

INFORMACION DEL PACIENTE

¿Qué idioma habla? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Qué idioma escribe? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Alguien le ayudo a llenar esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b style="color: red; text-decoration: underline;">IF YOU NEED THIS FORM IN ENGLISH, PLEASE LET US KNOW.		Fecha de Hoy _____		Sólo Uso de Agencia: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> 100% (Paciente Paga) Ingresos Anuales \$ _____ Numero de Miembros del hogar: _____ Elegible de: _____ hasta: _____					
Apellido Legal		Primer Nombre, Segundo Nombre		Fecha de Nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Otros Nombres/Apellido de Soltera	
Domicilio Físico		Ciudad		Estado		Código postal		Condado	
Domicilio de Correspondencia		Ciudad		Estado		Código postal		Condado	
Número Telefónico de Casa		Número Telefónico para Mensajes		¿Es usted Ciudadano de los EUA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Estado Civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Nunca me he casado <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) Legalmente <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Menor de Edad			
Número Telefónico de Celular		Número Telefónico del Trabajo		Correo Electrónico					
Raza (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Áfrico-Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Nativo de Las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otra Raza/Multi Racial <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> No Disponible			Etnicidad (marque uno) <input type="checkbox"/> No soy Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> No Disponible			Información del Hogar (marque uno) <input type="checkbox"/> Dueño/a <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> HUD/CHA <input type="checkbox"/> No tengo Hogar <input type="checkbox"/> Libre de Renta <input type="checkbox"/> Refugio		¿Es usted un Veterano? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, en Combate <input type="checkbox"/> Combate	
Estatus de Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Medio <input type="checkbox"/> Trabajo por mi cuenta <input type="checkbox"/> Desempleado(a) <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado(a) <input type="checkbox"/> Trabajo Temporal		Nombre del Empleador				Número de teléfono del Empleador			
		Dirección del Empleador				Fecha en la que fue Contratado(a)			
(Solo para Dependientes) Nombre del Padre/Madre/Tutor(a)			Lugar de Nacimiento del Paciente (Estado)			¿Podemos dejarle un mensaje de correo de voz para futuras citas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ingresos Anuales <input type="checkbox"/> \$0-\$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 - \$20,000 <input type="checkbox"/> \$40,000 - \$50,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 - \$30,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 - \$70,000 <input type="checkbox"/> \$30,000 - \$40,000 <input type="checkbox"/> más de \$70,000		Tamaño del Hogar _____		¿Cómo supiste de nosotros? <input type="checkbox"/> Paciente Existente <input type="checkbox"/> Referencia de otro Proveedor <input type="checkbox"/> Referencia de la Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Guía de Compradores					

INFORMACIÓN DE SEGURO

¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Medicare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Numero de póliza:	¿Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Numero de póliza:	¿Kid Care CHIP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Numero de póliza:	¿Tiene cobertura de Recetas Médicas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene cobertura de Recetas Médicas del Programa de Asistencia de Drogas y Recetas (PDAP)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Medicare Parte D? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si está desempleado, ¿tiene usted cobertura COBRA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Compañía de Seguro Medico		ID del Suscriptor	# ID de Grupo
Nombre del Poseedor de la Póliza	Fecha de Nacimiento ____/____/____	Relación al Paciente	# de Seguro Social
Dirección de Facturación de Reclamos	Número telefónico de servicio al cliente (____) _____ - _____	Empleador	Número telefónico del empleador (____) _____ - _____

Segundo Proveedor de Seguro Medico		ID del Suscriptor	# ID de Grupo
Nombre del Poseedor de la Póliza	Fecha de Nacimiento ____/____/____	Relación al Paciente	# de Seguro Social
Dirección de Facturación de Reclamos	Número telefónico de servicio al cliente (____) _____ - _____	Empleador	Número telefónico del empleador (____) _____ - _____

¿Está buscando cuidado médico como resultado de un accidente? Si No Si es así, por favor conteste las siguientes preguntas...

Fecha del accidente ____/____/____	¿Fue accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿El accidente es relacionado a su empleo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Dónde ocurrió el accidente?
Numero de Compensación al Trabajador:	Si es accidente automovilístico, Nombre de Compañía de Seguro de auto y # de póliza:		¿Tiene usted un abogado y/o Liquidaciones/Acuerdos Monetarios pendientes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

