El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

# Bienvenido a El Dorado Community Health Centers

Nos complace que nos haya elegido para su cuidado dental. Nuestro equipo se compromete a proporcionar servicios de alta calidad centrados en el paciente en un entorno cómodo y acogedor.

## Ubicaciones dentales y horario de oficina

| | |
|---|---|
| **Placerville** – 4212 Missouri Flat Road, Placerville CA, 95667 | |
| **Lunes a viernes:** 8:00 a.m. a 12:00 p.m., 1:00 p.m. a 5:00 p.m. | **Sábado:** CERRADO |
| **Cameron Park 2** – 3100 Ponte Morino Dr. STE 120, Cameron Park, CA 95682 | |
| **Lunes a viernes:** 8:00 a.m. a 12:00 p.m., 1:00 p.m. a 5:00 p.m. | **Sábado:** CERRADO |
| **South Lake Tahoe** – 3443 Lake Tahoe Blvd. #2, South Lake Tahoe, CA 96150 | |
| **Lunes** a **viernes:** 8:00 a.m. a 12:00 p.m., 1:00 p.m. a 5:00 p.m. | **Sábado:** CERRADO |

## Antes de su cita

Llegue 30 minutos antes para completar el proceso de registro. Si necesita cancelar o reprogramar su consulta, llámenos con al menos 24 horas de antelación.

## Qué debe traer a su primera consulta

- Medicamentos o vitaminas que esté tomando en la actualidad
- Tarjeta Medi-Cal actual o tarjeta del Programa de descuento de tarifa variable
- Identificación con foto válida (Lic. de conductor, pasaporte, identificación de estudiante)
- Cualquier documento legal, incluidas la Directiva avanzada y la documentación de tutela/patria potestad.

## Seguros, copagos y pagos

Participamos con Medi-Cal. Los copagos y deducibles deben cubrirse al momento de la consulta y pueden pagarse en efectivo, con cheque o tarjeta Visa o MasterCard.

Los pacientes sin seguro médico podrían ser elegibles para recibir un descuento a través del Programa de tarifa variable (Living Fee Program). Los descuentos se basan en el tamaño de la familia y en los ingresos del hogar.

## Comuníquese con nosotros

Llame al 530-497-5016 si tiene alguna pregunta.

Nos complace que haya elegido a El Dorado Community Health Centers como su proveedor dental, y esperamos proporcionarle la mejor atención médica.

Atentamente,

El personal y los proveedores de El Dorado Community Health Centers.

El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Otros nombres utilizados: _____
Dirección particular: _____
Dirección postal: _____
Teléfono celular (____) _____-_____ Teléfono alternativo: ☐ Casa ☐ Trabajo (____) _____-_____
¿Podemos enviarle mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No
¿Podemos dejar un mensaje de voz? ☐ Sí, breve ☐ Sí, extenso ☐ No
Dirección de correo electrónico: _____ Acceso al portal del paciente: ☐Sí ☐ No
Idioma preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____
Número de Seguro Social: _____-_____-_____ Sexo asignado al nacer: ☐ Hombre ☐ Mujer
Estado civil (marque una): ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Otro
¿Tiene una directiva anticipada para la atención a la salud? ☐ Sí ☐ No ☐ Me interesa
En caso afirmativo, proporcione a la recepción una copia de su Directiva anticipada

## PARTE RESPONSABLE *Si el paciente es menor de edad, rellene esta sección con el progenitor o tutor legal*

Nombre: _____ Relación: ☐Madre ☐Padre ☐Otro_____
Teléfono: ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo (____) ____-_____ Número de Seguro Social: _____ -____-_____
Fecha de nacimiento: _____ ☐Contacto de Emergencia

## SEGURO

Aseguradora: _____
Número de identificación/póliza: _____
Nombre/número de grupo: _____

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____
Celular (_____) _____-_____ Teléfono alternativo: ☐Casa ☐Trabajo (_____) _____-_____

## FARMACIA

☐ EDCHC Pharmacy 4212 Missouri Flat Road, Placerville
☐ EDCHC Pharmacy 3104 Ponte Morino Drive, Cameron Park
☐ Nombre/ubicación de otra farmacia: _____

## LABORATORIO E IMÁGENES

Empresa de laboratorio preferida: ☐ Quest Lab ☐ Marshall Lab ☐ Other: _____
Compañía de imágenes preferida: ☐ Marshall Imaging ☐ Otra: _____

