

☐ Nuevo paciente ☐ Paciente ReingresanteNombre: _____, _____
(Apellido) (Primer Nombre)

Inicial de su Segundo Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero: Masculino a Femenino ☐ Transgénero: Femenino a Masculino
☐ Género no Conforme ☐ Otro: _____ ☐ Prefiero no responder

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

¿Estuvo sin hogar o tuvo un hogar inestable en los últimos 12 meses? ☐ Si ☐ NoLenguaje(s): _____ ¿Necesita Interprete? ☐ Si ☐ NoEstado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a**RAZA**

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| ☐ Africano/a | ☐ Nativo de Hawái / | ☐ Indio/a Americano/a o | ☐ Multirracial |
| ☐ Afroamericano/a o Negro | ☐ Islas del Pacífico | ☐ Nativo/a de Alaska | ☐ Desconocido |
| ☐ Asiático/a | ☐ Blanco/a | ☐ Árabe/Medio Oriente | |
| | ☐ Hispano/a o Latino/a | | |

INFORMACIÓN DE CONTACTONum. Telefónico (Principal): _____ ☐ Cel ☐ Hogar ☐ Otro: _____Num. Telefónico (Secundario): _____ ☐ Cel ☐ Hogar ☐ Otro: _____

Correo Electronico: _____

Es posible que necesitemos comunicarnos con usted. Por favor indique su modo preferido de recibir mensajes:

- | | |
|--|---|
| ☐ Correo de voz | ☐ Solo contactar a UNA PERSONA ESPECÍFICA:
(Indique el nombre de la persona)
_____ |
| ☐ Mensajes de texto | |
| ☐ Marque aquí para no recibir mensajes. | |

Contacto de EMERGENCIA:

Nombre: _____

Num.Telefonico: _____

HISTORIAL DENTAL

¿Esta actualmente conectado a una Clínica Dental? ☐ Si ☐ No

Nombre de la Clínica: _____

Nombre del Doctor/ Proveedor de Salud: _____

Dirección: _____

Num. Telefónico: _____ Fax: _____

Si usted ha recibido cuidado de alguna otra Clinica Dental en los ultimos 12 meses, porfavor llene lo siguiente respectivamente:

Nombre de la Clínica: _____

Nombre del Doctor/Proveedor de Salud: _____

Dirección: _____

Num. Telefónico: _____ Fax: _____ ☐ Actual ☐ Previo

¿Tiene registros dentales de alguna clinica previa que le gustaría compartir con nosotros?

☐ No ☐ Si - Por favor solicite un formulario de autorizacion para el acceso de informacion a la recepcion.

En una escala del 1-10 cuanta ansiedad siente al recibir tratamiento dental, 1 siendo nada de ansiedad y 10 siendo extrema ansiedad?

A pasado por alguna mala experiencia en el dentista? En caso afirmativo, por favor explique.

Tiene informacion adicional que le gustaria compartir con nosotros para poder asegurar el mejor tratamiento?

INFORMACION DE SEGURO DENTAL

¿Usted Tiene Seguro Dental? (Incluye Medicare/Apple health/Medicaid) ☐ Si ☐ No

Seguro Dental: _____

Staff initial: _____ Patient Name: _____

ESTATUS/ INGRESOS

País de nacimiento: _____

¿Es Veterano? ☐ Si ☐ No ¿Alguna vez se a enlistado al Ejercito de los EE. UU? ☐ Si ☐ No

¿Eres visitante? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo ¿Cual es la fecha de salida?: _____

Sus ingresos anuales y el tamaño de su familia determinaran su elegibilidad al programa dental de Lahai Health. Sus respuestas se mantendrán en nuestros archivos y en estricta confidencialidad.

Por favor elija una forma de verificación de ingresos:

- Talones de cheque de los 3 meses mas recientes
- Carta de apoyo
- Carta de verificación de ingresos
- Explicación de su estado financiero

Actualice sus ingresos anualmente. Por favor traiga una copia a su cita.

