

Paquete anual de actualización para pacientes - Dental

INFORMACIÓN DEL PACIENTE DENTAL			
Nombre		I.M.	Seguro social #
Dirección			
Teléfono residencial	Teléfono celular	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Edad
Correo electrónico:	☐ ¡Sí! Inscríbime para recibir actualizaciones por correo electrónico de Genesis.	Consentimiento para llamar ☐ Sí ☐ No Consentimiento para enviar un mensaje de texto ☐ Sí ☐ No	
Por favor, marque todo lo que corresponda			
Género: ☐ Masculino ☐ Femenino			
Idioma del asegurado: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Francés ☐ Alemán ☐ Italiano ☐ Lengua de Señas ☐ Otro _____			
Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a) ☐ Compañero(a) de vida			
Raza: ☐ Afroamericano/Negro ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Americano Indio/Nativo de Alaska ☐ Coreana ☐ Vietnamita ☐ Los isleños del Pacífico ☐ Indio(a) asiático(a) ☐ Chino(a) ☐ Filipino(a) ☐ Japones/japonesa ☐ Samoano(a) ☐ Guameña/Chamorro ☐ Prefieren no revelar ☐ Otro: _____			
Origen Étnico: ☐ Hispano(a)/Latino(a) ☐ Mexicano(a) ☐ Cubano(a) ☐ Americano(a) mexicano(a) ☐ Puertorriqueño(a) ☐ Declinar ☐ Otro _____		Estado de veterano: ☐ Sí ☐ No ☐ Declinar Estado agrícola: ☐ Sí ☐ no ☐ Disminución	
Estatus de personas sin hogar ☐ Sí ☐ No ☐ Declinar Vivienda pública ☐ Sí ☐ No ☐ Declinar		Estudiante: ☐ Sí, tiempo completo ☐ sí, tiempo parcial ☐ no En caso afirmativo, proporcione el nombre de la escuela:	
Proveedor de atención primaria actual: Ciudad/Estado/Teléfono:		Fecha de la última visita con el proveedor actual: ¿Desea cambiar de proveedor actual: ☐ SÍ ☐ NO	
Actualmente tratado por salud en el hogar/vistas a domicilio/hospicio ☐ SÍ ☐ NO			
Farmacia actual: Ciudad/Teléfono #:			
¿Tiene alguna preferencia de proveedor? ☐ SÍ ☐ NO Proveedor solicitado:			
Contacto de emergencia (mayores de 19 años): Nombre: _____ Teléfono #: _____ Relación: _____			
¿Cómo se enteró de Genesis Healthcare? Por favor, seleccione uno: Referencia; ☐ Fuente de referencia: _____ ☐ Paciente Actual ☐ Redes Sociales ☐ Anuncios ☐ Artículo de periódico ☐ Evento comunitario			
¿Está interesado en servir en la Junta Directiva de Genesis Healthcare? ☐ SÍ ☐ NO			

SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre del asegurado (si no es paciente):		Compañía de seguros:
Dirección:		
SSN:	DOB:	Empleador:

SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Nombre del asegurado (si no es paciente):		Compañía de seguros:
Dirección:		
SSN:	DOB:	Empleador:

RECONOCIMIENTO NARCÓTICO

Yo (Nombre del Impreso) reconozco que se me ha explicado que Genesis Healthcare, Inc. no proporciona manejo del dolor narcótico crónico. Esto incluye el uso de medicamentos narcóticos, así como otras sustancias controladas suplementarias. Entiendo y acepto que el médico de esa instalación me remitirá a otra clínica para el manejo del dolor.

Firma del paciente/fecha del representante autorizado del paciente _____ Fecha _____

Relación con el paciente si el paciente no puede firmar _____

CONTESTADOR AUTOMÁTICO/MENSAJES DE CORREO DE VOZ

Puede haber ocasiones en que nuestra oficina no pueda comunicarse con usted por teléfono. Con su permiso, nos gustaría poder dejar mensajes en su contestador automático / correo de voz del teléfono celular. Para cumplir con las estrictas normas legales, una autorización por escrito nos permitirá dejar un mensaje en su contestador automático. Al firmar a continuación, nos autoriza a dejar mensajes en su contestador automático al número de teléfono que nos ha proporcionado en su registro.

