



# ReGenesis Health Care Family Dentistry

## FORMULARIO DE REGISTRO

- 1a. Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Apellido primer nombre
- 1b. Si es menor de 18, \_\_\_\_\_  
 Nombre de Madre/Tutor Nombre de Padre/Tutor
2. Género Masculino\_\_ Femenino\_\_ Transgenero\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_
3. Dirección Postal \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono # \_\_\_\_\_ Celular # \_\_\_\_\_ ¿Mejor forma de encontrarle? Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_
4. Estado Civil Soltero\_\_ Casado\_\_ Divorciado\_\_ Separado\_\_ Viudo\_\_ Otro\_\_
5. Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente \_\_\_\_\_
6. Idioma Inglés\_\_ Lenguaje a Señas\_\_ Español\_\_  
 Otro (Por favor indique idioma) \_\_\_\_\_
7. Grupo Étnico Indio Americano/Originario de Alaska\_\_ Asiático\_\_ Negro/Afroamericano\_\_ Blanco\_\_  
 Originario de Hawaii\_\_ Otro Isleño del Pacífico\_\_ Rehusó Reportar\_\_
8. Etnicidad Hispano/Latino\_\_ No Hispano/Latino\_\_ Rehusó Reportar\_\_
9. Viviendas Vivienda Pública\_\_ Indigente en Refugio\_\_ Hogar con Varias Familias\_\_ Transicional/Visitante\_\_  
 Otra\_\_ Indigente\_\_ Desconocido\_\_
10. Característica Trabajador Inmigrante\_\_ Dependiente del Trabajador Inmigrante\_\_ Trabajador por Temporada\_\_  
 Dependiente del Trabajador por Temporada\_\_ No trabajador agrícola\_\_
11. Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_
12. Es usted veterano? Sí\_\_ No\_\_ Eres un inmigrante Sí\_\_ No\_\_  
 Ingreso Anual del Hogar \_\_\_\_\_ Tamaño de la Familia \_\_\_\_\_  
 (Sólo Para Propósitos de Información)

Regenesis Health Care sólo comunicará información sobre su cuidado a las personas que usted haya autorizado. Por favor enumere a continuación los nombres de las personas, así como su relación, y que usted autoriza a Regenesis Health Care para comunicarse con respecto a su cuidado.

### 13. Información del Padre/Tutor

Nombre y Relación del adulto que acompaña al niño \_\_\_\_\_

Lista de las personas que tienen permiso para obtener tratamiento para su hijo si usted no puede acompañar a su hijo. Las personas deben presentar una identificación con fotografía al momento de la visita.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_



# ReGenesis Health Care Family Dentistry

**14. Autorizo que se comparta mi información médica con las siguientes personas:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Firma del Paciente (Pariente/Tutor) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**15. ¿Cómo le gustaría ser contactado en relación con los nombramientos, tratamiento, u otra información relativa a su cuidado?** Correo \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Si tiene una máquina contestadora, ¿podríamos dejarle un mensaje no específico relacionado a citas u otra información relacionada a su cuidado?  Sí  No

**16. Regenes Health Care tiene una farmacia en la clínica. Si desea que su receta(s) sean cubiertas en nuestra farmacia, por favor marque aquí.**  Si no es así, por favor escriba el nombre de la Farmacia preferida, ubicación y número de teléfono \_\_\_\_\_

**17. Estado de Empleo** Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Desempleados   
 Estudiante  Tiempo Completo  Tiempo Parcial

**18. INFORMACIÓN DE SEGUROS DEL PACIENTE (PADRE/TUTOR)** (por favor provea tarjeta de seguro, copia de todas las tarjetas de seguro)

**\*Se requieren co-pagos al momento de la visita y/o el pago de los servicios no están cubiertos por el seguro.**

Seguro Privado  Pago Propio  Comp de Trabajador  Discapacitado  Otro

Compañía de Seguros (Seguro Principal) \_\_\_\_\_

Grupo/Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_

Nombre de plan (Seguro Otro) \_\_\_\_\_

Grupo/Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_

**19. INFORMACIÓN DEL FIADOR** (persona financieramente responsable de los saldos de los pacientes). Si mismo como paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Dirección del Postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

# Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**20. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO** (persona que lleva el seguro). Si mismo como paciente

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Dirección del Postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

# Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**\*Autorizo la divulgación de cualquier información médica de mi registro, a la compañía de seguros nombrada arriba, a fin de procesar mi reclamo. Entiendo que soy responsable por cualquier cargo no cubierto por mi seguro.**

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente, Tutor, o Legal Representante

\_\_\_\_\_  
 Fecha



# ReGenesis Health Care Family Dentistry

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

## CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

## AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Las siguientes son las condiciones de los servicios provistos por ReGenesis Health Care para el paciente cuyo nombre aparece al final de esta página.

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Doy el consentimiento para mí o mi niño(a) para recibir el tratamiento dental que sea necesario, por los proveedores en el ReGenesis Health Care. Estos procedimientos incluyen, pero no están limitados a; exámenes, limpiezas, tratamientos de fluoruro, selladores, restauraciones (calzas), coronas, tratamientos de periodoncia (encías), tratamientos de conducto (canal de raíz), extracciones, fabricación de prótesis dentales (dentaduras y parciales), y el uso de anestésicos locales. Entiendo que el uso de anestésicos locales conlleva el posible riesgo de hinchazón, hematomas, cambios en la percepción de dolor o adormecimiento prolongado.

Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y reconozco que no se ha realizado ninguna garantía en cuanto al resultado de los tratamientos y exámenes.

Este consentimiento se considerará vigente a menos que sea revocado.

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

ReGenesis Health Care está autorizada a divulgar cualquier información médica requerida en el procesamiento de solicitudes o en la presentación de información para cobertura financiera y mayores tratamientos médicos o dentales, para incluir información según los planes de la historia médica, radiografías (rayos-x), y notas de progreso clínicos. También acepto la divulgación de información médica dental, o de otro tipo acerca mío, a agencias regulatorias federales o estatales del gobierno, de acuerdo a lo requerido por ley.

### CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Garantizo el pago de todos cargos realizados para el paciente o por su cuenta y cedo mis derechos sobre cualquier beneficio de seguro u otro financiamiento a ReGenesis Health Care. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro u otras formas de beneficios

### AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido o leído una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. El aviso describe cómo se podría Usar o divulgar mi información de salud. Entiendo que debería leerlo con cuidado. Soy consciente que el Aviso podría cambiar de cuando en cuando. Se puede acceder al Aviso de Prácticas de Privacidad en [www.myrhc.org](http://www.myrhc.org).

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Tutor o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si se firma por persona distinta al paciente, relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\*Esta organización está obligada a mantener la privacidad y confidencialidad de su información de salud y proveerle un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recolectamos y mantenemos acerca suyo.

# ReGenesis Health Care Family Dentistry

## Póliza de pagos

En orden para nosotros poder continuar sus servicios dentales, le pedimos que se adhiera a nuestra póliza de pago

1. El pago se debe pagar al momento que los servicios han sido recibidos. Cualquier otro arreglo se debe hacer con la persona encargada de la oficina, o el designado antes de ser visto.
2. Regenesis Health Care Family Dentistry se reserva el derecho del control de la citas hasta que los arreglos financieros se hayan hecho.
3. Regenesis Health Care Family Dentistry procesara los reclamos de seguros solamente con ciertas compañías de seguros. La oficina de Regenesis discutirá su poliza de su seguro con usted en su primera visita. Prueba debe ser presentada que muestra que su deducible ha sido aplicado. Dependiendo de su compañía de seguros un abono de pago es requerido.
4. Regenesis Health Care family Dentistry no es responsable de darle un seguimiento a su compañía de seguros. Si el pago de su compañía de seguro no ha sido recibido en los siguientes 45 días desde que se hizo el reclamo, la persona responsable recibirá un estado de cuenta con la cantidad que se espera sea pagada en los próximos 15 días.
5. Los pacientes que Califican para nuestro Programa de Tarifa de Descuento reducidoson responsables por el pago completo por los servicios especiales o tazas que han sido puestas en el programa de Tarifa de Descuento por servicios especiales.

El abajo firmante tiene conocimiento de que ha leído y está de acuerdo con la política de pago de Regenesis Health Care Family Dentistry.

