ACCESS FAMILY CARE
Medical & Dental Clinics

FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE DENTAL MÓVIL

Fecha_____

Como un Centro de Salud Calificado, estamos obligados por el Bureau of Primary Health Care para recopilar información de todos nuestros pacientes. ACCESS no discrimina basado en edad, sexo, raza, credo, estatus conyugal, religión, origen de nacionalidad, incapacidad, preferencia sexual, estatus de asistencia pública o historia criminal.

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

NOMBRE DEL PACIENTE _____ No. de Seguro Social_____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento_____ Género: ☐Hombre ☐Mujer ☐Otro ☐Declino

Nombre de la Escuela: _____ Grado:_____

Dirección donde recibe su correo _____
Ciudad_____ Estado_____ CP_____
Dirección física (si es diferente)_____ Condado de Residencia_____
Ciudad_____ Estado_____ CP_____
Teléfono del Domicilio_____ Celular/Teléfono Alternativo_____
Correo Electrónico Primario_____ ¿Usa el Portal del Paciente?: ☐Sí ☐No
Tutor Legal (si el paciente es menor de 17 años) _____
Núm. de Teléfono del Tutor Legal: _____
Nombre del Segundo Contacto_____ Núm. de Tel. del Segundo Contacto_____
(familia, amigo o vecino, que no viva con usted, quién pueda recibir un mensaje para usted)
Relación del Segundo Contacto_____
Farmacia de su Preferencia_____ Ubicación_____

Idioma de su Preferencia: ☐Inglés ☐Español ☐Otro_____
(indique cuál idioma)

Asistencia de Idioma. Si usted necesita dicha asistencia, por favor marque que clase de asistencia necesita.
☐ Lenguaje de Señas ☐ Ayuda Visual

Etnicidad: ☐Hispano/Latino ☐No Hispano/Latino

Raza: Por favor marque <u>TODAS</u> las que apliquen: ☐Blanco ☐Negra/Afro Americana ☐Indio Americano o Indígena de Alaska ☐Asiático ☐Nativo de Hawaii ☐Otras Islas del Pacífico ☐Más de una raza ☐Niego Responder

HISTORIA MÉDICA Por favor marque Sí o No en todas las preguntas

Asma	☐ Sí	☐ No	Dolor reciente en los dientes	☐ Sí	☐ No
Murmullo del Corazón	☐ Sí	☐ No	Válvula Artificial en el Corazón	☐ Sí	☐ No
Diabetes	☐ Sí	☐ No	Defecto Hereditario del Corazón	☐ Sí	☐ No
Convulsiones/Epilepsia	☐ Sí	☐ No	Enfermedad Reumática Corazón	☐ Sí	☐ No
Problemas de Sangrado	☐ Sí	☐ No	Otra	☐ Sí	☐ No

Alguna cirugía / Otro / Explique: _____
¿Tiene su hijo/a alguna alergia? ☐ Sí ☐ No
Si dijo sí, por favor explique : _____
Lista de medicamentos que su hijo/a esté tomando:
_____

HISTORIA DENTAL

¿Tiene alguna preocupación de los dientes de su hijo/a? _____

¿Tiene su hijo/a miedo o alguna condición que pueda hacer difícil su cuidado dental?

_____

¿Su hijo/a ha visitado algún dentista antes? ❑ Sí, el año pasado ❑ Sí, hace más de un año ❑ No

SEGURO o INFORMACION DE MISSOURI HEALTH NET (Por favor llene/o incluya una copia de la tarjeta)

Nombre del Seguro Dental:_____ Empleador:_____

Nombre del Asegurado Principal: _____ FDN: _____ Grupo #_____

Núm. de Póliza / Núm. de ID: _____ SSN #: _____ Tel. del Seguro#_____

Dirección del Seguro _____

Medicaid / MO HealthNet : _____

CONSENTIMIENTO PARA EL DIGNOSTICO Y TRATAMIENTO PREVENTIVO Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

Por favor marque cualquier tratamiento/consentimiento que usted no desea que su hijo/a reciba:

DENTAL: Yo/Nosotros consentimos para que mi/nuestro hijo/a reciba servicios de cuidado dental preventivo en la clínica portátil de ACCESS. Los servicios dentales preventivos incluyen pero no están limitados a revisiones, fluoruro, limpiezas, exámenes, rayos x y selladores. Entiendo que éste consentimiento es válido por un año de la fecha de la firma.

Asignación de Beneficios: Yo/Nosotros entendemos que los servicios elegibles pueden ser facturados al Medicaid y/o a un seguro privado. Autorizo e instruyo que todas las ganancias del seguro sean pagadas a ACCESS, pagadas con cheque al dentista y/o médico los beneficios de gastos permitidos, y de otra forma que se me paguen, bajo mi póliza de seguro actual, como pago adelantado para cubrir el cargo total de los servicios profesionales prestados. Yo/Nosotros autorizo a ACCESS para divulgar o recibir información en la elegibilidad y/o información de beneficios para el propósito de llenar el reclamo del seguro. También entiendo que información adicional será necesaria de mi expediente para conseguir los beneficios máximos. Yo/Nosotros reconocemos que recibimos la Noticia de Prácticas de Privacidad HIPAA que está junto a ésta forma de consentimiento. Entiendo que éste consentimiento es válido por un año de la fecha de la firma. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento si lo requiero. Además, Yo/Nosotros los padres del aplicante o guardianes autorizamos a ACCESS o al individuo designado por ACCESS para actuar en mi/nuestro nombre en caso de emergencia o de enfermedad.

Forma de asistencia de Saldo del Paciente de Dental Móvil: Esta forma califica a su hijo para recibir asistencia monetaria a través de los fondos de beca de cuidado de caridad para el saldo de la factura del paciente (estudiante) cuando reciba servicios dentales portátiles en la escuela. Si esta forma no se completa el balance será cobrado a la dirección de los padres. Al firmar ésta forma, solicito asistencia con el saldo de la factura de los servicios dentales recibidos en la escuela a nombre del paciente mencionado.

Doy mi consentimiento para que se tome cualquier fotografía que mi hijo/a necesite para la documentación, tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de salud.

_____

Nombre del paciente

_____ _____

Firma del Padre/Tutor Legal ***Fecha***

- Anderson Dental: 417-845-2273 Joplin Dental: 417-782-0080
- Cassville Dental: 417-847-0057 Neosho Dental: 417-451-0977
- Carthage Dental: 417-674-2141