Firma del representante autorizado del paciente/paciente: _____

Nombre del paciente (versión impresa): _____ Fecha: _____

Relación con el paciente si no puede firmar: _____

AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Algunos pacientes prefieren que otras personas, especialmente los Algunos pacientes prefieren que otras personas, especialmente los miembros de la familia tengan acceso a su información médica. Para cumplir con las estrictas normas legales, se requiere una autorización por escrito para permitir que otra persona acceda a sus registros médicos. Esta autorización otorga permiso a la(s) persona(s) que se enumeran a continuación para: Hacer o confirmar citas, tener acceso a radiografías y hallazgos de laboratorio, recoger medicamentos de muestra, estar al tanto de su diagnóstico, pronóstico y planes de tratamiento, y servir como su contacto de emergencia. Este permiso se aplica a los mensajes telefónicos y contestadores automáticos, así como a otros medios de comunicación.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Impresión del paciente: _____

1. Parte designada: _____

Teléfono: _____ Relación _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Yo, el abajo firmante, autorizo y doy mi consentimiento para exámenes dentales, radiografías, análisis de sangre/laboratorio, procedimientos invasivos o quirúrgicos y otros servicios médicamente apropiados bajo la supervisión general o específica de cualquier miembro del personal médico de Genesis Healthcare, Inc. para el paciente nombrado en este formulario.

Se entiende que esta autorización se otorga antes de que se requiera cualquier diagnóstico, tratamiento o atención específica, pero se otorga para proporcionar autoridad y poder para prestar atención por parte de los proveedores de Genesis Healthcare, Inc. en el ejercicio de su mejor juicio que consideren conveniente. Entiendo que la ley estatal requiere que los médicos reporten ciertas enfermedades transmisibles al Departamento de Salud. Código SC Ann. Sec 44-29-10. Artículo 61-20.

Estoy de acuerdo en que si salgo del consultorio de un médico en contra del consejo de mi(s) médico(s) de Genesis Healthcare, Inc. y su personal, están liberados de responsabilidad u obligación por cualquier lesión o daño que pueda resultar de salir en contra del consejo médico. Autorizo a un médico de Genesis Healthcare, Inc. a hacerme la prueba de anticuerpos contra el VIH o tuberculosis cuando el médico o cualquier empleado están expuestos a fluidos corporales de una manera que puede transmitir el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o la infección de tuberculosis. En el caso de tal exposición, se considerará que usted ha dado su consentimiento para dicha prueba y que ha dado su consentimiento para la divulgación de los resultados de la prueba a la(s) persona(s) que pueda haber estado expuesta.

Firma del representante autorizado del paciente/paciente: _____

Nombre del paciente (Impreso): _____ Fecha: _____

Relación con el paciente si no puede firmar: _____

HISTORY INTAKE

Historia Dental

¿Te sangran las encías cuando te cepillas o usas hilo dental?	Si	No	¿Estás experimentando algún dolor o molestia dental?	Si	No
¿Tus dientes son sensibles al frío, al calor, a los dulces o Presión?	Si	No	¿Rechinas los dientes?	Si	No
¿Tienes la boca seca?	Si	No	¿Tienes llagas o úlceras en la boca?	Si	No
¿Te han hecho algún tratamiento periodontal (de las encías)?	Si	No	¿Llevas dentadura postiza o parcial?	Si	No
¿Has recibido tratamiento ortodóncico (con brackets)?	Si	No	¿Has tenido una lesión en la cabeza o la boca?	Si	No
¿Has tenido algún problema con anteriores?	Si	No	¿Tienes algún clic, chasquido o molestia en la ventana?	Si	No
¿Tratamiento dental?			Tu mandíbula?		
¿Tienes dolor de oído o de cuello?	Si	No	¿Usas tabaco (fumar, rapé, masticar)?	Si	No
¿Tienes una válvula cardíaca artificial?	Si	No	¿Has tenido una infección cardíaca (endocarditis)?	Si	No
¿Alguna vez has tenido un infarto?	Si	No	Otros:		
¿Qué opinas de tu sonrisa?					