EDCHC
El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

## INFORMACIÓN ADICIONAL

1. **¿Es usted veterano de los EE.UU.?*** ☐ Sí ☐ No

2. **¿Se consideraría sin hogar en algún momento en los últimos 12 meses?*** ☐ Sí ☐ No
   En caso afirmativo, ¿dónde se ha alojado?: ☐ En su coche ☐ En un hotel ☐ Con familiares o amigos ☐ En un refugio ☐ En la calle ☐ Otros: _____

3. **¿Está actualmente en un programa de vivienda pública o de bajos ingresos?*** ☐ Sí ☐ No

4. **Número total de personas que viven en el hogar*** _____
   **Ingresos anuales totales obtenidos por el grupo familiar* $**_____
   *(no incluya los pagos del Seguro Social o por Incapacidad)*

5. **Pronombres**
   ☐ él/su/suyo ☐ ella/su/suya ☐ xie/hir/hirs/hirself
   ☐ ze/zem/zir/zirself ☐ ellos/sus ☐ Otros pronombres, especifique: _____

6. **Orientación sexual:**
   ☐ Heterosexual (no lesbiana ni gay) ☐ Bisexual ☐Prefiero no revelarlo
   ☐Homosexual (lesbiana o gay) ☐ No lo sé ☐ Algo más Describa: _____

7. **Sexo con el que se identifica:**
   ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiero no revelarlo ☐ Otro, especifique: _____
   ☐ Género queer, ni exclusivamente masculino ni femenino
   ☐ Hombre transgénero (mujer a hombre), fecha de transición: _____
   ☐ Mujer transgénero (hombre a mujer), fecha de transición: _____

8. **Raza:**
   ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Guameño o Chamorro ☐ Samoano
   ☐ Indio asiático ☐ Japonés ☐ Vietnamita
   ☐ Negro/Afroamericano ☐ Coreano ☐ Blanco
   ☐ Chino ☐ Hawaiano nativo ☐ Otra raza: _____
   ☐ Filipino ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Me niego a especificar

9. **Origen étnico (elija una):**
   ☐ Chicano ☐ Mexicoamericano
   ☐ Cubano ☐ Puertorriqueño
   ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino
   ☐ Mexicano ☐ Me niego a especificar
   ☐ Filipino ☐ Otro hispano, Latino o de origen español: _____

10. **Situación laboral:** ☐ Empleado a tiempo completo ☐ Empleado a medio tiempo
    ☐ No empleado ☐ Trabajador independiente ☐ Jubilado ☐ Otro: _____
    Nombre del empleador*: _____ Ciudad del empleador: _____

El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

**11. ¿Cómo supo de nosotros?** ☐Familiar ☐Amigo ☐Letrero o servicio móvil de EDCHC ☐Otra agencia ☐Redes sociales ☐Internet ☐Evento o puesto ☐Periódico/TV/Radio

**12. ¿Tiene un dentista?** ☐ Ninguno

☐ Dentista de EDCHC, fecha de la última visita: _____

☐ Otro dentista, fecha de la última visita: _____

**13. ¿Tiene un proveedor de cuidado de los ojos?** ☐ Ninguno

☐ Proveedor de cuidado de los ojos de EDCHC, fecha de la última visita: _____

☐ Otro especialista en el cuidado de los ojos, fecha de la última visita: _____

## ACUSE DE RECIBO DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

He leído y entiendo los derechos y responsabilidades del paciente. Reconozco mi responsabilidad de sostener estos principios y cumplir con las directrices descritas. www.edchc.org **Iniciales:** _____

## ACUSE DE RECIBO DEL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información protegida de salud. Entiendo que esta información puede ser utilizada, y se utilizará, para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención a la salud que puedan estar implicados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Operaciones de atención a la salud que incluyen los aspectos comerciales que implica dirigir nuestra práctica. Algunos ejemplos de esto incluyen llamadas de confirmación de citas, mensajes de correo de voz, cartas a la dirección particular, hablar con, o permitir que, familiares o tutores directos participen en el proceso de examen para apoyar la comprensión de las opciones de tratamiento cuando sea necesario.

