



Estimado nuevo paciente dental,

Gracias por elegir Choptank Community Health System para sus necesidades dentales.

Este paquete para pacientes nuevos debe completarse y devolverse a nuestra oficina diez días antes de su cita programada.

Esta documentación nos ayudará a proporcionarle una primera visita exitosa y nos ayudará a establecer un plan de tratamiento para el nuevo paciente.

Por favor, devuelva la documentación completa a nuestra oficina. También puede enviarla por fax a nuestra oficina (hoja de portada de fax adjunta) o devolverla por correo.

Una vez que la documentación haya sido recibida, revisada y aprobada, se le contactará para confirmar su cita.

La documentación que no se haya recibido a tiempo o esté incompleta, puede resultar en que su cita tenga que ser reprogramada.

Gracias de nuevo por elegir Choptank Health. Esperamos poder brindarle su servicio dental.

Si usted tiene alguna pregunta por favor llame a el centro dental de su elección.

Bay Hundred	410-745-0200
Cambridge	410-228-9381
Denton	410-479-2650
Federalsburg	410-754-9021
Goldsboro	410-634-2380

Sinceramente,

Su equipo dental

Choptank Community Health

Cuestionario sobre la Historia de la Salud Dental  
Choptank Community Health System, Inc.  
Cuestionario sobre la Historia de la Salud Dental

Fecha:

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

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Marque Uno: \_\_\_\_\_ Hombre o Mujer

Médico Primario: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Alergias (Paciente):

¿Es usted alérgico al Latex? SI o NO

¿Es usted alérgico a alguna medicina? SI o NO

Si contestó (SI), por favor escriba el nombre de las medicinas: \_\_\_\_\_

**Historial Médico (Paciente)**  (SI) si usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma                                     | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente |
| <input type="checkbox"/> Angina/Dolor de Pecho                    | <input type="checkbox"/> Cáncer                   | <input type="checkbox"/> VIH/AIDS                              |
| <input type="checkbox"/> Anemia/Afecciones de la Sangre/Hemofilia | <input type="checkbox"/> Presión Alta             | <input type="checkbox"/> Afecciones del riñón/Diálisis         |
| <input type="checkbox"/> Moretones o Sangramiento fácil           | <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado/Hepatitis        |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación                 | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             | <input type="checkbox"/> Problemas del estómago o intestinos   |
| <input type="checkbox"/> Dolencias del Corazón                    | <input type="checkbox"/> Enfermedades Vasculares  | <input type="checkbox"/> Glaucoma                              |
| <input type="checkbox"/> TDA/ADHD                                 | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones   | <input type="checkbox"/> Espina Bífida                         |
| <input type="checkbox"/> Psicosis Maniacodepresiva                | <input type="checkbox"/> Artritis                 | <input type="checkbox"/> Embolia                               |
| <input type="checkbox"/> Problemas de desarrollo                  | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática         | <input type="checkbox"/> Desmayos                              |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios/COPD/Enfisema    | <input type="checkbox"/> Sinusitis                | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación             |

Si contestó (SI) a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique:

¿Ha estado usted hospitalizado en los últimos cinco años? Indique Uno: SI o NO. Si contestó (SI), por favor escriba la fecha y la razón para la hospitalización:

**Historial Médico de la Familia:**  SI, para miembros inmediatos de la familia (*por ejemplo: hermanos, hermanas, padre, madre, abuelos, abuelas*)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                       | <input type="checkbox"/> Embolia           | <input type="checkbox"/> Enfermedades Vasculares             |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                         | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón               |
| <input type="checkbox"/> Anemia/Afecciones de la Sangre | <input type="checkbox"/> Presión Alta      | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón/Diálisis     |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis      | <input type="checkbox"/> Problemas de Sangramiento/Hemofilia |

Si contestó (SI) a algunas de las preguntas anteriores, por favor explique:

Si usted contesta (SI) a algunas de estas preguntas, por favor indique con que frecuencia:

¿Usted usa, fuma o mastica tabaco?  Si  No Frecuencia \_\_\_\_\_

¿Toma usted alcohol regularmente?  Si  No Frecuencia \_\_\_\_\_

¿Usa o ha usado usted drogas alguna vez?  Si  No Frecuencia \_\_\_\_\_

Mujeres:

¿Está usted embarazada o planea estar embarazada o amamantando? Por favor explique:

Choptank Community Health System, Inc.  
Cuestionario sobre la Historia de la Salud Dental

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

ESCRIBA LAS MEDICINAS QUE USTED (EL PACIENTE) ESTA TOMANDO ACTUALMENTE:(*incluya las que toma “cuando es necesario” y las que compra “sin receta directamente del mostrador”*)

