



WACO FAMILY MEDICINE



Formulario De Permiso Para La Clínica Dental Escolar

Por favor llene y todos los formularios adjuntos.

Una buena salud dental ayuda a los niños a estar sanos, aprender mejor y tener éxito en la escuela. Profesionales dentales con licencia de Waco Family Medicine irán a la escuela de su hijo para darle cuidado dental preventivo.

Este cuidado puede incluir revisar los dientes, tomar rayos X, limpieza, aplicación de flúor y selladores dentales para prevenir caries en las muelas permanentes.

Los servicios son para estudiantes que entregan todos los formularios firmados y no han tenido una revisión dental en los últimos 6 meses.

Si su hijo tiene seguro dental, lo usaremos. Si hay un copago, lo contactaremos.

No es necesario que los padres estén presentes.

Cada niño atendido recibirá una tarjeta de informe dental y una bolsita de regalo.

Si se necesita más cuidado, referiremos a su hijo a una de nuestras clínicas dentales.

Si no tiene seguro, ofrecemos descuentos según los ingresos del hogar. Marque esta casilla para saber más: ☐

Doy permiso para que mi hijo reciba servicios dentales preventivos del equipo dental escolar de Waco Family Medicine.

☐ Sí ☐ No

Este formulario de permiso es válido por 365 días después de la firma.

Nombre del Niño _____

Fecha de Nacimiento del Niño _____

Nombre del padre o madre _____

Firma del Padre o Madre _____

Si Tiene Preguntas, Contacte a Misty 254-313-6110 | wacofamilymedicine.org





Registro Anual

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Dirección _____ No. de apto. _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____
 Correo Electrónico del Paciente/Tutor _____ @ _____
 Teléfono de Casa _____ Teléfono de Celular _____ Teléfono de Trabajo _____

Método de Comunicación Preferido: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico (MyChart) ☐ Correo postal

Farmacia Preferida: ☐ Waco Family Medicine ☐ Otra _____

IDIOMA PREFERIDO ☐ Inglés ☐ Español ☐ De Señas / LSE ☐ OTRO	ESTADO CIVIL ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado	SEXO AL NACER ☐ Masculino ☐ Femenino	ETNICIDAD HISPANA O LATINA ☐ Origen no hispano, latino o español ☐ Sí, Mexicano, Mexico Americano, Chicano ☐ Sí, Puertorriqueño ☐ Sí, Cubano ☐ Sí, Otro Origen Hispano, Latino o Español	RAZA (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA) ☐ Blanca ☐ China ☐ Filipina ☐ Japonesa ☐ Coreana ☐ Vietnamita ☐ Indioasiática ☐ Negra/Afro-americano	☐ Otro Asiática ☐ Indoamericana/ Nativo de Alaska ☐ Guamaniana o Chamorra ☐ Samoana ☐ Nativa de Hawái ☐ Otro Isla del Pacífico
--	---	---	---	---	---

ORIENTACIÓN SEXUAL

☐ Heterosexual ☐ Otra
☐ Lesbiana ☐ No Sé
☐ Gay ☐ Elegir no Revelar
☐ Bisexual

IDENTIDAD DE GÉNERO

☐ Masculino
☐ Femenino
☐ Decido No Revelar

ESTATUS SIN HOGAR

☐ No Sin Hogar ☐ En la Calle
☐ Habitación Compartida ☐ Vivienda de Apoyo Permanente (MHMR/ Centro de atención a víctimas de abuso familiar)
☐ En Un Albergue Para Indigentes
☐ Vivienda de Transición

EN VIVIENDA PÚBLICA

☐ Sí
☐ No

ESTATUS DE VETERANO

☐ Servicio activo
☐ Bajado (Veterano)
☐ Guardia Nacional
☐ Reserva
☐ Ninguno

CONDICIÓN DE TRABAJO AGRÍCOLA

☐ Trabajador agrícola migratorio
☐ Trabajador agrícola temporal
☐ No trabajador agrícola