Confirmo que he recibido y revisado el Aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo se puede utilizar y divulgar mi información médica personal. Entiendo mis derechos con respecto a esta información y cómo puedo acceder a ella. El Aviso de prácticas de privacidad está disponible en la recepción, previa solicitud y visitando www.edchc.org. **Iniciales:** _____

## GUÍA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

He leído y entiendo la Guía de información para el paciente. Reconozco mi responsabilidad de ajustarme a las directrices, políticas y expectativas descritas en ella. www.edchc.org **Iniciales:** _____

## DICTADO CON IA

Los centros de salud comunitarios El Dorado pueden utilizar tecnología de IA para mejorar la eficiencia y la precisión al documentar mi información de salud. El sistema de IA se utiliza para ayudar a transcribir notas médicas y toda la información se maneja de forma segura de conformidad con las regulaciones de privacidad, incluida la HIPAA. Si doy mi consentimiento, mi información de salud estará protegida y el acceso a la documentación de IA se limitará únicamente al personal autorizado.

El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

## PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

Como FQHC que somos, nuestros Centros ofrecen un programa de tarifa variable basado en el tamaño de la familia y los ingresos del hogar. Nuestro personal puede ayudarle con preguntas relacionadas con el programa de descuento de tarifa variable.

## POLÍTICA DE PAGOS

Como organización privada que tiene el compromiso de proporcionar atención asequible y de alta calidad a nuestra comunidad, confiamos en el pago inmediato de los servicios prestados.

**Facturación al seguro:** Le facturaremos a su aseguradora principal en su nombre. En el caso de los pacientes de Medicare, también le facturaremos a su seguro complementario cuando corresponda.

**Responsabilidad de Pago:**

- Los copagos y deducibles no pagados se deben cubrir al momento del servicio.
- Cualquier saldo restante después de que su seguro haya pagado se le facturará directamente a usted.
- El pago vence al recibir su estado de cuenta.

**Requisito de Tarjeta de Seguro/Programa de Descuento de Tarifa Variable:** Presente en cada consulta su tarjeta actual del seguro o del Programa de Descuento de Tarifa Variable para garantizar una facturación precisa.

**Acuerdos de pago:** Si no puede pagar en el momento del servicio, debe comunicarse con nuestro departamento de facturación con anticipación para comentar los acuerdos de pago.

## CONSENTIMIENTO

Para proporcionar tratamiento médico, coordinar su atención clínica, facturar a su seguro o entregar la información requerida por su compañía de seguros, debemos obtener su consentimiento. Lea las siguientes afirmaciones, estampe sus iniciales en cada sección para indicar su comprensión y acuerdo, y firme al final del formulario.

1. **Consentimiento para el tratamiento:** Autorizo y doy mi consentimiento para todas las evaluaciones, procedimientos y tratamientos médicos necesarios para mí (o para mi hijo o dependiente indicados anteriormente) mientras recibo atención en El Dorado Community Health Centers. **Iniciales:** _____
2. **Entrega de información:** Autorizo a El Dorado Community Health Centers a revelar cualquier información médica o de otro tipo necesaria para la coordinación de mi atención clínica y para fines de facturación, lo que incluye la presentación de reclamaciones ante mi proveedor de seguros por mí (o mi hijo o dependiente indicados anteriormente). **Iniciales:** _____
3. **Asignación de beneficios:** Autorizo el pago de beneficios médicos directamente a El Dorado Community Health Centers por los servicios que se me han prestado a mí o a mi hijo o dependiente indicados anteriormente. **Iniciales:** _____

Su firma a continuación indica que ha leído, comprende y acepta la política de pagos, y da su consentimiento.

**Firma:** _____ **Fecha:** _____

El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

**Si fue firmado por alguien distinto del paciente, rellene lo siguiente:**

**Nombre en letra de imprenta:** _____

Al firmar, doy fe de que tengo autoridad en virtud de la legislación aplicable para actuar en nombre del paciente con respecto a la información y el plazo descritos en esta autorización.