Nombre de la Medicina, Dosis, Veces al Dia	Nombre de la Medicina, Dosis, Veces al Dia

HISTORIA DENTAL

¿Cuál es la razón de su visita de hoy? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna registración dental previa? \_\_\_\_\_ Fecha de su última visita al dentista: \_\_\_\_\_

La razón de su última visita al dentista: \_\_\_\_\_

Por favor conteste las siguientes preguntas:

- ¿Tiene usted algún dolor en sus dientes o muelas?  Si  No
- ¿Están sus dientes sensitivos al calor, frío, dulces, o presión?  Si  No
- ¿Tiene algún diente suelto?  Si  No
- ¿Tiene usted alguna llaga o bulto en su boca?  Si  No
- ¿Usa usted alguna pieza dental removible (dentadura/retenedor)?  Si  No
- ¿Ha tenido usted alguna vez tratamiento ortodóntico (aparatos/retenedores)?  Si  No
- ¿Ha tenido usted algún problema después de una extracción (sangramiento/cavidad seca)?  Si  No
- ¿Ha tenido usted alguna vez un sangramiento anormal?  Si  No
- ¿Ha tenido usted alguna reacción alérgica/contraria a un tratamiento dental?  Si  No
- ¿Se ha desmayado usted alguna vez en una oficina dental?  Si  No
- ¿Ha tenido usted que tomar antibiótico alguna vez antes de un tratamiento dental?  Si  No
- ¿Tiene usted dolor y/o ruido seco en la articulación de la quijada alrededor de la oreja?  Si  No
- ¿Tiene sangramiento en las encías?  Si  No
- ¿Rechina usted sus dientes o aprieta sus quijadas?  Si  No
- ¿Tiene usted alguna otra queja dental?  Si  No

Llamar en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo certifico que todas las respuestas a las preguntas sobre la salud son precisas y correctas a lo que yo sepa. Puesto que un cambio en una condición médica o un cambio en las medicinas puede afectar el tratamiento dental, yo entiendo la importancia de esto y estoy de acuerdo en notificar al dentista cualquier cambio durante cualquiera de mis siguientes visitas.

Firma del Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Consentimientos y Asignaciones

**REPRESENTANTE PERSONAL, FAMILIAR, O CUALQUIER OTRA ENTIDAD AUTORIZADA A TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD:** Nombre las personas a las cuales usted autoriza a Choptank Community Health System, Inc. a revelar la información protegida sobre su salud en referencia a tratamiento, pago y otras cuestiones relacionadas con el cuidado de su salud en el caso que usted no estuviera disponible.

Nombre de la Persona Autorizada	Relación	Número de Teléfono
Nombre de la Persona Autorizada	Relación	Número de Teléfono

**REVELAR LA INFORMACIÓN:** Yo autorizo a **Choptank Community Health System, Inc.** a dar la información de mi historial médico a cualquier persona, corporación o agencia legalmente responsable a procesar y/o pagar cualquier porción de los cargos del centro y/o los cargos por servicios profesionales. Yo también autorizo a dar la información a los trabajadores/proveedores/especialistas que estén envueltos en el cuidado de mi salud. Una autorización separada será necesaria para dar la información a cualquier otra persona/entidad que no este incluida anteriormente.

**ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS:** En el caso de que yo tenga derecho a beneficios a través de mi póliza de seguro médico o contrato de beneficios de seguro, yo le asigno estos beneficios a **Choptank Community Health System, Inc.** Yo también asigno a **Choptank Community Health System, Inc.** los beneficios pagaderos a los proveedores. Además, yo entiendo que yo soy responsable por los cargos 'no cubiertos' por mi seguro y/o por los cargos incurridos sin autorización o referido.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Por este medio yo doy mi consentimiento a los proveedores de **Choptank Community Health System, Inc.** a examinarme, hacer una evaluación y recomendar el tratamiento apropiado para mi condición. Yo también doy mi consentimiento para obtener y analizar los especímenes requeridos para la evaluación y el diagnóstico de mis síntomas/condición.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES:** Yo he recibido y leído una copia del 'Aviso de Información de las Prácticas Privadas' HIPAA de **Choptank Community Health System, Inc.**

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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



Choptank Community Health System, Inc.

Autorización para Consentimiento a Tratamientos Médicos/Dentales/Quirúrgicos por personas que NO SEAN EL PADRE/MADRE/TUTOR.

