

**INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE**

<b>Apellidos</b>		<b>Primer nombre</b>		<b>Segundo nombre</b>	
<b>Número de Seguro Social</b>	<b>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b>	<b>Sexo asignado al nacer</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<b>Idioma preferido:</b>	
<b>Domicilio</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>		<b>Código postal</b>	
<b>Dirección postal</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>		<b>Código postal</b>	
<b>Dirección de correo electrónico:</b>			<b>Farmacia preferida:</b>		
<b>Teléfono celular:</b>			¿Cuál es su estado civil? (Marque uno)		
<b>Teléfono de casa:</b>			<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Anulado <input type="checkbox"/> Provisional <input type="checkbox"/> Polígamo <input type="checkbox"/> Se desconoce		
<b>Consentimiento para recibir de forma automatizada:</b> Llamadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Textos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No declarado/Decidió no revelar su raza					
<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Otro hispano/latino <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano-estadounidense <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Se desconoce/Decidió no revelar su raza					
<b>Cómo se enteró de nosotros:</b> <input type="checkbox"/> Publicidad <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Compañía de seguros <input type="checkbox"/> Paciente en la práctica <input type="checkbox"/> Proveedor de atención primaria <input type="checkbox"/> Boca a boca <input type="checkbox"/> Otro					

**CONTACTO DE EMERGENCIA EN CASO DE NO PODER LOCALIZARME:**

<b>Fecha:</b>	<b>Contacto de emergencia/persona designada:</b> Cónyuge, amigo, tutor legal o padre (si el paciente es menor de edad)	
<b>Relación:</b>	<b>Número de teléfono</b>	

**GARANTE/RESPONSABLE:**

<b>Apellidos</b>		<b>Primer nombre</b>		<b>Segundo nombre</b>	
<b>Domicilio</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>		<b>Código postal</b>	
<b>Número de teléfono:</b>	<b>Relación con el paciente:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<b>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b>	

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO:**

<b>Nombre de la compañía de seguros:</b>		<b>Póliza #</b>	
<b>Nombre del titular de la póliza:</b>	<b>Fecha de nacimiento del titular de la póliza:</b>	<b>SS# del titular de la póliza:</b>	
<b>Empleador:</b>		<b>Grupo #</b>	

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL:**

<b>Nombre de la compañía de seguros:</b>		<b>Póliza #</b>	
<b>Nombre del titular de la póliza:</b>	<b>Fecha de nacimiento del titular de la póliza:</b>	<b>SS# del titular de la póliza:</b>	
<b>Empleador</b>		<b>Grupo #</b>	

¿Tiene un proveedor con el que le gustaría concertar una cita? En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

- Autorizo a Family Healthcare of Hagerstown a divulgar cualquier información relacionada con mi tratamiento, examen y/o resultados clínicos al (a los) Contacto(s) de Emergencia arriba indicado(s).
- Autorizo a Family Healthcare of Hagerstown a dejar mensajes a cualquier número de teléfono proporcionado en relación con recordatorios de citas y/o resultados clínicos o información.
- Mi firma a continuación indica que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
**Paciente/Padre/Tutor legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**RELLENE EL REVERSO DEL FORMULARIO**

**Directivas anticipadas:**

Un documento de directivas anticipadas es un formulario que usted rellena indicando la atención médica que desea recibir en caso de que no pueda responder.

¿Tiene un documento de directivas anticipadas?  Sí  No

¿Quién proporciona los cuidados diarios al paciente?  El mismo/El paciente  Padres  Otro

Si es otro, indique el nombre y el número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Tutor legal/apoderado para decisiones médicas:**

¿Tiene el paciente un tutor legal o apoderado para decisiones médicas (una persona decidida por el paciente, la familia o los tribunales para tomar decisiones médicas en su nombre si el paciente no puede hacerlo)?

No  Sí (En caso afirmativo, debemos tener una copia para nuestros archivos.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

=====

Para poder seguir ofreciendo la variedad de servicios que ofrecemos en Family Healthcare of Hagerstown y seguir recibiendo subvenciones, estamos obligados a recopilar información sobre cada persona que recibe atención.