ASIGNACION Y LIBERACION: Yo autorizo a HEALTHWORKS a divulgar información médica como sea necesario para recibir compensación y asignar todos los beneficios, si es que haya algunos, directamente a HEALTHWORKS que de otra manera me fueran pagadores por los servicios prestados. Yo comprendo que HEALTHWORKS también podrá divulgar información médica sobre mí a médicos u otros proveedores de cuidado médico que puedan estar involucrados en mi cuidado continuo. Yo entiendo que esta autorización estará en vigencia por doce (12) meses. Si yo decido solicitar cuidados médicos con otro proveedor, yo entiendo que los tratamientos e información podrán ser compartidos con mi seguro o Compañías médicas. Yo comprendo que HEALTHWORKS presentara una reclamación inicial con Medicare, Medicaid, Seguro Médico Privado, o cualquier tercera persona responsable económicamente, eso es si he proveído y firmado la información y/o formas. Yo comprendo que soy financieramente responsable por todos los cobros a mi nombre, sin importar si los cubra o no mi proveedor de seguro médico. También acepto ser responsable de pagar cualquier servicio prestado si mi seguro médico toma más de sesenta (60) días después del servicio para pagar, empezando con la fecha que se prestó el servicio. Si esto ocurre, yo seré responsable de buscar y recibir reembolso de mi compañía de seguro médico. Yo autorizo el uso de esta firma en todo reclamo sometido a mi seguro médico. Yo entiendo que si fallo en hacer un esfuerzo de buena fe a mantener mi cuenta al corriente, HEALTHWORKS reserva el derecho a negarme servicio médico no crítico y entrar en contrato con una agencia de cobranzas para cobrar cualquier saldo pendiente.

Firma de la Persona Responsable: _____ **Nombre del Paciente:** _____

Relación al Paciente: _____ **Fecha:** _____

Centro de Salud y Bienestar De Cheyenne (CHWC)

(DBA: HealthWorks y Programa de Asistencia con Medicamentos (PAP))

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Consentimiento de cuidado médico y salud: Yo voluntariamente doy consentimiento y autorizo a HealthWorks, a los empleados, agentes, y afiliados, a proveer el cuidado médico (incluyendo evaluación, procedimientos diagnosticados, y tratamientos médicos), si se consideran necesarios y apropiados por mi médico. CHWC periódicamente conduce un programa de entrenamiento para profesionales de salud. Estas personas pueden estar observando o participando en el tratamiento de CHWC. Ellos estarán bajo la dirección de un profesional con licencia. Yo entiendo que tengo el derecho a negarme a que los entrenadores o estudiantes participen en mi cuidado.

Registro de inmunización de Wyoming: Yo entiendo que el estado de Wyoming mantiene una registración de inmunizaciones. Los beneficios de la registración son para prevenir una duplicación de inmunizaciones, proveer notificaciones a tiempo de las inmunizaciones que se necesitan, y para servir como respaldo en caso de que usted extravíe el récord de las vacunas. Récords de inmunizaciones son solamente accesibles por los proveedores de cuidado autorizados, y escuelas.

Yo autorizo a CHWC a meter información acerca de mi o de mi Hijo(a) de las inmunizaciones al registro de vacunas de Wyoming.

Yo **NO** deseo participar en el programa de registro de Wyoming, y pido que remuevan las inmunizaciones del registro de vacunas de Wyoming.

Imprimir Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente o de la Persona Responsable: _____ **Fecha:** _____

Si el Paciente no puede firmar, o es menor de edad, indique su relación con el Paciente: _____

Información del Contacto de Emergencia: En caso de Emergencia, a quien podemos contactar?

Nombre: _____ **Número de Teléfono:** (_____) _____ - _____ **Relación al Paciente:** _____

RECONOCIMIENTO DE NOTICIA DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

CHWC está comprometido a proteger la confidencialidad de su información médica, y esta requerido por la ley hacerlo. El aviso de practica de privacidad (NPP) describe como nosotros podemos usar y revelar su información de salud protegida para llevar acabo el tratamiento, el pago, u operaciones de salud, y para otros propósitos que son permitidos, o requeridos por la ley. También describe sus derechos para controlar y tener acceso a su información de salud. Al firmar mi nombre abajo, yo reconozco que me han proveído una copia de la NPP, y que e leído (tuve la oportunidad de leer, si escogió), y entender la NPP, y acordar con los términos.

Firma del Paciente o de la Persona Responsable: _____ **Fecha:** _____

Acuerdo de “Paciente No Se Presento” para Citas Dentales

La atención de calidad para nuestros pacientes es nuestra prioridad. Por favor, tómese unos minutos para revisar nuestra póliza de “Paciente No Se Presento”, y firmar en la parte inferior del formulario para confirmar su aceptación ante este acuerdo. Si tiene alguna pregunta, por favor háganoslo saber.