**Autoridad legal:** (seleccione uno):

☐ Padre/Tutor legal □ Agente bajo Poder legal de atención sanitaria ☐ Tutor

☐ Albacea/Representante personal de la herencia ☐Otros (describir): _____

**Documentación**: (adjunte si corresponde): ☐ Poder notarial de atención a la salud

☐ Cartas de tutela ☐ Orden judicial ☐ Otro: _____

El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

# AUTORIZACIÓN DE EDCHC PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____
Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a El Dorado Community Health Centers (EDCHC) a comentar y compartir mi información protegida de salud con la siguiente persona:

**Nombre** : _____ **Relación**: _____ **Teléfono**: _____

**Objetivo de la autorización:** _____
Como ejemplos tenemos coordinación de cuidados, consulta de facturación, apoyo personal y asuntos legales o de seguros; ésta no es una lista exhaustiva de la información protegida de salud, PHI, que pueda compartirse.

**Comparta la siguiente información:**
☐ Médico ☐ Dental ☐ Cuidado ocular ☐ Quiropráctica ☐ Salud conductual
☐ Psiquiatría ☐ STEPS/Tratamiento del Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD)
☐ Facturación

**Al estampar mis iniciales a continuación, autorizo a EDCHC a compartir mi información confidencial**

_____ Tratamiento del trastorno por Uso de Alcohol/Drogas/Sustancias (SUD)
_____ Salud conductual
_____ Psiquiatría
_____ Salud reproductiva
_____ VIH/SIDA
_____ Información genética

*Exclusión de notas de psicoterapia: Esta autorización no permite la revelación de notas de psicoterapia según lo definido por HIPAA.

**CADUCIDAD**: Esta autorización caduca en (fecha): ____/____/_____ a menos que se revoque antes por escrito o al momento de mi fallecimiento.

**Confirmación y entendimiento**

- Entiendo que esta autorización está vigente hasta la fecha de caducidad indicada anteriormente, hasta que la revoque por escrito o tras mi fallecimiento.
- Entiendo que autorizar la divulgación de mi información de salud protegida es voluntario y tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad para recibir tratamiento, ni afectará mi pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una revocación por escrito a EDCHC. La revocación no afecta las divulgaciones realizadas con base en esta autorización antes de que EDCHC reciba mi revocación.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Esta autorización no permite solicitar ni entregar copias de mis expedientes de salud; se requiere un formulario de Liberación de Registros por separado.
- Esta autorización no autoriza la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud.
- Esta autorización no autoriza el consentimiento para el tratamiento de un menor; se requiere un formulario de Consentimiento para Tratar por separado.
- Entiendo que, una vez que la información se comparta con el destinatario autorizado, es posible que ya no esté protegida por la HIPAA. La ley de California generalmente prohíbe la divulgación adicional sin mi autorización o según lo requiera o permita la ley; ciertas categorías (resultados de pruebas de VIH, salud conductual, psiquiatría, tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (TUS), salud reproductiva e información genética) tienen restricciones adicionales.

**Si procede:**

- Para menores y servicios delicados: si el paciente es menor de edad, la información relativa a ciertos servicios para los cuales el menor puede dar su consentimiento (p. ej., salud reproductiva, atención de infecciones de transmisión sexual (ETS), asesoría ambulatoria de salud mental y servicios para trastornos por consumo de sustancias) podrían requerir la autorización del propio menor y no pueden compartirse con el padre, la madre o el tutor, a menos que lo permita la ley.
- Información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD, en inglés). Si se autoriza la revelación de información sobre trastornos por consumo de sustancias (SUD) protegida por la parte 2 del 42 C.F.R., rellene lo siguiente:

  Destinatario (nombre/clase): _____

  Qué tipo de información: _____

  Cuánta y/o plazo: _____

El Dorado Community Health Centers
Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

Objetivo: _____

Usted puede revocar por escrito en cualquier momento (excepto en la medida en que ya se haya actuado con base en él). Cualquier revelación acompañará un aviso de prohibición de redivulgación de la Parte 2.

**Contacto para preguntas o revocaciones**:

Health Information Management
4212 Missouri Flat Road, Placerville, CA 95667
Teléfono: 530-621-7700 ext. 2030 Correo electrónico:
medicalrecords@edchc.org

## ENTREGA DE INFORMACIÓN

**Firma:** _____ **Fecha:** _____

**Si fue firmado por alguien distinto del paciente, rellene lo siguiente:**

**Nombre en letra de imprenta:** _____

Al firmar, doy fe de que tengo autoridad en virtud de la legislación aplicable para actuar en nombre del paciente con respecto a la información y el plazo descritos en esta autorización.

