

Registro de pacientes dentales

Fecha: _____

Primer Nombre:		Segundo:		Apellido:	
Nombre preferido:			☐ Ella/Suya ☐ Él/Él ☐ Ellos/Ellas ☐ Otro: _____		
Número de seguro social:			Fecha de nacimiento (MM-DD-AAAA):		
Número de teléfono:			Dirección de correo electrónico:		
Dirección:			Departamento #		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:		
Nombre del contacto de emergencia:			Número de teléfono de contacto de emergencia		

Género ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Mujer transgénero a hombre ☐ Transgénero de hombre a mujer ☐ No se identifica con ninguna de las anteriores. ☐ Otro: _____	Etnicidad ☐ Hispano o latino ☐ No hispano ni latino	Race ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ asiático ☐ Blanco ☐ Mestizo ☐ Negro/afroamericano ☐ Isleño del Pacífico/Nativo hawaiano ☐ No estoy seguro ☐ Otra raza: _____
--	--	---

Tipo de familia ☐ Soltero ☐ Dos hogares de dos guardianes ☐ Madre Soltera ☐ Padre Soltero ☐ Todos los adultos (mayores de 18 años) ☐ Familia extendida ☐ Familia de acogida ☐ Otro: _____	Estado de la vivienda ☐ Sin hogar ☐ Refugio ☐ Programa de Vivienda de Transición ☐ Instalación para trastornos por uso de sustancias ☐ En riesgo de perder la vivienda ☐ Huyendo de la violencia doméstica ☐ Couchsurfing ☐ Vivienda estable - Alquiler ☐ Estable y con vivienda propia ☐ Otro: _____
--	---

Motivo de la asistencia ☐ Cita con el dentista ☐ Dificultades financieras ☐ Pérdida repentina del empleo ☐ No pude encontrar empleo ☐ Salario insuficiente para vivir dignamente ☐ Víctima de delito ☐ Servicios médicos a corto y largo plazo ☐ Desalojo ☐ Mudanza/Recién reubicado ☐ Cuidado de familiares enfermos o discapacitados ☐ Desastres meteorológicos/naturales ☐ Desorden familiar ☐ Fuego ☐ Personas sin hogar ☐ Otro: _____

Empleo ☐ Tiempo completa ☐ Medio Tiempo ☐ Incapacitado(a) ☐ Jubilado(a) ☐ No trabajo, pero está buscando trabajo ☐ Trabajo por cuenta propia ☐ Dueño de negocio ☐ Estudiante ☐ N/A ☐ Otro: _____	Estado civil ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viuda ☐ Asociados ☐ No aplica (menores de 18 años)	Educación ☐ Colegio ☐ Algo de colegio ☐ Estudios de posgrado o superiores ☐ Diploma o GED ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Estudios secundarios incompletos ☐ Escuela de Oficios ☐ No fui a la escuela
Idioma principal que se habla en casa: _____ ¿Necesita un traductor? ☐ Sí ☐ No		
¿Cómo te enteraste del Centro Seton?: _____		
Estatus militar ☐ Estado activo ☐ Veterano ☐ Sin servicio		

Historial médico

¿Actualmente se encuentra bajo atención médica? ____ Sí ____ No

En caso de si, Nombre del médico/Nombre del consultorio: _____

Número de teléfono: _____

¿Alguna vez ha estado hospitalizado o se ha sometido a una operación importante? ____ Sí ____ No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Ha sufrido alguna vez una lesión grave en la cabeza o el cuello? ____ Sí ____ No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Está tomando algún medicamento? ____ Sí ____ No

En caso afirmativo, por favor enumere:

¿Actualmente está tomando un anticoagulante? ____ Sí ____ No Nombre del medicamento: _____

¿Actualmente está tomando algún bisfosfonato? ☐ Sí ☐ No Nombre del medicamento:

¿Tiene usted SIDA o es VIH positivo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo fueron sus últimos análisis de laboratorio? Carga viral:

¿Tiene usted diabetes? ☐ Sí ☐ No ¿Cuándo fueron tus últimos laboratorios?

En caso afirmativo, ¿cuál fue su último valor de A1C? Nivel de glucosa en sangre:

¿Tiene alguna prótesis articular? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuándo fue la cirugía?

En caso afirmativo, ¿necesita medicación previa para sus citas dentales? ☐ Sí ☐ No

¿Consume tabaco? ☐ Sí ☐ No

¿Consume sustancias controladas? ☐ Sí ☐ No

¿Estás embarazada? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuándo es tu fecha probable de parto?