Historia médica

Anemia	Si	No	Sabor	Si	No	Osteoporosis	Si	No
Ansiedad	Si	No	Acidez	Si	No	Problemas de próstata	Si	No
Artritis	Si	No	Problemas cardíacos	Si	No	Alergias estacionales	Si	No
Asma	Si	No	Hipertensión	Si	No	Convulsiones	Si	No
Enfermedad autoinmune	Si	No	Colesterol alto	Si	No	Problemas de piel	Si	No
Problemas de espalda	Si	No	Infecciones (HIV, TB, etc)	Si	No	Problemas de sueño/Apnea	Si	No
Problemas óseos	Si	No	Problemas renales	Si	No	Problemas estomacales/intestinales	Si	No
Trastorno de la coagulación	Si	No	Problemas pulmonares	Si	No	Golpe	Si	No
Demencia	Si	No	Migrañas	Si	No	Consumo de sustancias	Si	No
Diabetes	Si	No	Trastornos mentales	Si	No	Enfermedad tiroidea	Si	No
Fibromialgia	Si	No	Enfermedad nerviosa/muscular	Si	No	Otro:	Si	No

Historial de medicación

Enumera todos los medicamentos (incluyendo vitaminas, hierbas, medicamentos de venta libre):

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Historia de alergias

Haz una lista de todas las alergias (medicamentos, alimentos, materiales)

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Historial quirúrgico

Lista de todas las cirugías (Cuándo y dónde):

-
-
-
-
-

Historia del hospital

Lista de estancias hospitalarias más recientes (cuándo y dónde)

-
-
-
-
-

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Por favor envíe los registros por fax a la atención: _____

Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica individual como se describe a continuación. Entiendo que la información que autorizo a una persona o entidad a recibir puede volver a divulgarse y ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. (Nota: La Ley de Carolina del Sur prohíbe la redivulgación de registros de salud mental).

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Seguro Social #:** _____

Persona/Organización que divulga la información: _____

Persona/Organización que recibe la información (Marque todas las que correspondan):

Ubicación/Departamento	Dirección	Teléfono	Fax
☐ Pee Dee Health Care	201 Cashua St. Darlington, SC 29532	843.393.7452	843.393.6210
☐ Genesis Healthcare, Darlington (Behavioral Health)	115 Exchange St. Darlington, SC 29532	843.393.9421	843.968.3473
☐ Olanta Family Care	211 S Jones Rd Olanta, SC 29114	843.396.9730	843.396.9735
☐ Lamar Family Care	301 W Main St. Lamar, SC 29069	843.395.8400	843.395.8401
☐ Genesis Healthcare Florence OB/GYN	1523 Heritage Ln. Florence, SC 29505	843.673.9992	843.968.3466
☐ Genesis Healthcare Florence Family Medicine and Urology	1523 Heritage Ln. Florence, SC 29505	843.673.0900	843.968.3479
☐ Lowcountry Pediatrics	99 Bridgetown Rd. Goose Creek, SC 29445	843.572.3300	833.771.2207
☐ Walterboro Family Care & Pediatrics	830 Robertson Blvd. Walterboro, SC 29488	843.781.7428	843.781.7429
☐ Walterboro Family Care & Pediatrics Dental	830 Robertson Blvd. Walterboro, SC 29488	843.584.4311	843.584.4312
☐ Walterboro Family Care Endocrinology	830 Robertson Blvd. Walterboro, SC 29488	843.538.8585	843.538.4777

Información para el período de tratamiento: Desde (Fecha): _____ **Hasta (Fecha):** _____

☐ Notas de Oficina ☐ Notas de Hospital ☐ Informes de Laboratorio ☐ Consulta ☐ Pruebas de Radiología
☐ Informes de Pruebas Auxiliares Informes ☐ Otro (especifique) _____

Propósito(s): ☐ Seguro ☐ Investigación Legal ☐ Evaluación de la Discapacidad ☐ Atención Continuada
Otros: _____

☐ Puedo solicitar que se me divulgue mi información para ejercer mi derecho de acceso y obtener una copia de mi PHI.