**Autoridad legal** (seleccione una opción): □ Padre/madre/tutor legal □ Agente bajo Poder legal de atención médica □ Tutor □ Ejecutor/Representante personal del patrimonio □ Otro, descríbalo: _____

**Documentación**: (adjunte si corresponde): □ Poder notarial de atención a la salud □ Cartas de tutela □ Orden judicial □ Otro: _____

El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

## HISTORIAL DE SALUD MENTAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/_____

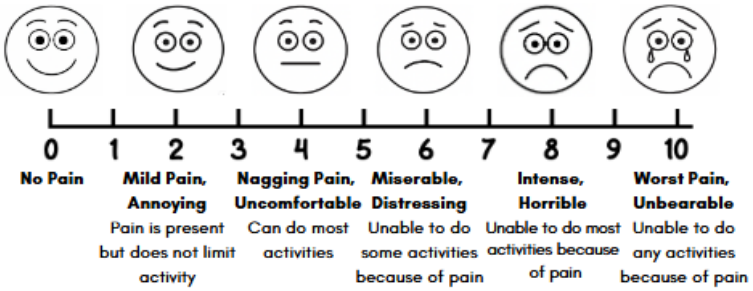
Nombre del dentista anterior: _____ Fecha de la última visita: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Seguro principal: _____ Seguro secundario: _____

Usando la siguiente escala de dolor, rodee con un círculo su nivel de dolor actual:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10




| | SÍ | NO |
|---|---|---|
| ¿Tiene ansiedad por el tratamiento dental? | ☐ | ☐ |
| ¿Ha tenido problemas con un tratamiento dental previo? | ☐ | ☐ |
| ¿Tiene arcadas con facilidad? | ☐ | ☐ |
| ¿Usa dentadura postiza o prótesis? | ☐ | ☐ |
| ¿Se le queda la comida entre los dientes? | ☐ | ☐ |
| ¿Tiene dificultades para masticar sus alimentos? | ☐ | ☐ |
| ¿Mastica únicamente de un solo lado de la boca? | ☐ | ☐ |
| ¿Ha notado llagas o heridas de cicatrización lenta en la boca o alrededor de ella? | ☐ | ☐ |
| ¿Tiene los dientes sensibles? | ☐ | ☐ |
| ¿Siente dolor cuando los dientes entran en contacto con: | | |
| Alimentos o líquidos calientes? | ☐ | ☐ |
| Alimentos o líquidos fríos? | ☐ | ☐ |
| Ácidos? | ☐ | ☐ |
| Dulces? | ☐ | ☐ |
| ¿Toma suplementos de flúor? | ☐ | ☐ |
| ¿Aprieta o rechina los dientes? | ☐ | ☐ |
| ¿Siente cansancio en la mandíbula con frecuencia? | ☐ | ☐ |
| ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? | ☐ | ☐ |
| ¿Ha escuchado alguna vez un chasquido o crujido cerca del oído al masticar? | ☐ | ☐ |
| ¿Ronca? | ☐ | ☐ |
| ¿Ha tomado antibióticos como medida preventiva antes de un tratamiento dental? | ☐ | ☐ |
| En caso afirmativo, explique: _____ | | |
| ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? | ☐ | ☐ |
| ¿Qué marca de pasta de dientes utiliza? | ☐ | ☐ |
| ¿Cómo se siente con respecto a su sonrisa? | ☐ | ☐ |

El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

## INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del proveedor de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

¿Tiene buena salud? ☐Sí ☐No Fecha del último examen físico: _____

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?
☐Sí ☐No
*En caso afirmativo, explique:* _____
_____

Enumere cualquier cirugía a la que se haya sometido: _____
_____

¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento de venta sin receta? ☐Sí ☐No
*En caso afirmativo, enumere todos, incluidas las vitaminas, los preparados a base de hierbas naturales o los suplementos dietéticos:*_____

¿Usa lentes de contacto? ☐Sí ☐No

Reemplazo articular: ¿Se ha sometido a una cirugía de reemplazo total de articulación (cadera, rodilla, codo o dedo)?
Fecha: _____ ¿Alguna complicación? _____

¿Ha tomado alguna vez medicamentos para prevenir la pérdida ósea, como Alendronato (Fosamax©), Risedronato (Actonel©), Boniva u otros bisfosfonatos? ☐Sí ☐No