**Esta información se presenta como una cifra global y no sobre pacientes individuales.**

- 1) ¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_
- 2) ¿Cuál es el ingreso **anual** de todos los miembros de su familia? \$\_\_\_\_\_
- 3) ¿Ha realizado usted o algún miembro de su familia algún trabajo agrícola en los últimos 24 meses?  
 Sí  No

**En caso afirmativo**, ¿se trataba de trabajo agrícola **migrante**? (Establecer un hogar temporal para el empleo)  Sí  No  
**En caso afirmativo**, ¿se trataba de trabajo agrícola **estacional**? (No establecer un hogar temporal para el empleo)  Sí  No

4) ¿Se encuentra usted sin un hogar?  Sí  No

**En caso afirmativo**, ¿dónde se alojó/durmió anoche?

- A la intemperie  Refugio para personas sin hogar  Vivienda de apoyo permanente
- En la calle (incluido un coche u otro vehículo)  Refugio temporal (incluido hotel/motel)
- Otro  Se desconoce

5) ¿Vive usted en una vivienda pública?  Sí  No

6) ¿Es usted un veterano?  Sí  No

**Gracias por facilitarnos esta importante información. Así nos aseguraremos de poder ofrecerle servicios y programas valiosos en el futuro.**

Personal de FHH que recoge el formulario: \_\_\_\_\_ Personal de FHH que actualiza el sistema: \_\_\_\_\_

# FAMILY HEALTHCARE OF HAGERSTOWN

301.745.3777

WWW.FAMILYHCH.ORG

Estimados padres:

En asociación con las Escuelas Públicas del Condado de Washington, el programa dental móvil *Healthy Smiles in Motion* ofrecerá atención dental con cita previa en la escuela de su hijo.

El programa dental móvil es operado por Family Healthcare of Hagerstown como un servicio a las familias del Condado de Washington. *Healthy Smiles in Motion* ayuda a los padres trabajadores a reducir el tiempo que pasan fuera de su trabajo llevando servicios dentales a sus hijos.

Dentistas e higienistas dentales con licencia ofrecen atención dental de calidad a los niños y estarán encantados de ver a su hijo en la unidad dental móvil de *Healthy Smiles in Motion*.

**Aceptamos la mayoría de los planes de seguro dental, incluidos** CareFirst BlueCross/BlueShield, Aetna, Cigna, Delta Dental, Maryland Healthy Smiles, UnitedHealthcare y *la mayoría* de los planes comerciales. Hay **ayuda financiera** disponible para las familias con bajos ingresos, en función de los ingresos familiares y de las directrices de los niveles federales de pobreza. Llame a nuestra oficina para informarse.



¿Le suena? *Healthy Smiles in Motion* visita hasta 30 escuelas públicas del condado de Washington cada año.

#### Los servicios incluyen

- |                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| • Exámenes dentales | • Sellantes dentales         |
| • Rayos X           | • Extracciones               |
| • Limpiezas         | • Tratamientos con flúor     |
| • Rellenos          | • Educación sobre salud oral |
| • Pulpoterapia      |                              |

**Para que su hijo sea atendido por *Healthy Smiles in Motion*, complete EN SU TOTALIDAD**

y devuélvalo a la escuela de su hijo. Le agradecemos su paciencia al cumplimentar el formulario de historial médico. Esta información nos ayuda a proporcionar la mejor atención dental para su hijo.

**Tenga en cuenta que estos formularios deben cumplimentarse cada año escolar.**

*¿Busca un médico de familia para atender las necesidades médicas de su familia?*

Family Healthcare ofrece atención médica y dental para todas las edades, además de servicios de laboratorio y farmacia, todo bajo el mismo lugar, en 201 S. Cleveland Avenue, en el centro de Hagerstown.