¿Actualmente estás amamantando? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita algún tipo de asistencia en el sillón dental? Por ejemplo, inhalador de rescate, oxígeno, nitroglicerina. ☐ Sí ☐ No

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes componentes?

☐ Aspirina ☐ Penicilina ☐ Codeína ☐ Acrílico

☐ Metal ☐ Látex ☐ Medicamentos con sulfamidas ☐ Anestésicos locales

¿Tiene otras alergias? Por favor, enumérelas:

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

☐ Hepatitis A ☐ Medicamento de cortisona ☐ Ataque al Corazon

☐ Alzheimer ☐ Diabetes ☐ Enfermedad de la tiroides

☐ Anafilaxia

☐ Epilepsia/Convulsiones ☐ Amigdalitis ☐ Anemia/Enfermedad de la sangre
☐ Hepatitis B ☐ Tuberculosis ☐ Angina de pecho/Dolor en el pecho
☐ Problemas renales ☐ Tumor ☐ Artritis ☐ Hipertensión ☐ Úlceras
☐ Gota ☐ Hepatitis C ☐ Presión arterial baja ☐ Presión arterial baja ☐ Colesterol alto
☐ Enfermedad venérea ☐ Articulación artificial ☐ Osteoporosis ☐ Problemas de sinusitis
☐ Asma/Enfisema ☐ Dolor en las articulaciones de la mandíbula ☐ Trastornos cardíacos
☐ Cáncer ☐ Atención psiquiátrica ☐ Herpes
☐ Quimioterapia ☐ Reumatismo ☐ Herpes labial ☐ Adicción a las drogas

¿Ha padecido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Aviso sobre prácticas de privacidad y derechos del paciente

La Clínica Dental del Centro Seton le ofrece una explicación detallada de sus derechos y de las prácticas que rigen el tratamiento de la información en su base de datos. Al firmar este formulario, usted reconoce que se le ha ofrecido o ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad/Derechos del Paciente y que ha tenido la oportunidad de revisarlo.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Consentimiento para el tratamiento

Autorizo al dentista de la Clínica Dental Seton Center, o a cualquier otro miembro del personal autorizado, a brindar el tratamiento y/o la consulta que consideren apropiados para mi atención o la de mi hijo/a. Asimismo, entiendo que todos los documentos médicos, incluidas las radiografías, seguirán siendo propiedad de la Clínica Dental Seton Center.

Firma del paciente:_____ **Fecha:**_____

Protocolo de emergencia para situaciones de riesgo vital

Nuestro personal está capacitado para responder a emergencias médicas y no médicas siguiendo nuestros protocolos. Contamos con equipos y materiales de emergencia (por ejemplo, desfibriladores externos automáticos, oxígeno y naloxona) en nuestras instalaciones. En caso de crisis, el personal iniciará los procedimientos adecuados, podrá contactar a los servicios de emergencia y guiará a los pacientes a un lugar seguro. Se espera que los pacientes mantengan la calma y sigan las instrucciones del personal. Reconozco que he sido informado/a de los procedimientos del centro en caso de emergencia médica o no médica. Entiendo que el personal capacitado responderá siguiendo los protocolos establecidos, podrá contactar a los servicios de emergencia si es necesario y guiará a los pacientes a través de los procedimientos de seguridad. Acepto seguir las instrucciones del personal para garantizar una respuesta segura y coordinada.

Firma del paciente:_____ **Fecha:**_____

Cesión de seguros y liberación de beneficios

Yo, el abajo firmante, certifico que yo/mis dependientes contamos con cobertura dental y autorizo a la Clínica Dental del Centro Seton a realizar todos los pagos de beneficios autorizados en mi nombre/en el de mis dependientes. Asimismo, autorizo la divulgación de cualquier información a cualquier aseguradora privada, tercero o agencia gubernamental responsable del pago de beneficios relacionados con cualquier reclamación presentada en mi nombre o en el de mis dependientes. Acepto asumir la responsabilidad financiera por todos los gastos de dicha atención.

Firma del paciente:_____ **Fecha:**_____

Expectativas y responsabilidades de los pacientes del Centro Seton

¡Bienvenidos a la Clínica Dental del Centro Seton! Nuestro objetivo es brindar servicios de salud dental asequibles y de calidad. Para lograrlo, nos basamos en una comunicación honesta y abierta con nuestros pacientes. Este documento tiene como propósito establecer un entendimiento entre usted y la Clínica Dental del Centro Seton sobre lo que puede esperar de cada uno en relación con su atención dental. Le rogamos que lea este documento como parte de su proceso de inscripción.