INFORMACIÓN DEL HOGAR

¿Cuántas personas hay en su hogar, incluido usted? _____ ¿Cuál es su ingreso mensual del hogar? _____
☐ No tengo ingresos. (\$0) ☐ Mi Ingreso Mensual \$ _____ ☐ Mi Ingreso Anual Es \$ _____

INFORMACIÓN DEL PADRE / MADRE / TUTOR / AVAL

Persona Financieramente Responsable | Los Pacientes Menores de 18 años DEBEN tener un aval.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____
 Dirección _____ No. de Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Empleador _____ Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Nombre del Seguro _____
 # De Identificación Del Socio _____ # De Grupo _____
 ¿Es el titular de la póliza el paciente? ☐ Sí ☐ No
 Nombre _____ ☐ Masculino ☐ Femenino
 Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____
 Parentesco Con El Paciente _____ Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre del Seguro _____
 # De Identificación Del Socio _____ # De Grupo _____
 ¿Es el titular de la póliza el paciente? ☐ Sí ☐ No
 Nombre _____ ☐ Masculino ☐ Femenino
 Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____
 Parentesco Con El Paciente _____ Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____



AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Por la presente autorizo todos y cada uno de los tratamientos que mi médico de Waco Family Medicine (en adelante "WFM") y yo acordamos que son necesarios para mí o para los pacientes de los que soy tutor.

Entiendo y reconozco que WFM es un centro de enseñanza y que mi atención y/o la atención de los pacientes de los que soy tutor en WFM puede ser proporcionada por un médico, incluidos, entre otros, estudiantes de medicina y/o médicos residentes y/o dentistas residentes, de un programa de entrenamiento clínico. Además, entiendo y reconozco que los servicios de enseñanza, como la observación directa por parte de otros médicos o estudiantes de medicina, discusiones de casos de las actividades de atención que me involucran a mí o a mis dependientes, están permitidos con fines de enseñanza, a menos que yo los rechace específicamente. Entiendo y reconozco que ciertas consultas pueden realizarse mediante servicios de telemedicina (video o teléfono), durante las cuales no estaré físicamente en la misma habitación que mi médico. Entiendo que existen riesgos potenciales por el uso de la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, la interceptación y dificultades técnicas. Si se determina que las telecomunicaciones o la tecnología de la información no son adecuadas, mi consulta virtual puede interrumpirse o cambiarse a una consulta en persona.

Además, entiendo que, como parte de sus servicios de atención médica, el personal de WFM y mi médico crean y mantienen un expediente médico y un registro de los servicios proporcionados. Entiendo que dicha información puede usarse y/o divulgarse en el manejo y prestación de la atención y los servicios proporcionados por WFM, como se describe en el aviso de prácticas de privacidad. Entiendo y reconozco que WFM participa en un programa de intercambio electrónico de expedientes médicos y que, si busco tratamiento en otros centros de atención médica o proveedores que participan en este programa de intercambio, mi información médica o la del paciente o los pacientes de los que soy tutor, puede compartirse entre WFM y esos otros centros o proveedores. Entiendo y reconozco que, como parte de recibir mi atención médica en Waco Family Medicine, los médicos y otro personal de WFM pueden solicitar y/o proporcionar electrónicamente el expediente médico mío y/o de los pacientes de los que soy tutor a esos centros o proveedores participantes. Estos registros incluyen, entre otros, el historial de medicamentos recetados, así como información relacionada con el tratamiento de la salud mental, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento del abuso de alcohol o drogas, y/o las pruebas/resultados y/o el tratamiento del VIH (SIDA). Además, entiendo que dicha información, de cualquier fuente que sea, puede convertirse en parte del expediente médico de la parte solicitante sobre mí y/o el/los paciente(s) de los que soy tutor.

Al proporcionar mi número de teléfono celular, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto sobre próximas citas y otras notificaciones relacionadas con mi atención médica y los servicios que me brinda Waco Family Medicine. Entiendo que mi operador de telefonía celular puede cobrarme por mensajes de texto o datos.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Por la presente entiendo que tengo derecho a solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Waco Family Medicine.

DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS Waco Family Medicine se enorgullece de ofrecer asistencia lingüística gratuita a sus pacientes. WFM también se esfuerza por realizar adaptaciones razonables para pacientes discapacitados.

FOTOGRAFÍA Y VIDEO Entiendo que el personal de WFM y/o mi médico pueden solicitar que se tomen imágenes fotográficas y/o de video con el propósito de identificación y documentación de mi atención médica. También entiendo que dichas imágenes pueden utilizarse con fines educativos. Entiendo que tengo derecho a negarme a que se tomen dichas imágenes fotográficas y/o de video.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA Por la presente reconozco que soy la persona principalmente responsable del pago de todas las facturas por los servicios prestados por Waco Family Medicine, independientemente de cualquier cobertura de seguro que pueda tener, incluidos Medicare o Medicaid, y que dicho pago se debe realizar cuando se lo solicite. Entiendo que se me puede cobrar por múltiples servicios proporcionados el mismo día. (Por ejemplo, WFM ofrece servicios integrados de salud conductual; esto significa que a muchos pacientes se les ofrece la oportunidad de ver a un consejero durante la misma consulta en la que ven a un médico. Esto puede resultar en facturas adicionales. Usted tiene derecho a rechazar estos servicios de consejería el mismo día). Entiendo que cualquier pago que realice que exceda los adeudos por una consulta o servicio individual se aplicará a cualquier saldo pendiente en mi cuenta de paciente y que dichos pagos en exceso no se me pueden reembolsar a menos que el saldo de mi cuenta sea de \$0. Sin más, entiendo que, además de dichos adeudos por servicios, seré responsable de los costos judiciales, honorarios de abogados, gastos de cobranza o intereses en los que se pueda incurrir si se requieren tales acciones para obtener el pago de los servicios prestados por Waco Family Medicine. Certifico que la información del paciente y financiera proporcionada en el momento de los servicios prestados es precisa y completa.

CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO En consideración al servicio prestado, por la presente asigno y transfiero irrevocablemente a WFM todos los derechos, títulos e intereses en los beneficios pagaderos por los servicios prestados por Waco Family Medicine. Por la presente autorizo e instruyo a la compañía de seguros y/o al Programa Financiero a pagar directamente a Waco Family Medicine todos los beneficios adeudados según los términos de mi póliza o pólizas. Entiendo que mi póliza de seguro/programa financiero, o su(s) agente(s) de seguros médicos, determinan la necesidad médica de los servicios/artículos que solicito y recibo. También entiendo que soy responsable del pago de los servicios o artículos que solicito y recibo si mi póliza de seguro/programa financiero determina que estos servicios/artículos no son razonables y médicamente necesarios para mi atención.

ADEUDOS DE DIAGNÓSTICO EXTERNOS Las pruebas de laboratorio para muestras, así como los servicios de diagnóstico por imágenes (radiografías, tomografías computarizadas y ecografías) realizados en Waco Family Medicine pueden enviarse a un laboratorio o radiólogo independiente y se me facturarán directamente desde ese centro independiente. También existe una tarifa por manejo de laboratorio para obtener muestras de laboratorio que se factura a través de Waco Family Medicine. Al recibir un estado de cuenta, comprendo que debo comunicarme con ese laboratorio o empresa de radiología para coordinar el pago o intercambiar información del seguro. Entiendo que estos adeudos de diagnóstico son mi responsabilidad financiera.

FIRMA DEL PACIENTE /TUTOR

He leído y comprendido este documento.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Padre/Madre/Tutor* _____ Parentesco Con El Paciente _____

Nombre Impreso _____ *Se (PUEDE) requerir prueba de tutela legal

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA Procesado Por _____



Dental Medical History

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Fecha _____ Genero _____ Estado de Familia _____ Fecha de Nacimiento _____
 Número de Seguro Social _____ Teléfono de Casa _____ Teléfono de Celular _____
 Preferencia de Comunicacion _____ Llamada _____ Texto _____ Dirección _____
 No. de apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