- Entiendo que la PHI puede incluir registros divulgados por proveedores de atención médica y centros que anteriormente me brindaron tratamiento.
- Entiendo que la PHI puede incluir información y registros protegidos por la Ley Federal (como el tratamiento del abuso de alcohol y drogas) y/o la Ley Estatal (como la salud mental, el SIDA o el VIH).
- Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Sin embargo, la revocación no se aplicará a la PHI que ya haya sido utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización. Póngase en contacto con el Oficial de Cumplimiento para iniciar el proceso de revocación.
- Entiendo que mi tratamiento por Genesis Healthcare Inc. no está condicionado a si proporciono autorización para el uso solicitado o la divulgación de mi PHI.
- Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por los estándares federales de privacidad.

He leído y entiendo esta Autorización. Certifico que soy el Paciente mencionado anteriormente o una persona autorizada para permitir la divulgación de registros en nombre del Paciente. Por la presente, libero a Genesis Healthcare, Inc. de cualquier responsabilidad o daño que surja en relación con o relacionado con el uso y / o divulgación de mi información médica protegida de conformidad con esta Autorización.

Nombre del paciente: imprima

Firma del paciente

Fecha

Representante autorizado

Relación del representante

Numero de teléfono

Acuerdo/Reconocimiento de Autocertificación Financiera del Paciente

Declaraciones del paciente (por favor ponga sus iniciales)

____ Si se aprueba mi solicitud, solicito que una farmacia de GHC surta todos mis medicamentos

____ Tengo la libertad de surtir mis recetas en cualquier farmacia y voluntariamente elijo usar los servicios de Farmacia profesional y entiendo que puedo elegir medicamentos de marca como mi medicamento preferido, cuando estén disponibles. Esa conformidad con la ley de Carolina del Sur y solicito que mis recetas se surtan con medicamentos de marca cuando estén disponibles. Esta declaración y solicitud permanecerán en pleno vigor y efecto hasta que solicite.

____ Reconozco que tengo la libertad de elegir medicamentos de marca como mi medicamento preferido, cuando estén disponibles, de conformidad con la Ley de Carolina del Sur y solicito que mis recetas se surtan con medicamentos de marca cuando estén disponibles. Esta declaración y solicitud permanecerán en pleno vigor y efecto hasta que solicite

____ Reconozco que GHC puede obtener autorizaciones previas para medicamentos de marca según lo autorice en este documento;

____ Acepto y solicito que GHC procese todos los cupones del fabricante en mi nombre;

____ Autorizo a GHC a entregarme o enviarme por correo mis recetas en caso de que no pueda recogerlas; Acepto

____ Tomar todos los medicamentos según lo recetado y notificaré a GHC de inmediato en caso de que no pueda seguir las instrucciones de los medicamentos prescritos;

____ Que cualquier autor remisión a un proveedor que no pertenezca a GHC se agregue a mi expediente médico de GHC y al proveedor a mi equipo de atención de GHC, de modo que la responsabilidad de la atención siga siendo de GHC;

____ Certifico bajo pena de ley en base a información y creencias formadas después de una investigación razonable, que las declaraciones contenidas en este documento son precisas y completas; y

____ Participaré activamente en todos los programas prescritos por mis médicos, como administración de casos, administración de enfermedades, atención preventiva, programas de bienestar y otros programas y/o servicios similares.

Doy fe de que la información anterior proporcionada a GHC es verdadera y precisa. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a GHC sobre cualquier cambio en mis ingresos y que debo volver a solicitar este programa cada 12 meses, o antes si los ingresos de mi hogar familiar cambian.

Firma del representante autorizado del paciente/paciente: _____

Nombre del paciente (Impreso): _____ **Fecha:** _____

Relación con el paciente si no puede firmar: _____