¿Esta empleado/a? ☐ Si ☐ No	Ingreso Mensual:
¿Alguien más en su hogar tiene algún tipo de ingreso que lo respalde? (cónyuge, pareja, padre, etc.) ☐ Si ☐ No	Ingreso mensual de persona(s) adicional(es):
¿A cuantas personas apoyas con la cantidad total de ingresos? _____	

¿Hay algun tipo de ingreso adicional en su hogar? *En caso afirmativo, llene lo siguiente:*

Otros Ingresos	
Seguro Social:	\$
Estampillas de comida:	\$
Asistencia publica:	\$
Jubilación:	\$
Manutención de niños / Cónyuges:	\$
Otra:	\$
TOTAL:	\$

Yo afirmo y juro que la información que provei es verdadera y correcta según mi leal conocimiento. Entiendo que el falsificamiento y/o la exclusion de cualquier informacion puede descalificarme de la consideracion y/o admision al programa Dental de Lahai Health. Acepto que devo informar a Lahai Health de cualquier cambio significativo en mis ingresos y acepto a cumplir con las reglas y regulaciones de la organizacion si soy admitido/a a el programa Dental de Lahai Health a traves de esta solicitud. Por lo presente, e leído la informacion provista y la entendi.

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Staff initial: _____ Patient Name: _____

CONTRATO DE PRIVACIDAD

Este aviso describe las formas en que Lahai Health pudiera utilizar y compartir su información médica y personal. Cualquier información personal que incluya su nombre, dirección, fecha de nacimiento, números de identificación y telefónicos, e información de salud física y mental (pasado, presente, y futuro) es considerada información demográfica, privada, y protegida.

En Lahai Health, la información privada de nuestros pacientes se puede utilizar y compartir de varias maneras para asegurar el mejor cuidado de salud de nuestros pacientes. Por ejemplo, Si uno de nuestros médicos recomienda que uno de nuestros pacientes visite a un especialista, es posible que tengamos que revelar el nombre del paciente y la razón de la visita a la nueva clínica. También, puede que tengamos que confirmar la información personal de nuestros pacientes al ordenar recetas médicas a las farmacias o al mandar muestras de nuestros pacientes a los laboratorios. En estos casos y en casos similares es necesario compartir este tipo de información demográfica.

Sin embargo, hay situaciones en las cuales pueda ser necesario revelar su información privada sin su autorización. Estas situaciones incluyen pero no están limitadas a emergencias, reportes necesarios a instituciones de salud pública, y si se requiere, a las autoridades legales. No obstante, Usted tiene derechos respecto a nuestro uso de su información privada. Tiene el derecho a limitar la divulgación de su información al redactar un acuerdo, tiene el derecho a saber si hemos compartido su información con propósitos que no tengan que ver con su cuidado de salud, y tiene el derecho de revisar sus archivos médicos y hacer las modificaciones o correcciones necesarias. Esta notificación se mantendrá en nuestros archivos y usted tiene el derecho de presentar cualquier queja respecto a la divulgación de su información al director de la clínica Lahai Health en cualquier momento.

He leído y entiendo el contrato de privacidad, y que puedo obtener una copia personal de la información si la solicito. Este contrato se mantendrá en efecto hasta que sea revocado por escrito por el signatario.

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

POLIZA DE ASISTENCIA

Es importante que nuestros pacientes mantengan sus citas. Cuando un paciente no se presenta a su cita, cancela al último momento, o llega tarde, perdemos la oportunidad de ofrecerle ayuda a otros pacientes en busca de cuidado dental económico, accesible, y de alta calidad. Por esta razón, **si necesita cancelar o reprogramar su cita, por favor llámenos CON UN MÍNIMO DE 2 DÍAS DE ANTICIPACIÓN al 206-899-4768 (Línea en Español).** Si su llamada no es contestada, Por favor deje un mensaje detallado, y si su cita cae en Lunes, por favor llame el Jueves anterior.

TARDANZA: Si usted llega a su cita más de 10 minutos tarde, es posible que tengamos que reprogramar su cita por falta de tiempo.

CITAS PERDIDAS: Si usted pierde **MÁS DE 2 CITAS** sin previa notificación dentro de un año, no podrá hacer citas por 6 meses. Ya que acabe este periodo, recibirá una carta de notificación para poder programar sus citas.

He leído y entiendo la póliza de asistencia y estoy de acuerdo a seguir los términos de la póliza.

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Staff initial: _____ Patient Name: _____

CONSENTIMIENTO DE CUIDADO Y ATENCION DENTAL

Estoy de acuerdo a compartir mi información médica y dental con Lahai Health y otras instituciones medicas necesarias a traves de Lahai Health para poder recibir la mejor atencion dental posible. Por lo presente, estoy de acuerdo a recibir el cuidado y atención dental de Lahai Health.