**LOS NUEVOS PACIENTES SON SIEMPRE BIENVENIDOS**

# Consentimiento HSIM del menor no acompañado

*Dado que los pacientes atendidos en nuestras Unidades Dentales Móviles de Healthy Smiles no están acompañados por sus padres o tutores y que a menudo es difícil ponerse en contacto con ellos durante el tratamiento, este consentimiento servirá como autorización para realizar los cuidados dentales necesarios al paciente menor de edad. Este consentimiento le da a FHH la capacidad de transmitir la información necesaria con respecto al cuidado del paciente menor de edad a su escuela de registro.*

Por la presente autorizo a Family Healthcare of Hagerstown a realizar los siguientes procedimientos en las unidades dentales móviles de Healthy Smiles en mi ausencia a

---

**(Nombre y fecha de nacimiento del paciente)**

---

**(Nombre de la escuela)**

Ofrecemos toda la gama de tratamientos/servicios que se enumeran a continuación, entre los que se incluyen:

**PREVENTIVOS:** Exámenes dentales, limpiezas, radiografías, tratamientos con flúor, selladores, fotos intraorales.

**RESTAURATIVOS:** Rellenos, coronas de acero inoxidable (coronas de plata en dientes muy cariados, necesarias cuando un relleno no funciona), coronas en dientes permanentes, pulpectomías (limpieza/extracción del nervio infectado por caries excesiva), anestesia local (adormecimiento, necesario para casi todos los procedimientos restaurativos), óxido nitroso (gas hilarante).

**EXTRACCIONES:** Extracción de dientes primarios (de leche) o permanentes.

**MISCELÁNEOS:** Retenedores de espacio (para mantener el lugar de los dientes de leche perdidos prematuramente), Protectores nocturnos

Si hay alguno de los procedimientos anteriores que **NO** desea que se realice en las unidades móviles, indíquelo a continuación. El niño deberá ser citado en la oficina:

---

---

---

**Nombre del padre/madre/tutor**

---

**Firma del padre/madre/tutor**

---

**Fecha**

## HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Antiguo dentista: \_\_\_\_\_

La fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita al dentista: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DENTAL:

¿Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades?

Mal aliento	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Encías sangrantes/inflamadas/sensibles	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Fumar cigarrillos, pipas, puros o cigarrillos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Chasquido o estallido de la mandíbula	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Boca seca	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

Rechinar/apretar los dientes	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Dientes flojos o rellenos rotos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sensibilidad al frío/calor/dulces	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sensibilidad al morder	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Otro:				

¿Con qué frecuencia utiliza el hilo dental? Una vez al día

Dos veces al día    Varias veces al día    Nunca    Otro

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? Una vez al día

Dos veces al día    Varias veces al día    Nunca    Otro

### HISTORIAL MÉDICO:

Nombre de los médicos: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Anemia	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Artritis/Reumatismo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Válvulas cardíacas artificiales	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Asma	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Problemas de espalda	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Dependencia química	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Lesiones cardíacas congénitas	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Tratamientos con cortisona	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Tos persistente o con sangre	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Diabetes (tipo)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Enfisema	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Desmayo/mareo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Resfriados o infecciones de oído frecuentes	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Cardiopatías/murmullos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Hepatitis (tipo)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Herpes	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Problemas inmunológicos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Trastornos del aprendizaje/problemas de conducta	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Enfermedad hepática/Cirrosis/Ictericia	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Tensión arterial baja	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sarampión/paperas/varicela	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Problema nervioso	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Maltrato físico	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Neumonía	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Radioterapia	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Problemas sinusales	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Erupción cutánea	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Dieta especial	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Ictus	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Pies o tobillos hinchados	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Problemas estomacales/vómitos frecuentes	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Amigdalitis/garganta estreptocócica frecuente	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Transfusiones	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Tumor o crecimiento en cabeza o cuello	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Úlcera	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Otro _____				

**MEDICAMENTOS:**

Indique los medicamentos que toma actualmente y la razón por la que los toma:


¿Ha utilizado algún medicamento con bifosfonatos? (Fosamax, Boniva, etc.)