¿Utiliza sustancias controladas (drogas)? ☐Sí ☐No
*En caso afirmativo, de qué tipo y por cuánto tiempo:* _____

¿Consume tabaco (cigarrillos, rapé, tabaco de mascar, bidis)? ☐Sí ☐No
*En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo?* _____

¿Toma bebidas alcohólicas? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, ¿cuánto bebe en una semana? _____

Alergias: ¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción a:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Penicilina u otro antibiótico? | ☐Sí ☐No | Metales? | ☐Sí ☐No |
| Aspirina, Ibuprofeno (AINE)? | ☐Sí ☐No | Látex (caucho)? | ☐Sí ☐No |
| Sulfas (medicamentos con sulfa)? | ☐Sí ☐No | Yodo? | ☐Sí ☐No |
| Codeína u otros narcóticos? | ☐Sí ☐No | Otras: _____ | ☐Sí ☐No |

EDCHC
El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

## ¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

| | | | |
|---|---|---|---|
| Válvula cardiaca artificial | ☐Sí ☐No | Cardiopatía congénita (CHD) | |
| Endocarditis infecciosa previa | ☐Sí ☐No | Sin reparar, cianótico (CHD) | ☐Sí ☐No |
| Válvulas cardiacas dañadas | ☐Sí ☐No | CHD reparado | ☐Sí ☐No |
| Enfermedad cardiovascular | ☐Sí ☐No | Enfisema | ☐Sí ☐No |
| Angina de pecho | ☐Sí ☐No | Problemas de senos craneales | ☐Sí ☐No |
| Arterioesclerosis | ☐Sí ☐No | Tuberculosis | ☐Sí ☐No |
| Insuficiencia cardiaca congestiva | ☐Sí ☐No | Cáncer/Tratamiento de | ☐Sí ☐No |
| Ataque cardiaco | ☐Sí ☐No | quimioterapia/radiación | |
| Accidente cerebrovascular o AIT | ☐Sí ☐No | Dolor torácico al hacer ejercicio | ☐Sí ☐No |
| Soplo cardiaco | ☐Sí ☐No | Dolor crónico | ☐Sí ☐No |
| Presión arterial baja | ☐Sí ☐No | Diabetes tipo I | ☐Sí ☐No |
| Presión arterial elevada | ☐Sí ☐No | Diabetes tipo II | ☐Sí ☐No |
| Otras afecciones cardiacas | ☐Sí ☐No | Trastorno alimentario | ☐Sí ☐No |
| congénitas | | Desnutrición | ☐Sí ☐No |
| Prolapso de la válvula mitral | ☐Sí ☐No | Acidez estomacal / Reflujo | ☐Sí ☐No |
| Marcapasos | ☐Sí ☐No | gastroesofágico (ERGE) | |
| Fiebre reumática | ☐Sí ☐No | Úlceras | ☐Sí ☐No |
| Cardiopatía reumática | ☐Sí ☐No | Problemas de tiroides | ☐Sí ☐No |
| Anemia | ☐Sí ☐No | Glaucoma | ☐Sí ☐No |
| Transfusiones de sangre | ☐Sí ☐No | Hepatitis, ictericia o enfermedad | ☐Sí ☐No |
| Hemofilia | ☐Sí ☐No | del hígado | |
| SIDA o infección por VIH | ☐Sí ☐No | Epilepsia | ☐Sí ☐No |
| Artritis | ☐Sí ☐No | Episodios de desmayos o | ☐Sí ☐No |
| | | convulsiones | |
| Trastornos autoinmunes | ☐Sí ☐No | Trastornos neurológicos | ☐Sí ☐No |
| Artritis reumatoide | ☐Sí ☐No | *En caso afirmativo, especifique:* _____ | |
| Lupus | ☐Sí ☐No | Trastorno del sueño | ☐Sí ☐No |
| Asma | ☐Sí ☐No | Trastorno de salud mental | ☐Sí ☐No |
| Bronquitis | ☐Sí ☐No | *En caso afirmativo, especifique:* _____ | |

**SOLO PARA MUJERES** ¿Está usted: Embarazada? ☐Sí, número de semanas: ____ ☐No
tomando píldoras anticonceptivas o reemplazo hormonal? ☐Sí ☐No Enfermería: ☐Sí ☐No