Yo afirmo y juro que la información que provei en este formulario de registro es verdadera y correcta según mi leal conocimiento, e informaré a Lahai Health de cualquier cambio en mis ingresos, estado de seguro dental y medico, salud, medicamentos, e información de contacto.

Esta autorizacion se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por escrito por el signatario.

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

ACUERDO FINANCIERO

CADA CUENTA DEBE PAGARSE EL DIA DE LA CITA. Si algun procedimiento require multiples citas, se require el pago completo de cada cita. Aceptamos tarjeta de debito, crédito, y dinero en efectivo exacto. Todos los servicios dentales de emergencia o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos deben pagarse al momento del servicio.

Si alguien mas sera responsable de sus gastos, por favor llene lo siguiente.

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSIBLE (QUE NO SEA EL PACIENTE)

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Condado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Núm. Telefonico (Hogar): _____ Núm. Telefonico (celular): _____

He leído, entiendo, y acepto el acuerdo financiero.

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

HISTORIAL SOCIAL

¿Dónde vive ahora? ☐ Casa ☐ Departamento ☐ Vehículo ☐ Sin hogar/vivienda inestable
☐ Otro: _____ ☐ Prefiero no contestar

¿Se siente seguro en su relación actual? ☐ No ☐ Si

Orientación sexual: ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Prefiero no contestar

Uso de Cafeína (Café/Té/Soda): ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Moderado ☐ Diario ☐ Previamente, pero renuncié

Uso de Alcohol: ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Moderado ☐ Diario ☐ Previamente, pero renuncié

Uso de Tabaco: ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Moderado ☐ Diario ☐ Previamente, pero renuncié

Uso de Marijuana: ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Moderado ☐ Diario ☐ Previamente, pero renuncié

Uso de Drogas Recreativas: ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Moderado ☐ Diario ☐ Previamente, pero renuncié

Ejercicio: ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Moderado ☐ Diario, Types of Exercise: _____

***CUANDO LAS PAGINAS 1-6 ESTEN COMPLETAS, POR FAVOR ENTREGUE A LA RECEPCION UNA FORMA DE IDENTIFICACIÓN (SOLO PARA EXCEPCION DE SEGURO DENTAL), TARJETAS DE SEGURO Y DOCUMENTACIÓN FINANCIERA QUE HAYA TRAÍDO. ***

RECEPTION USE ONLY:

☐ Clinic Site: _____

☐ Copy of Identification (ID) provided (*indicate type*): _____

☐ Financial Documents provided (*indicate type*): _____

☐ Copy of Insurance Cards provided (*only for patients with any insurance*)

☐ Explanation of Financial Standing form completed (*if applicable*)

☐ ROI for dental/medical records completed (*if needed*)

☐ Signed medical interpreter form (if applicable indicate type): _____

☐ Signed Text Messaging (SMS) consent (if applicable)

☐ Specify what percentage patient falls under the Federal Poverty Level (*Refer to the FPL chart*): _____%

☐ **FOR DENTAL USE ONLY:** Circle what percentage discount the patient is approved for:

Staff initial: _____ Patient Name: _____

HISTORIAL MEDICO

A pesar de que su tratamiento sera dental y no medico general, la boca juega un inportante papel en la salud general de nuestro cuerpo. Nuestra salud oral puede ser afectada por diferentes condiciones medicas y medicamentos que estemos tomando; tambien podría tener una importante interrelación con el tratamiento odontológico que reciba.

PREGUNTAS GENERALES

¿Está bajo cuidado médico actualmente? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, cual es el nombre de tu proveedor medico: _____

¿Cómo considera su salud?

☐ Excelente ☐ Buena ☐ Favorable ☐ Pobre

¿Tienes alguna de las siguientes condiciones?

Tuberculosis Activa	Si ☐	No ☐
Tos que ha persistido por más de 3 semanas	Si ☐	No ☐
Tos que produce sangre	Si ☐	No ☐

¿Alguna vez ha...