INFORMACION DE LA SALUD DEL PACIENTE

Fecha de la Visita Dental Pasada _____ Razon de esta Visita: _____

USTED A TENIDO CUALQUIERA DEL LO SIGUIENTE? MARQUE POR FAVOR LOS QUE SE LE APLIQUEN:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ SIDA (HIV) | ☐ Desmayos | ☐ Desordenes Mentales | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Alergias _____ | ☐ Glaucoma | ☐ Desordenes Nerviosos | ☐ Tumores |
| ☐ Anemia | ☐ Crecimientos | ☐ Marcapasos | ☐ Úlceras |
| ☐ Artritis | ☐ Fiebre Del Heno | ☐ Embarazo | ☐ Enfermedad Venérea |
| ☐ Empalmes Artificiales | ☐ Lesiones en la Cabeza | ☐ Fecha de dar a luz _____ | ☐ Alergia a la Codeína |
| ☐ Asma | ☐ Enfermedad Cardíaca | ☐ Radioterapia | ☐ Alergia a la Penicilina |
| ☐ Enfermedad de la Sangre | ☐ Murmullo de Corazon | ☐ Problemas Respiratorios | ☐ OTRO _____ |
| ☐ Cáncer | ☐ Hepatitis | ☐ Fiebre Reumática | _____ |
| ☐ Diabetes | ☐ Tension Arterial Alta | ☐ Reumatismo | _____ |
| ☐ Vertigos/Mareos | ☐ Ictericia | ☐ Problemas de Sinusitis | _____ |
| ☐ Epilepsia | ☐ Enfermedad de Rinon | ☐ Problemas Estomacales | _____ |
| ☐ Sangrar Excesivamente | ☐ Enfermedad del higado | ☐ Embolio | |

Usted esta tomando o a tomado Bisfosfonato? ☐ Sí ☐ No

Explique si marco, Si _____

Por favor anote cualquier droga o medicamento que usted este tomando actualmente: _____

Usted ha tenido alguna complicacion despues de algun tratamiento dental? ☐ Sí ☐ No

Explique si marco, Si _____

Lo/a han admitido a un hospital o a necesitado cuidado de emergencia durante los ultimas dos anos? ☐ Sí ☐ No

Explique si marco, Si _____

Esta usted bajo el cuidado de un medico? ☐ Sí ☐ No

Explique si marco, Si _____

Nombre de medico _____ Phone _____

Usted tiene problemas de salud que necesiten clarificion adicional? ☐ Sí ☐ No

Explique si marco, Si _____

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas que preceden y la informacion proporcionada estan verdaderas y correctas. Si tengo algun cambio en mi salud, informare a los doctores en la proxima cita siguiente sin falta.

Firma del Paciente, del Padre o del Guarda _____ Fecha _____

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA Reviewed By _____ Date _____



Derechos y Responsabilidades de la Clínica y los Pacientes

Bienvenido a Waco Family Medicine

Nuestra meta es brindar servicios médicos de la más alta calidad en esta comunidad. Tanto usted Como paciente, y nosotros como clínica, tenemos derechos y responsabilidades. A continuación, le presentamos los derechos y responsabilidades para que usted tenga un mejor entendimiento de los mismos y a su vez, nos ayude a ofrecerle un mejor servicio. Por favor lea el documento, haga las preguntas que pueda tener y fírmelo.

Yo he leído, entendido, y acepto de mutuo acuerdo los Derechos y Responsabilidades que establece Waco Family Medicine con sus pacientes. Una copia de este documento estará disponible para mí en el momento que lo solicite.

Este Documento de los Derechos y responsabilidades, trata de los siguientes puntos:

Derechos Humanos

Pago por Servicios

Cuidado Medico

Responsabilidades del Centro Medico

Responsabilidades del Paciente

Quejas

Despido

Apelaciones

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ MMR# _____

Firma _____ Fecha _____

Nombre _____

Letra de Molde

Si la firma es a favor de un menor, _____

Nombre del Menor



Consentimiento General

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DENTALES

A Service of Waco Family Medicine

1600 Providence Drive, Waco, Texas 76707

(254) 313-4900 Fax (254) 313-4999

Yo, _____, el consentimiento para ser un paciente de los dentistas del Waco Family Medicine y de acuerdo a un examen radiográfico y clínico.