El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

## RECONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Certifico que la información de salud y dental que he proporcionado es verdadera y exacta, a mi leal saber y entender. Entiendo que mi dentista y el equipo de atención dental utilizan esta información para proporcionar una atención segura y adecuada, y que debo informar al personal dental de cualquier cambio en mi historial de salud. **Iniciales:** _____

**Firma del proveedor dental:** _____

## PROTOCOLO DE PROGRAMACIÓN DE CITAS DENTALES

Nuestro equipo dental quiere asegurarse de que usted y otras personas de nuestra comunidad puedan recibir atención dental cuando la necesiten. Debido a que los horarios de citas son limitados, le pedimos que revise y siga las siguientes reglas.

**Confirmación de la cita:**
Intentaremos recordarle su cita dental por teléfono o por correo. Sin embargo, usted es responsable de recordar la fecha y la hora de su cita. **Iniciales:** _____

**Cancelaciones a tiempo**
Si no puede acudir a su cita, debe llamarnos con al menos 24 horas de antelación. Esto nos permite asignar su horario a otro paciente. Si no da aviso con al menos 24 horas de antelación, se contará como una cita perdida. **Iniciales:** _____

**Llegadas puntuales**
Llegue a tiempo a su cita. Si llega con más de 10 minutos de retraso, se considerará que no ha acudido a la cita y se le puede asignar a otro paciente. **Iniciales:** _____

**Citas perdidas y cumplimiento**
Debido a que el acceso al cuidado dental es limitado en nuestra zona, nos tomamos muy en serio las citas perdidas.

- Después de una cita perdida, se anotará en su registro.
- Después de dos citas perdidas en el mismo año natural sin previo aviso, se le pondrá en estado de no presentación.

Para continuar recibiendo atención, se le pedirá que escriba una carta al director dental explicando:

1. Por qué faltó a su última cita
2. Por qué necesita una nueva cita
3. Que usted entiende que faltar a otra cita puede dar como resultado su baja definitiva de la clínica dental.

El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

**Aviso importante para padres**

Los padres o tutores de niños con caries dental no tratada deben comprender que las infecciones dentales pueden ser graves y poner en peligro la vida. Si un niño no acude repetidamente a las citas dentales programadas, se puede considerar negligencia o abuso. **Iniciales:** _____

Si tiene alguna pregunta sobre este Protocolo de programación de citas dentales, hable con un miembro de nuestro personal dental.

## ACUSE DE RECIBO DE LA HOJA INFORMATIVA SOBRE MATERIALES DENTALES

Reconozco que he recibido y revisado la Hoja informativa sobre materiales dentales, la cual proporciona información sobre los materiales utilizados en mi tratamiento dental. La hoja informativa sobre materiales dentales está disponible en la recepción si se solicita.

www.dbc.ca.gov **Iniciales:** _____

## RECONOCIMIENTO Y CERTIFICACIÓN

Certifico que la información que he proporcionado en este Paquete de admisión dental es completa y exacta, a mi leal saber y entender. Entiendo que mi dentista y el equipo de atención dental utilizan esta información para proporcionar una atención segura y adecuada, y que es mi responsabilidad informar al personal dental de cualquier cambio en mi historial de salud.

Reconozco que he revisado, comprendo y acepto la información contenida en este paquete, incluido el Protocolo de programación de citas dentales. Entiendo que las secciones que requieren mis iniciales indican el reconocimiento específico de esos elementos.

Entiendo que el consultorio dental no es responsable de ningún problema o complicación que pueda derivarse de la información faltante, o bien, de proporcionar información incompleta o incorrecta.

**Firma:** _____ **Fecha:** _____

**Si fue firmado por alguien distinto del paciente, rellene lo siguiente:**

**Nombre en letra de imprenta:** _____

Al firmar, doy fe de que tengo la autoridad, bajo la ley aplicable, para actuar en nombre del paciente con respecto a la información y el plazo descritos en esta autorización.

**Autoridad legal:** (seleccione una): ☐ Progenitor/tutor legal ☐ Curador
☐ Agente bajo poder legal para atención médica ☐ Albacea/Representante personal del patrimonio
☐ Otro (especifique): _____

**Documentación**: (adjunte si corresponde): ☐ Poder legal de atención médica ☐ Orden judicial
☐ Cartas de tutela ☐ Otro: _____