Estado expuesto a alguien con Tuberculosis?	Si ☐	No ☐
Estado hospitalizado u operado de gravedad?	Si ☐	No ☐
Tenido una herida seria en la cabeza o cuello?	Si ☐	No ☐
Tenido un transplante de algun organo?	Si ☐	No ☐
Tenido un reemplazo de coyuntura?	Si ☐	No ☐
Tenido historial de Endocarditis infecciosa?	Si ☐	No ☐
Tenido desordenes alimenticios?	Si ☐	No ☐
Tomado Phen-Fen o Redux?	Si ☐	No ☐
Tomado Bisfosfonatos orales:	Si ☐	No ☐
ej. Fosamax, Boniva, Actonel		
Tomado Intravenosa Bisfosfonatos	Si ☐	No ☐
ej. Bonefos, Aredia, Reclast, Zometal		

(Mujeres) Estas...

☐ Tomando anticonceptivos orales
☐ Embarazada /Intentando
☐ Amamantando
☐ Ninguno

SINTOMAS Y CONDICIONES

Indique si esta experimentando alguno de los siguientes sintomas o condiciones.

Condiciones Cardiovasculares

Cardiopatía congénita	S ☐ N ☐	Angina (dolor en el pecho)	S ☐ N ☐	Inflamación del tobillo	S ☐ N ☐
Prolapso de Válvula mitral	S ☐ N ☐	Ataque del corazón	S ☐ N ☐	Palpitaciones	S ☐ N ☐
Soplo del Corazón	S ☐ N ☐	Enfermedad coronaria del corazón	S ☐ N ☐	Presión arterial alta	S ☐ N ☐
Arritmia	S ☐ N ☐	Fallo del Corazón	S ☐ N ☐	Presión arterial baja	S ☐ N ☐
Enfermedad reumatoide del corazón	S ☐ N ☐	Desfibrilador implantado	S ☐ N ☐		
Endocarditis infecciosa	S ☐ N ☐	Marcapasos	S ☐ N ☐		
Válvula artificial de Corazón	S ☐ N ☐	Arteriosclerosis	S ☐ N ☐		

Condiciones Respiratorias / Pulmonares

Asma	S ☐ N ☐	Neumonía	S ☐ N ☐	Roncar	S ☐ N ☐
Bronquitis	S ☐ N ☐	Sinusitis	S ☐ N ☐	Apnea del sueño	S ☐ N ☐
Efisema/COPD	S ☐ N ☐	Tos Persistente	S ☐ N ☐	Sarcoidosis	S ☐ N ☐
Tuberculosis	S ☐ N ☐	Duerme sobre muchas almohadas	S ☐ N ☐	Dificultad al respirar	S ☐ N ☐

Diabetes o Desorden Endocrino

Diabetes	S ☐ N ☐	Problemas de Tiroides	S ☐ N ☐	Desorden glándula suprarrenal	S ☐ N ☐
----------	---	-----------------------	---	-------------------------------	---

Condiciones del Riñón o Urogenital

Piedras en el Riñón	S ☐ N ☐	Falla renal/Insuficiencia	S ☐ N ☐	Díalisis	S ☐ N ☐
Orina Frecuente	S ☐ N ☐				

Cáncer o Tumores

Maligno	S ☐ N ☐	Benigno	S ☐ N ☐
---------	---	---------	---

Condiciones Neurológicas/ Nerviosas

Derrame cerebral	S ☐ N ☐	Depresión	S ☐ N ☐	Convulsiones/epilepsia	S ☐ N ☐
Ataque isquémico transitorio	S ☐ N ☐	Ansiedad	S ☐ N ☐	Neuropatías	S ☐ N ☐
Mareo o Desmayos	S ☐ N ☐	Estrés post-traumático-TEPT	S ☐ N ☐	Esclerosis Múltiple	S ☐ N ☐
Adormecimiento	S ☐ N ☐	Desorden de salud Mental	S ☐ N ☐	Enfermedad de Parkinson's	S ☐ N ☐
Debilidad	S ☐ N ☐	Tras. Obsesivo/compulsivo	S ☐ N ☐	Deficit de atención/ TDAH	S ☐ N ☐
Dolor de cabeza	S ☐ N ☐	Demencia/Alzheimer's	S ☐ N ☐		