Nombre imprimido del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si es firmado por alguien más que no sea el paciente especifique su relación: \_\_\_\_\_



# ReGenesis Health Care Family Dentistry

## POLIZA SOBRE LAS ASISTENCIAS A LAS CITAS Dentales

Nosotros, en ReGenesis Health Care (RHC), entendemos que existen emergencias o circunstancias imprevistas que requieren la cancelación o el reprogramar su cita. Si no puede asistir a su cita, por favor, avísenos lo más pronto posible.

Para asegurarnos que cada paciente reciba la cantidad adecuada de tiempo para su visita y para brindar la más alta calidad de atención, es muy importante que cada paciente que haya sido programado asista a su cita a tiempo. Como cortesía, se proveerá un recordatorio a través de una llamada telefónica que será efectuada el día laboral antes de la cita. Sin embargo, es la responsabilidad del paciente llegar a su cita a tiempo.

### POR FAVOR REVISE NUESTRA SIGUIENTE POLIZA:

- 1) Por favor cancele su cita por lo menos 24 horas antes de lo programado: Hay una lista de espera para ver a los clínicos de RHC, y cuando sea posible nos gustaría poder darle la oportunidad a los pacientes para así acortar el tiempo de espera.
- 2) **Cancelaciones de Última Hora:** Si una cancelación es notificada con menos de 24 horas de anterioridad, esta será documentada como una cita en la cual el paciente "No se presentó".
- 3) **Citas Perdidas:** Si usted simplemente no asiste a la cita, esta sera documentada como: "No se presentó".
- 4) **Llegadas tardías:** Si usted llega mas de 15 minutos despues de la hora en la que su cita esta programada, dependera del proveedor determinar si el tratamiento que esta planeado para la hora de su cita pueden ser proporcionado sin impactos negativos para el horario de la practica y otros pacientes programados. Si usted no puede ser visto, la visita sera documentada como: "No se presentó".
- 5) Si usted tiene **dos (2)** visitas de "No se presentó" en el transcurso de un año, usted va a recibir una carta de advertencia de nuestra oficina.
- 6) Si usted tiene **tres (3)** visitas de "No se presentó" en el transcurso de un año, la suspension de la practica va a ser sugerida. Usted va a ser notificado por carta si la suspensión fue aprobada.
- 7) Durante el periodo de suspensión, usted no podra hacer citas en nuestra oficina y solamente podria ser visto en nuestra practica si entra a la oficina y el tiempo y el proveedor lo permitan.

He leído y entiendo la poliza del centro de salud ReGenesis acerca de las asistencias a las citas y comprendo mi responsabilidad de planificar mis citas de acuerdo a mi disponibilidad y notificar a RHC de manera apropiada en caso de no poder asistir a la cita programada.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o del Tutor en caso sea un menor)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de RHC

\_\_\_\_\_  
Fecha

# ReGenesis Health Care Family Dentistry

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Motivo principal para esta cita dental:                      Paciente Nuevo                      Atención Continuada                      Emergencia  
 Tiene Dolor?    Y    N

*Es importante que sepa de su historia, medical y dental porque esta information tiene un impacto directo en como le demas tratamiento. Esta informacion es estrictamente confidencial y no será divulgada a nadie. Por favor complete este cuestionario con la mayor precision en su totalidad..*

**Historial Médico: POR FAVOR CIRCULE SU RESPUESTA**

Y N Esta bajo el cuidado del algún medico actualmente? Nombre del Doctor? \_\_\_\_\_  
 Y N Alguna vez ha estado hospitalizado o ha tenido una operación importante? \_\_\_\_\_  
 Y N Alguna vez ha tenido una lesión grave en el cuello o la cabeza? \_\_\_\_\_