También entiendo y consiento en lo siguiente:

1. Durante el curso del tratamiento, es posible que someterse a los procedimientos en todas las fases de la odontología como periodoncia (tratamiento de las encías y cirugía), cirugía oral, endodoncia (tratamientos de conducto), prótesis fija y removable (coronas, puentes y dentaduras postizas), implantología, restauración odontológica, tratamiento del trastorno temporomandibular, patología oral, odontopediatría, y radiografía.
2. Voy a ofrecer una historia clínica minuciosa y completa, proporcionar una lista completa de mis medicamentos con las dosis, y el consentimiento a mi dentista de la comunicación con mis otros médicos para informarse sobre cualquier aspecto de la historia de mi salud.
3. No se pueden ofrecer garantías sobre los resultados del tratamiento, la longevidad, la restauración o pronósticos. Entiendo que cualquier rama de la medicina, incluyendo odontología, puede incluir resultados no previstos.
4. Mi plan de tratamiento puede cambiar en cualquier momento. Esto puede incluir los procedimientos y tratamientos adicionales que no estaban previstos inicialmente.
5. Entiendo que mi tratamiento puede requerir la remisión a un especialista. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier tratamiento por un especialista.
6. Soy bienvenido a hacer preguntas sobre cualquier aspecto de mi cuidado dental y solicitaré información si estoy confundido o si necesita más información. Soy responsable de aclarar cualquier aspecto de mi tratamiento que estoy seguro acerca.
7. Entiendo que mi tratamiento puede ser completado por un estudiante dental o residente bajo la supervisión directa de los dentistas profesores del Centro.

Paciente o Guardián _____ Fecha _____

Firma de Asistente o Dentista _____ Fecha _____



Acceder a la Información

AUTORIZACIÓN

Este formulario le informa al equipo de su clínica con quién pueden hablar sobre su salud.

Yo _____, (nombre del paciente adulto y fecha de nacimiento impresos) por la presente autorizo al personal de Waco Family Medicine a divulgar toda mi información de salud a las siguientes personas hasta que se dé un nuevo aviso.

O

Para _____, (nombre del paciente menor y fecha de nacimiento impresos)

Por favor enumere las personas a las que Waco Family Medicine puede contactar en caso de emergencia o divulgar su información de salud: (NOTA: Debe designar al menos un contacto de emergencia)

Nombre _____ Parentesco _____ Información del Contacto _____

¿Contacto de emergencia? ☐ Sí ☐ No ¿Divulgar otra información de salud? ☐ Sí ☐ No ¿Consentimiento para la atención médica? ☐ Sí ☐ No

Nombre _____ Parentesco _____ Información del Contacto _____

¿Contacto de emergencia? ☐ Sí ☐ No ¿Divulgar otra información de salud? ☐ Sí ☐ No ¿Consentimiento para la atención médica? ☐ Sí ☐ No

Nombre _____ Parentesco _____ Información del Contacto _____

¿Contacto de emergencia? ☐ Sí ☐ No ¿Divulgar otra información de salud? ☐ Sí ☐ No ¿Consentimiento para la atención médica? ☐ Sí ☐ No

Nombre _____ Parentesco _____ Información del Contacto _____

¿Contacto de emergencia? ☐ Sí ☐ No ¿Divulgar otra información de salud? ☐ Sí ☐ No ¿Consentimiento para la atención médica? ☐ Sí ☐ No

Doy permiso a la enfermera de la escuela para hablar sobre el tratamiento médico de mi hijo(a) con Waco Family Medicine, aunque yo no esté presente o no pueda participar en la cita. Este permiso es válido por 365 días.

☐ Sí ☐ No Nombre de la Escuela _____

Firma del Paciente/Padre o Madre _____ Date _____

Se ha presentado y verificado la identificación apropiada.

Nombre del Miembro del Personal/Departamento _____

Nombre de la Clínica _____ Fecha _____