Condiciones de Sangre/ Hematológicas

Anemia	S ☐ N ☐	Trombosis venosa profunda	S ☐ N ☐	Múltiple mieloma	S ☐ N ☐
Desorden de sangre	S ☐ N ☐	Enfermedad de células falciformes/trait	S ☐ N ☐	Leucemia	S ☐ N ☐
Te salen moretones fácil?	S ☐ N ☐	Talasemia	S ☐ N ☐	Linfoma	S ☐ N ☐

Condiciones Gastrointestinales (GI)

Reflujo ácido (GERD)	S ☐ N ☐	Síndrome del int. irritable	S ☐ N ☐	Hepatitis	S ☐ N ☐
Acidez estomacal	S ☐ N ☐	Enfermedad de Crohn	S ☐ N ☐	Cirrosis	S ☐ N ☐
Úlceras	S ☐ N ☐	Cálculos biliares	S ☐ N ☐	Ictericia	S ☐ N ☐

Condiciones de su musculoesqueleto/ tejidos conectivos

Artritis	S ☐ N ☐	Gota	S ☐ N ☐	Fibromialgia	S ☐ N ☐
Osteoporosis	S ☐ N ☐	Lupus	S ☐ N ☐	Esclerodermia	S ☐ N ☐
Reemplazo de articulación	S ☐ N ☐	Trastorno TMJ	S ☐ N ☐		

Enfermedades Infecciosas

VIH (Virus de inm. Hum.)	S ☐ N ☐	EST (Enf. transm. Sex)	S ☐ N ☐	Herpes oral	S ☐ N ☐
Sida	S ☐ N ☐	SARM (Infecc. Por estafilococo.)	S ☐ N ☐	Mononucleosis	S ☐ N ☐

Condiciones de Cabeza / Ojos / Oído / Nariz / Garganta

Problemas con su visión	S ☐ N ☐	Glaucoma	S ☐ N ☐	Sordera	S ☐ N ☐
Uso de lentes de contacto	S ☐ N ☐	Catarata	S ☐ N ☐		

Condiciones Dermatológicas: Psoriasis (piel seca) S ☐ N ☐

ALERGIAS

¿Tienes alguna de las siguientes alergias?

☐ Nada	☐ Látex	☐ Barbiturico, Sedativos, o pastillas para dormir
☐ Penicilina	☐ Sulfamida	☐ Metales: _____
☐ Aspirina	☐ Anestésicos locales	☐ Otro: _____
☐ Codeína		

En caso afirmativo, cual es su reaccion? _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

Por favor anote todos los medicamentos que este tomando (con receta, sin receta, y suplementos).

Nombre del medicamento	Dosis (mg/ml)	Frecuencia	fecha de comienzo	Recetado por...

Por favor indique el nombre de su farmacia preferida para recoger medicamentos:

Farmacia: _____

Direccion: _____ Num.Telefonico: _____

Staff initial: _____ Patient Name: _____

Por favor indique cualquier diagnóstico médico actual:

1. _____ Fecha Diagnosticada: _____
2. _____ Fecha Diagnosticada: _____
3. _____ Fecha Diagnosticada: _____

Enumere las hospitalizaciones, cirugías o visitas a la sala de emergencias que haya tenido.

1. _____ Fecha: _____
2. _____ Fecha: _____
3. _____ Fecha: _____

CUIDADO ESPIRITUAL

¿ Le gustaría que alguien ore con/por usted o conteste preguntas basadas en la fe? ☐ Si ☐ No

¿Tiene otras preocupaciones/ necesidades? (Vivienda, estampillas de comida, Asistencia financiera, transporte)

☐ Si ☐ No

Si respondió si a cualquiera de estas preguntas, por favor hable con alguien del equipo dental o la recepción.

***¿ Como se entero de Lahai Health?

☐ En línea ☐ Goodwill ☐ Iglesia: _____

☐ Voluntario de Lahai Health ☐ Familia/Amigos ☐ Otro: _____

FIRMA

He respondido correctamente a las preguntas de este formulario según mi leal conocimiento. Yo entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligrosa para mi (paciente) salud y que es mi responsabilidad informar a Lahai Health de cualquier cambio en mi estatus médico.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

☐ As a provider I have reviewed page 6, 7, & 8, of this patient's intake form.

**MEDICAL CLEARANCE REQUIRED? YES ___ NO ___

Provider's Name (printed)

Provider's Signature

Date

Staff initial: _____ Patient Name: _____