**Usted ha tenido o tiene estas enfermedades: POR FAVOR CIRCULE SU RESPUESTA**

Y N ADHD	Y N Epilepsia/Ataque	Y N Latidos irregulares
Y N Enfermedad de Alzheimer/Demencia	Y N Sangramiento excesivo	Y N Ictérica/enfermedad Hepática
Y N Ansiedad	Y N Desmayos/mareos	Y N Problemas de los Riñones
Y N La Angina/Dolor en el pecho	Y N Gastritis	Y N Prolapso de la Válvula Mitral
Y N Artritis	Y N Glaucoma	Y N Osteoporosis
Y N Placas/clavos artificiales en la coyunturas	Y N Problemas con oír	Y N Marca Pasos
Y N Asma/fiebre del Heno	Y N Ataque del Corazón/Falla Cuando:	Y N Ulceras estomacales
Y N Autismo	Y N Cirugía del Corazon/Enfermedad	Y N Cuidado Psiquiátrico
Y N Problemas de Respiración	Y N Válvulas artificiales en el Corazon	Y N Tratamiento de Radiación
Y N Enfermedad de la Sangre	Y N La Hemofilia	Y N Fiebre Reumática
Y N Cáncer/quimioterapia Cuando:	Y N Hepatitis A, B, C	Y N Enfermedad de la Tiroides
Y N Herpes labial o hepes febril	Y N Presión Arterial Alta/Baja	Y N Tuberculosis
Y N Cardiopatía Congénita	Y N Colesterol Alto	Y N Problemas con la vision
Y N Diabetes	Y N El VIH/SIDA	
Y N Droga/abuso de alcohol	Y N Discapacidad intelectual/mentales	

Y N Ha tendio una enfermedad sería que no esté en la lista? \_\_\_\_\_

**Alergias:**

Amoxicilina	Penicilina	Clindamicina	Eritromicina	Tetraciclina	Aspirina	Codeina
Sulfa	Látex	Metales/Joyas	Anéstenico	Otra _____		

**Medicamentos:**

Y N Está tomando algún anticoagulantes recetados (diluyentes sanguíneos)? (Ex: Aspirina, Coumadin, Xarelto, Plavix)

Y N Alguna vez ha sido tratado con bifosfonatos? Generalmente prescrito para la osteoporosis, mielomas, o cáncer metastásico? (Los ejemplos incluyen Zometa, Fosamax, Actonel, Boniva, lendronato, ácido zoledrónico, risedronato)  
 En caso afirmativo, cuando y para qué? \_\_\_\_\_

Por favor enumere todos los medicamentos que esta tomando con regularidad y según sea necesario, incluyendo la prescripción, sin receta, de venta libre, vitaminas y hierbales.

Nombre del medicamento/Dosis	Razón para tomarloas	Instrucciones
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor pregunte por otra hoja si necesita más espacio. Gracias.

  
**ReGenesis Health Care**  
**Family Dentistry**

**Para Mujeres**

- Y N Esta usted embarazada/tratando de salir embarazada?  
Y N Actualmente estás amamantando o en lactancia?

**Historia Social**

- Y N Usted fuma/usa productos de tabaco? Cuantos por día? How many per day? \_\_\_\_\_ Cuantos al año? \_\_\_\_\_  
Y N Usted toma bebidas alcohólicas? Cuantas bebidas por semana? \_\_\_\_\_  
Y N Usted usa drogas ilícitas o callejeras con fines recreativos? \_\_\_\_\_

**Historia Dental**

- Y N Tiene una problema dental específico? Descríbalo: \_\_\_\_\_  
Y N Usted tiene exámenes dental rutinariamente? Última visita: \_\_\_\_\_  
Y N Alguna vez se ha tomado radiografías? Fecha de la última radiografía de la boca? \_\_\_\_\_  
Y N Alguna vez haz tenido tratamiento de ortodoncia (frenos, brackets)? \_\_\_\_\_  
Y N Usted tiene rojo, hinchado o le sangra la encía? Discutir: \_\_\_\_\_  
Y N Que le gustaría cambiar de su sonrisa? \_\_\_\_\_  
Y N Tiene algun diente flojo? \_\_\_\_\_  
Y N Usted desea mantener sus dientes restantes? \_\_\_\_\_  
Y N Tiene chasquidos, chirridos o molestias en la articulación mandibular? \_\_\_\_\_  
Y N Alguna vez haz tenido problemas graves o complicaciones asociadas con algun tratamiento dental? \_\_\_\_\_  
Y N Sus experiencias anteriores en la oficina del Dentista siempre han sido positivas? \_\_\_\_\_  
Y N Le han dicho alguna vez que necesita antibióticos antes de la cita con el dentista? Para que? \_\_\_\_\_

A lo mejor de mi conocimiento todas las respuestas anteriores son correctas.


