de pagar el saldo por los honorarios de los servicios recibidos en cuanto reciba la factura o segun lo acordado en su plan de pago. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

Katy Trail cree firmemente que una buena relacion entre medico/paciente se basa en la comprension y las buenas comunicaciones. La informacion anterior es proporcionada para evitar cualquier malentendido. Preguntas sobre arreglos financieros beben ser directamente con nuestro departamento de facturacion, llame al 1-877-733-5824 ext. 808. Al firmar este documento como paciente o representante de otro paciente, usted reconoce que usted a leido esta hoja de Informacion Financiera Para El Paciente y que esta de acuerdo con los terminos establecidos.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Partido Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **Normas Para Los Padres**

Queridos Padres:

Tenemos el privilegio de ser el proveedor de salud dental de su hijo y el valor de proporcionar servicios de salud bucal seguros y de calidad. Tenga en cuenta que si decide dejar a su hijo sin vigilancia en la instalación, es posible que no podamos proveerle servicios dentales a su hijo/a en su cita. Un adulto puede acompañar a su hijo/a en el área clínica dental para visitas de tratamiento y visitas de emergencia. Si desea estar presente en el área clínica durante el tratamiento y las visitas de emergencia, por favor traiga a otra persona (de 10 años o más) que pueda atender a cualquier otro niño en su cuidado en la sala de espera. Los niños de 9 años y más jóvenes no pueden ser dejados sin vigilancia en la sala de espera. Por favor, hable con un miembro del equipo dental de KTCH si tiene alguna pregunta con respecto a la información anterior.

1. Permitanos preparar a su hijo
2. Porfavor use nuestro “vocabulario dental.” Vea siguiente hoja.
3. Porfavor sea un Obserbador silencioso. Usted puede apoyar a su hijo a traves del tacto.
  - a. Esto nos permite hablar con su hijo
  - b. Los niños normalmente escuchan a sus padres en lugar de nosotros y no pueden oír nuestra guía.
  - c. Usted puede dar informacion incorrecta.
4. Si se le pide salir, este listo para salir **INMEDIATAMENTE**.
  - a. Muchos niños trataran de controlar la situacion.
  - b. Comportarse mal es normal, pero inaceptable durante el tratamiento.
  - c. Seguiremos apoyando a su hijo/a en todo momento.
5. La comodidad y seguridad de su hijo nuestra preocupacion principal.

Estas son maneras muy importantes en la cual usted puede hacer que esta visita sea placentera para todos. Estamos confiados en que todo estara bien y tenemos la esperansa de que estas normars le ayuden a prepararse para la cita.

---

Padre/Guardian (Print)

---

Firma

---

Fecha



## **Nuestro “Vocabulario” Dental**

Queridos Padres:

Para que su hijo tenga una mejor experiencia tenemos cuidado con las palabras que usamos. Tratamos de evitar palabras que asusten al niño. Porfavor ayudenos al NO USAR palabras negativas. Estas incluyen:

### **NO USE**

Te van a picar o Injeccion  
Taladro Dental  
Perforar el diente  
Sacar o quitar el diente  
Diente podrido  
Examinacion  
Limpiesa dental  
Explorador  
Puente de goma  
Gas

### **USE**

jugo que duerme el diente  
Silbato  
limpiar un diente  
mover el diente  
carie  
contar los dientes  
tea ran cosquillas en los dientes  
Contador de dientes  
tapar los dientes  
aire que huele bien

Nuestra intension no es “engañar” al niño o “mentirle” al niño. Simplemente queremos decirles las cosas de manera en que ellos entiendan. Apreciamos su cooperacion en ayudarnos en constuir una buena actitud en su hijo!



## INFORMACIÓN REQUERIDA PARA SERVICIOS DENTALES

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Expediente:** \_\_\_\_\_

**Proveedor de atención primaria médica:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy** \_\_\_\_\_

**Office Use Only:**

**Weight:** \_\_\_\_\_ **Height:** \_\_\_\_\_ **B/P:** \_\_\_\_\_ **Pulse:** \_\_\_\_\_  
*(New & Recall Only) (New & Recall Only) (Every Visit- over age 3) (Every Visit- over age 3)*

Uso de tabaco:  Nunca he fumado tabaco  Consumidor de tabaco diario  Ex-fumador

¿Alguna vez le diagnosticaron o trataron por alguna de las siguientes enfermedades? (Marque todo lo que corresponda):

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal                   | <input type="checkbox"/> Epilepsia                   | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) |
| <input type="checkbox"/> TDAH                               | <input type="checkbox"/> Desmayos                    | <input type="checkbox"/> Hipotensión (presión arterial baja)  |
| <input type="checkbox"/> Válvulas Cardíacas artificiales    | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina          | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la arteria coronaria |
| <input type="checkbox"/> Huesos artificiales/Articulaciones | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar    | <input type="checkbox"/> Convulsiones no epilépticas          |
| <input type="checkbox"/> Asma                               | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco             | <input type="checkbox"/> Lupus                                |
| <input type="checkbox"/> Autismo leve/severo                | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco              | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento        | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón      | <input type="checkbox"/> Ataques de ansiedad                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                             | <input type="checkbox"/> Válvula Mitral Prolapso     | <input type="checkbox"/> Consumidor de Tabaco                 |
| <input type="checkbox"/> Defectos Congénitos del Corazón    | <input type="checkbox"/> Hemofilia                   | <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas                      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Medicamentos Orales)     | <input type="checkbox"/> Glaucoma                    | <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol                     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Insulina)                | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                    | <input type="checkbox"/> Hepatitis A                          |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis                       | <input type="checkbox"/> Problemas Renales (Riñones) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                          |
| <input type="checkbox"/> Emfisema                           | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos     | <input type="checkbox"/> Hepatitis C                          |
| <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia                     | <input type="checkbox"/> Obesidad                    |   |
| <input type="checkbox"/> Otras enfermedades: _____          |  |   |

**Office Use Only:**

*Enter in tooth chart under Medical Alerts*

Actualmente embarazada, fecha del parto: \_\_\_\_\_  Actualmente esta amamantando

¿Está tomando algún medicamento?(Haga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Actualmente no tomo ningún medicamento

**Office Use Only:**

*Enter in tooth chart under Medication/ Prescription. If not there, select "New" and enter.*

**Es alérgico al LATEX?** \_\_\_\_\_ **Si es sí, ¿qué tipo de reacción tiene?** \_\_\_\_\_

**Office Use Only:** If yes----- Enter in tooth chart under allergies AND create "pop-up" note

<u>Alergias a Alimentos o Medicamentos</u>	<u>¿Qué tipo de reacción?</u>	<b>Office Use Only:</b>
1.		<i>Enter in tooth chart under "Allergies". Select specific allergy &amp; specific reaction. If not an option, select "New" and enter.</i>
2.		
3.		
4.		

No tiene ninguna alergia que conozca de medicamentos, alimentos o medio ambiente

¿Ha tenido hospitalizaciones recientes?  No  Si – Fecha de la hospitalización: \_\_\_\_\_

Si es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_