Definición de una cita de “Paciente No Se Presento”

HealthWorks define una cita de “Paciente No Se Presento” como lo siguiente:

- No llega a la cita
- Cancela con menos de 24 horas de aviso a la hora programada para la cita
- Llega más de 15 minutos tarde, y por lo tanto, no puede ser visto

Impacto de una cita de “Paciente No Se Presento”

Las citas de “Paciente No Se Presento” tienen un impacto negativo en nuestra práctica, y en la atención que médicamente brindamos a nuestros pacientes. Cuando un paciente no se presenta a una cita programa:

- Potencialmente afecta la salud del paciente que no se presento
- Es injusto, y frustrante para otros pacientes porque alguien más pudo ver usado esa cita
- No respeta no solo el tiempo del proveedor, sino también el tiempo de todo el personal de la clínica

Cómo evitar un “Paciente No Se Presento”

1. **Confirme** su cita
2. **Llegue** 5-10 minutos antes
3. De **24 horas** de aviso para cancelar la cita

1. *Confirmación de Cita:*

HealthWorks intentará ponerse en contacto con usted hasta dos (2) días hábiles antes de su cita programada por teléfono, o texto para confirmar su cita. También se le da la oportunidad de cancelar en ese momento.

2. *Llegar siempre 5-10 minutos antes de su cita programada:*

Cuando programe una visita al consultorio con nosotros, por favor llegue a nuestra clínica 5-10 minutos antes de su visita programada. Esto le permite tiempo para que usted y nuestro personal aborden cualquier pregunta, o completen cualquier documentación necesaria antes de la visita programada.

3. Notifique las 24 horas si necesita cancelar:

Cuando necesite cancelar, o volver a reservar una visita programada, esperamos que se ponga en contacto con nuestra oficina a más tardar 24 horas antes de la visita programada. Esto nos permite una cantidad razonable de tiempo para determinar la manera más apropiada de reprogramar su atención, así como darnos la oportunidad de volver a reservar la cita ahora vacante con otro paciente. Si es menos de 24 horas antes de su cita y algo surge, por favor denos la cortesía de una llamada telefónica para que podamos entender y posiblemente ayudar.

Consecuencias de las citas “Paciente No Se Presento”

- Si no se presenta a una cita, no se le pondrá en nuestra lista de espera para programar antes.
- Si no se presenta a su cita individual, es su responsabilidad llamar, y reprogramar para la próxima hora de la cita disponible.
- Si usted no se presenta a una cita en su plan de tratamiento, todas las visitas restantes en su plan de tratamiento pueden ser canceladas, y es su responsabilidad llamar, y reprogramar para la próxima(s) hora(s) de cita disponibles.

Si no tiene tres (3), o más citas dentro de un año (365 días) puede ser despedido de la clínica.

1. El despido del paciente queda a discreción de su proveedor dental.
- 2. Si usted es despedido de la clínica, sus citas programadas restantes serán canceladas.**
3. Su proveedor dental considerará la nueva aplicación a la clínica después de un período de seis meses después de la carta de despido inicial.

He leído y entendido el Acuerdo de “Paciente No Se Presento” para Citas Dentales de HealthWorks como se describió anteriormente.

Firma del Paciente

Fecha



***ESTA FORMA ES OPCIONAL,
PORFAVOR DE LEER
COMPLETAMENTE***

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Para que HealthWorks comparta su información de salud con un miembro de la familia (como un cónyuge, padre, hijo, amigo); primero debe dar permiso por escrito a HealthWorks para hacerlo. Al llenar y firmar este formulario, usted da ese permiso. HealthWorks puede compartir su información de salud con las personas cuyos nombres ha enumerado en la sección "CONTACTO".

Nombre del Paciente: _____

Dirección de la calle: _____

Ciudad, Estado, y Código Postal: _____

Teléfono de casa: (_____) _____ - _____ Teléfono alternativo: (_____) _____ - _____

Por el presente autorizo a HealthWorks a divulgar información de salud a los siguientes contactos:

CONTACTO #1

NOMBRE: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

Dirección de la calle: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de casa: (_____) _____ - _____ Teléfono alternativo: (_____) _____ - _____

CONTACTO #2

NOMBRE: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

Dirección de la calle: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de casa: (_____) _____ - _____ Teléfono alternativo: (_____) _____ - _____

La información que puede ser divulgada o discutida:

Toda mi información

Toda mi información (excepto VIH, salud mental y abuso de sustancias)

Entiendo que la información divulgada por esta autorización, excepto el Abuso de Alcohol y Drogas como se define en 42 CFR Parte 2, puede estar sujeta a la revelación por parte del receptor y ya no puede estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico Regla de Privacidad [45 CFR Parte 164], y la Ley de Privacidad de 1974 [5 USC 552a].

Al firmar este formulario, entiendo que HealthWorks puede discutir problemas de atención médica pasados, presentes o futuros con estos contactos de:

Fecha de inicio: ____/____/____

Fecha de terminación: ____/____/____

(fecha de terminación no puede exceder más de 1 año)

Firma: _____ Fecha: ____/____/____