\*Si hay algún cambio en el estado de mi salud o si mi medicamento cambia le informe al dentista y personal en mi próxima cita sin fallar.\*

Firma del Paciente (o Padres) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Revisado por el doctor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

  
**ReGenesis Health Care**  
*My Family. My Doctor. My Choice.*

*Como tu Casa médica centrada en el paciente estamos comprometidos con su salud toda la vida y el bienestar*

**Casa médica de paciente centrado significa que estamos disponibles durante y después de horas de oficina:**

- Queremos ver el mismo proveedor en cada visita; sin embargo, su propio proveedor de puede ser completamente reservado, por lo tanto, que le ayudará a ver uno de nuestros otros proveedores para evitar retrasos.
- Habitualmente tenemos horas de la noche en algunos de nuestros lugares.
- Mantenemos varias citas abiertas para cada proveedor para el mismo día citas.
- Ofrecemos un asesoramiento médico adecuado e información en oficina de horas.
- Contamos con una enfermera en afterhours de llamada (864-582-2411) y los fines de semana cuando la oficina es cerrado.

**Casa médica de paciente centrado significa que utilizamos "Evidencia base Care" de corto y largo plazo enfermedades:**

- Nos preocupamos por las enfermedades a corto plazo y a largo plazo enfermedades crónicas manage. También ofrecemos servicios de odontología, además, a ofrecer servicios de recetas a través de nuestro farmacia.
- Consejería de salud conductual (CSF) se ofrece a pacientes nuevos que expresan un interés en ver a un especialista de salud mental regénesis salud (RHC) por la remisión después de la visita de un nuevo paciente inicial se ha completado con un médico de atención primaria de RHC.
- BHC también está disponible para pacientes activos, establecidos por solicitar una remisión de su PCP durante una visita, por mensaje de teléfono de su PCP/enfermería, uno mismo-referirse o solicitar una cita del personal de recepción.

**Casa médica de paciente centrado significa que organizamos su cuidado médico fuera de nuestra práctica:**

- Nosotros seguimiento de pruebas de laboratorio, estudios de imágenes, y referencias de pedido para usted.
- Le ayudamos hacer a especialistas en citas y monitor para ver si ha ido a estas citas.
- Contamos con procesos para asegurar que todos los resultados de las pruebas vienen a tu proveedor para revisión.
- Obtenemos los registros de visitas de ER y hospitalizaciones por lo que permanecen actualizados sus registros. Si usted necesita obtener sus expedientes médicos puede comunicarse con el Departamento de información de salud en el 864-582-2817 ext. 1326.



**Casa médica de paciente centrado significa que esperamos que usted sea un participante activo en el autocuidado de su salud:**

- Aceptas guardar todas las citas programadas en nuestra oficina, así como con cualquier especialista.
- Estará abierto y honesto en la prestación de su médico con su salud relacionados con la información.
- Usted participará en el desarrollo de un plan de acción para ayudar en cuidado de autogestión.
- Usted nos notifique si cambios en su seguro, recetados o situación financiera.

**Casa médica de paciente centrado significa que buscamos activamente mejorar la calidad de nuestros servicios:**

- Respetamos su privacidad y mantener la confidencialidad de su información de salud del paciente.
- Pedimos su aportación para los esfuerzos de mejora a través de buzones de sugerencias y satisfacción encuestas.
- Estamos comprometidos con brindar atención de calidad, asequible a todos independientemente de su capacidad de salarios y ningún paciente serán negados servicios de salud debido a la incapacidad de un individuo de pagar por tales servicios.
- Para garantizar el acceso a la atención, RHC proporciona servicios en una descuento (cuota de deslizamiento) tarifa a pacientes cuyo total ingresos cae dentro de ciertos parámetros de las pautas federales de pobreza publicadas por el Departamento de salud y humanos servicios. Cualquier paciente que desean aplicar para seguro de salud puede visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov) para revisar sus opciones.