Sí

No

**ALERGIAS:**

Aspirina	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Codeína	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Yodo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Látex	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

Anestesia local	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Penicilina	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sulfa	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Otros: _____	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

**INFORMACIÓN MÉDICA PARA PACIENTES FEMENINAS:**

fecha de parto si está embarazada: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Toma píldoras anticonceptivas?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

**INFORMACIÓN ADICIONAL PARA PACIENTES DE 10 AÑOS O MENOS:**

¿Su hijo ha ido antes al dentista?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo ha sufrido algún traumatismo en los dientes, la boca o la cara?	<input type="checkbox"/>	Sí, fecha:	<input type="checkbox"/>	No
¿Toma agua fluorada?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo fue prematuro?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo nació con algún defecto congénito?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo asiste a clases o escuelas especiales?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo ha estado hospitalizado alguna vez? En caso afirmativo, explique:	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre o tutor (si el paciente es menor de edad)\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Nombre en letra molde del paciente/padre o tutor (si el paciente es menor de edad)      Fecha

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera bajo el nombre de Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe fondos a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y es un beneficiario bajo 42 U.S.C. 254b. FHH tiene estatus de Servicios Federales de Salud Pública (PHS, por sus siglas en inglés) en relación con ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud bajo 42 U. S.C. 233(g)-(n). Esto incluye reclamos por negligencia médica para sí mismo y para sus individuos cubiertos. FHH es una organización sin ánimo de lucro según la sección 501(c)3 del Código del IRS. Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Revisado 02/2025

## Formulario de consentimiento

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

### **Consentimiento para el tratamiento:**

Doy mi consentimiento para el tratamiento y los procedimientos que puedan realizarse durante mi cita. Tengo derecho a tomar decisiones informadas sobre mi atención médica, incluido el rechazo de un tratamiento o procedimiento. Entiendo que los estudiantes de asistencia médica pueden participar en mi cuidado.

### **Consentimiento para compartir historial médico/información médica personal:**

Entiendo que mi historial médico y/o la información personal relacionada con mi salud puede ser compartida con los diferentes departamentos de Family Healthcare of Hagerstown y también con las oficinas que apoyan mi cuidado. Esta información solo se compartirá para ayudar en la evaluación y gestión de mi atención médica. Por ejemplo, información sobre farmacias, laboratorios y especialistas.

Entiendo que en cualquier momento durante el curso de mi tratamiento médico, si se requiere una remisión a un especialista, ciertos resultados de laboratorio y/o detalles del expediente médico podrían ser enviados al especialista. Esto se hará únicamente para ayudarme en mi evaluación completa.

Hemos optado por participar en el Chesapeake Regional Information System for our Patients, Inc. (CRISP), un intercambio de información médica de ámbito estatal. Según lo permita la ley, su información médica se compartirá con este intercambio con el fin de proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Puede "excluirse" y desactivar todo acceso a su información médica disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o cumplimentando y enviando un formulario de exclusión a CRISP por correo, fax o a través de su sitio web en [www.crisphealth.org](http://www.crisphealth.org).

### **Confidencialidad:**

Entiendo que Family Healthcare of Hagerstown adopta una política muy estricta con respecto a la privacidad y confidencialidad de mi información médica. Se me ha facilitado información sobre los avisos de prácticas de privacidad.

### **Autorización y cesión del seguro médico:**

Entiendo que todos los cargos son pagaderos en el momento en que se prestan los servicios profesionales. Autorizo a Family Healthcare of Hagerstown y a todas sus entidades incluidas, a proporcionar información a mis compañías de seguros en relación con mi enfermedad y tratamientos. Para esos servicios proporcionados y sometidos a mi compañía de seguros, por la presente autorizo el pago de beneficios médicos a Walnut Street Community Health Center, Inc, DBA Family Healthcare of Hagerstown. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro, incluidos copagos y tasas. Entiendo que la asistencia financiera está disponible para los pacientes que califiquen.

### **Reconocimiento de las directrices, derechos y responsabilidades del paciente:**

Reconozco que he recibido las Directrices de Información para el Paciente y los Derechos y Responsabilidades de los Pacientes y acepto acatar las políticas de Family Healthcare of Hagerstown.

**Entiendo que este consentimiento e información, en su totalidad, permanecerán vigentes mientras continúe recibiendo servicios de atención médica en Family Healthcare of Hagerstown.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente/padre/tutor legal**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra molde del paciente/padre/tutor legal**