Se espera que los pacientes:

- Proporcione información completa y precisa sobre usted y su familia, e infórmenos de cualquier cambio en dicha información.
- **Notifiquenos con 24 horas de anticipación si necesita reprogramar una cita. Después de 3 citas perdidas, se aplicará un cargo de \$50. DEBE ser pagado ANTES Puedes reprogramar tu cita.**
- **Se solicita a los pacientes que lleguen a sus citas antes de la hora programada. Se concede un período de gracia. 10 minutos Se permitirán demoras imprevistas que un paciente pueda sufrir durante su viaje al consultorio para su cita programada. Si un paciente llega con más de 10 minutos de retraso a su cita, se le reprogramará.**
- Rechace el tratamiento si no desea recibirlo.
- Trate al personal de la Clínica Dental Seton Center con respeto y cortesía.
- Se espera el pago en el momento del servicio. Es necesario hacer arreglos. **PREVIO**a su cita programada.
- El paciente es el **SOLO**Se permite el acceso a una persona al consultorio a menos que se hayan hecho arreglos **PREVIO**a la cita programada.

Firma del paciente:_____ **Fecha:**_____

POLÍTICA DE CONDUCTA

Seton Center se compromete a brindar un servicio de calidad y un entorno seguro a nuestros clientes y pacientes. El éxito de nuestra organización depende de la confianza que nos ganamos de nuestros clientes y pacientes. El Centro Seton fomenta altos estándares de conducta e integridad personal. Es fundamental que nuestros clientes, pacientes, voluntarios y empleados nos comprometamos a adoptar estas normas de conducta para garantizar la seguridad de todos. No se tolerarán comportamientos disruptivos que no se ajusten al compromiso del Centro Seton de proporcionar un entorno seguro, y estos comportamientos darán lugar a medidas adicionales.

COMPORTAMIENTO PERTURBADOR: A los efectos de esta política y procedimiento, el comportamiento disruptivo que compromete la seguridad de los pacientes, asociados y/o visitantes del Centro Seton se define de la siguiente manera:

- A. Cualquier acción de pacientes, clientes o visitantes en Seton Center que interfiera con el funcionamiento y el flujo del lugar de trabajo y/o impida a los asociados llevar a cabo sus responsabilidades profesionales.
- B. Acciones físicas que no llegan a causar contacto o lesiones (acercarse agresivamente).
- C. Agresión física, con o sin armas.
- D. Conducta que una persona razonable interpretaría como potencialmente violenta.
- E. El comportamiento disruptivo puede manifestarse en un encuentro personal o utilizarse en cualquier medio, ya sea vídeo, comunicación telefónica o en formato escrito o impreso.

Algunos ejemplos específicos de comportamiento disruptivo incluyen, entre otros:

- Lenguaje fuerte o profano
- Estar bajo la influencia de drogas y/o alcohol.
- Amenazas directas, indirectas o implícitas
- Amenaza terrorista (amenaza de cometer un delito violento que cause lesiones corporales graves a otra persona o daños graves a la propiedad).
- Acercamientos no deseados hacia los demás
- Arrebatos persistentes o intensos
- Abuso verbal, como insultos despectivos.
- Comportamiento que interfiere con la capacidad de otros pacientes para acceder a la atención médica.
- Dañar la propiedad de la empresa o la propiedad personal de los particulares.
- Acoso sexual
- agresión sexual
- Abuso físico (por ejemplo, empujones, golpes, bofetadas o tocamientos inapropiados).
- Daños o destrucción de la propiedad de la clínica o de la propiedad personal de los individuos.
- epítetos raciales o étnicos
- Contacto no deseado hacia otras personas
- Contacto o comunicación inapropiada con un menor
- Posesión o exhibición de armas
- Intento de robo y/o robo

Las medidas disciplinarias pueden incluir, entre otras:

- Advertencia verbal
- Suspensión de Seton y de los servicios, si corresponde.
- Reunión con el Comité de Ética y Normas
- Prohibición permanente de acceso a las instalaciones del Seton Center.

Reconozco haber leído y comprendido la Política de Conducta del Centro Seton. Asimismo, entiendo que mi elegibilidad para recibir servicios del Centro Seton depende del cumplimiento de las normas de conducta del Centro para los clientes.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** ____/____/____