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**

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.

FAMILY HEALTHCARE OF HAGERSTOWN

201 S. Cleveland Avenue
Hagerstown, MD 21740
301.745.3777 - www.familyhch.org

____ Medicina Familiar
____ Terapia de salud mental
____ Consultorio dental/Móvil
Escuela a la que asiste el niño: _____

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

Apellidos	**Primer nombre**	**Segundo nombre**

Número de Seguro Social	**Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa)	**Sexo asignado al nacer** ❑ Masculino ❑ Femenino	**Idioma preferido:**

Domicilio	**Ciudad**	**Estado**	**Código postal**

Dirección postal	**Ciudad**	**Estado**	**Código postal**

Dirección de correo electrónico:	**Farmacia preferida:**
Teléfono celular:	¿Cuál es su estado civil? (Marque uno)
	❑ Soltero ❑ Casado ❑ Divorciado ❑ Separado ❑ Viudo/a ❑ Pareja de hecho ❑ Anulado ❑ Provisional ❑ Polígamo ❑ Se desconoce
Teléfono de casa:	
Consentimiento para recibir de forma automatizada : **Llamadas** ❑ Sí ❑ No **Textos** ❑ Sí ❑No	

Raza : ❑ Indio americano/nativo de Alaska ❑ Negro/afroamericano ❑ Chino ❑ Filipino ❑ Guameño o chamorro ❑ Japonés ❑ Coreano ❑ Nativo de Hawái ❑ Otro asiático ❑ Otro isleño del Pacífico ❑ Samoano ❑ Vietnamita ❑ Blanco ❑ No declarado/Decidió no revelar su raza

Etnicidad : ❑ No hispano/latino ❑ Otro hispano/latino ❑ Chicano ❑ Cubano ❑ Mexicano ❑ Mexicano-estadounidense ❑ Puertorriqueño ❑ Se desconoce/Decidió no revelar su raza

Cómo se enteró de nosotros : ❑ Publicidad ❑ Hospital ❑ Compañía de seguros ❑ Paciente en la práctica ❑ Proveedor de atención primaria ❑ Boca a boca ❑ Otro

CONTACTO DE EMERGENCIA EN CASO DE NO PODER LOCALIZARME:

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

GARANTE/RESPONSABLE:

Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre

Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

Número de teléfono:	Relación con el paciente:	Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO:

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

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL:

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

¿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: _____

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.

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ La fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de la última visita al dentista: _____

Antiguo dentista: _____ Motivo de la visita: _____

HISTORIAL DENTAL:

¿Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades?

Mal aliento		Sí		No
Encías sangrantes/inflamadas/sensibles		Sí		No
Fumar cigarrillos, pipas, puros o cigarrillos		Sí		No
Chasquido o estallido de la mandíbula		Sí		No
Boca seca		Sí		No

Rechinar/apretar los dientes		Sí		No
Dientes flojos o rellenos rotos		Sí		No
Sensibilidad al frío/calor/dulces		Sí		No
Sensibilidad al morder		Sí		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		Sí		No
Anemia		Sí		No
Artritis/Reumatismo		Sí		No
Válvulas cardíacas artificiales		Sí		No
Articulaciones artificiales		Sí		No
Asma		Sí		No
Problemas de espalda		Sí		No
Trastornos hemorrágicos		Sí		No
Cáncer		Sí		No
Dependencia química		Sí		No
Quimioterapia		Sí		No
Problemas circulatorios		Sí		No
Lesiones cardíacas congénitas		Sí		No
Tratamientos con cortisona		Sí		No
Tos persistente o con sangre		Sí		No
Diabetes (tipo)		Sí		No
Enfisema		Sí		No
¿Usa lentes de contacto?		Sí		No
Epilepsia/convulsiones		Sí		No
Desmayo/mareo		Sí		No
Resfriados o infecciones de oído frecuentes		Sí		No
Glaucoma		Sí		No
Dolores de cabeza		Sí		No
Cardiopatías/murmullos		Sí		No
Hepatitis (tipo)		Sí		No
Herpes		Sí		No
Hipertensión arterial		Sí		No
Problemas inmunológicos		Sí		No

Enfermedad renal		Sí		No
Trastornos del aprendizaje/problemas de conducta		Sí		No
Enfermedad hepática/Cirrosis/Ictericia		Sí		No
Tensión arterial baja		Sí		No
Sarampión/paperas/varicela		Sí		No
Problema nervioso		Sí		No
Marcapasos		Sí		No
Maltrato físico		Sí		No
Neumonía		Sí		No
Atención psiquiátrica		Sí		No
Radioterapia		Sí		No
Enfermedades respiratorias		Sí		No
Enfermedades de transmisión sexual		Sí		No
Falta de aliento		Sí		No
Problemas sinusales		Sí		No
Erupción cutánea		Sí		No
Dieta especial		Sí		No
Ictus		Sí		No
Pies o tobillos hinchados		Sí		No
Problemas estomacales/vómitos frecuentes		Sí		No
Problemas de tiroides		Sí		No
Amigdalitis/garganta estreptocócica frecuente		Sí		No
Transfusiones		Sí		No
Tuberculosis		Sí		No
Tumor o crecimiento en cabeza o cuello		Sí		No
Úlcera		Sí		No
Pérdida de peso		Sí		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		Sí		No	Anestesia local	Sí	No
Pastillas para dormir		Sí		No	Penicilina	Sí	No
Codeína		Sí		No	Sulfa	Sí	No
Yodo		Sí		No	Otros: _____	Sí	No
Látex		Sí		No			

INFORMACIÓN MÉDICA PARA PACIENTES FEMENINAS:

fecha de parto si está embarazada: _____

¿Está embarazada?		Sí		No
¿Está amamantando?		Sí		No
¿Toma píldoras anticonceptivas?		Sí		No

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA PACIENTES DE 10 AÑOS O MENOS:

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

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.

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