Yo, \_\_\_\_\_, padre/madre/tutor de los niños/as enumerados debajo por este medio doy mi autorización y consentimiento para que las personas nombradas debajo estén autorizadas a dar consentimiento para tratamientos médicos/dentales /procedimientos quirúrgicos de mis niños/as. Yo, por este medio autorizo y concedo que las personas nombradas debajo tienen mi permiso para firmar por cualquier procedimiento médico/quirúrgico o tratamientos que sean necesarios para el bienestar de mis niños/as. Si el niño/a se presenta con una persona que no está indicada en este documento, se tratará por todos los medios el ponerse en contacto con el padre/madre/tutor. Yo también entiendo que es mi responsabilidad la de notificar a CCHS de cualquier cambio en las personas autorizadas.

\*Reconocimientos Preventivos para los Niños/as no serán conducidos sin la presencia del padre, la madre o el tutor/a en el momento de la visita.

\*\*Esto excluye los pacientes que son vistos en los Centros de Salud de CCHS Basados en la Escuela.

Este documento representa que yo tengo la autoridad para dar el consentimiento para el cuidado médico/dental/quirúrgico y tratamiento de los niños/as mencionados:

\_\_\_\_\_  
Firma Parentesco con los niños/as Fecha

Niños/as:

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

Persona(s) que están autorizadas a obtener cuidados médicos para los niños/as mencionados arriba:

\_\_\_\_\_  
Nombre Fecha de Nacimiento Parentesco con los niños/as  
\_\_\_\_\_  
Nombre Fecha de Nacimiento Parentesco con los niños/as



**CHOPTANK COMMUNITY HEALTH SYSTEM  
RESPONSABILIDADES FINANCIERAS DEL PACIENTE**

**Nombre del Paciente: «PatientFirstNameLastName» Fecha de Nacimiento: «PatientDOB»**

- Por favor llegue a sus citas a la hora indicada. Si usted llega más de 10 de minutos tarde, probablemente será necesario hacer otra cita.
- Por favor llámenos con 24 horas de anticipación si necesita cancelar o cambiar su cita.
- Si usted falta tres (3) citas en un periodo de doce (12) meses sin notificar a nuestra oficina, usted perderá el privilegio de hacer citas por adelantado.
- Usted tiene la responsabilidad de notificarnos cualquier cambio de nombre, dirección, teléfono o compañía de seguros tan pronto como esto suceda.
- Conozca las regulaciones de su seguro y pague el copago correspondiente cuando llegue a su cita. Si los copagos no son recibidos cuando usted llegue, se le pedirá que haga una nueva cita.
- Todos los balances pendientes que son la responsabilidad del garante son pagaderos al recibo de la cuenta y tienen que pagarse antes de 30 días a no ser que se haya hecho algún acuerdo especial para el pago a través de nuestra oficina de facturación.
- Cualquier cuenta que permanezca abierta por más de 120 días será enviada a una agencia de recaudación y será reportada a la agencia de crédito. La tarifa de la agencia de un 35% y las tarifas del abogado serán la responsabilidad del paciente y/o la persona responsable.
- Si usted no está asegurado, por favor pregúntele a la recepcionista por el paquete de nuestro programa de tarifa escalonada que puede calificarlo para pagar los servicios con un descuento. Usted también puede calificar para el programa de Medicaid. Maryland también tiene un programa para los niños que no tienen seguro. Si usted califica para el programa de tarifa escalonada, se necesita hacer verificación de sus ganancias al momento de la cita. Si nosotros no recibimos la documentación requerida, se requerirá que usted pague un **depósito** de \$95. Si usted provee las pruebas de sus ganancias dentro de los próximos 30 días, usted será elegible para un reembolso.
- Si usted no ha hecho ningún pago en un periodo de 4 meses por los servicios de salud prestados, usted puede ser dado de alta de Choptank Community Health System. Usted recibirá una carta informándole que usted está en peligro de ser dado de alta y que tiene 30 días para hacer el pago.
- Si el pago fue hecho con cheque y este fue devuelto o rechazado, se le cargará a su cuenta una cuota por el cheque devuelto (cargo de servicio) por \$25.00

Si tiene alguna pregunta sobre las responsabilidades financieras del paciente descritas anteriormente, por favor no tenga inconveniente en llamar a nuestro Gerente de Cuentas a Cobrar al (410) 479-9100 o al número de teléfono gratuito (877) 745-2455.

Firma de Garante: \_\_\_\_\_

Fecha: «CurrentDate»

Representante de CCHS : \_\_\_\_\_

: Fecha: «CurrentDate»



Choptank Community Health Systems, Inc

NEW DENTAL PATIENT  
Dental Location:

### Aplicación para la Tarifa Escalonada

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

Dirección de correos: \_\_\_\_\_  
Apartado de Correos o Calle Pueblo Estado Código Postal

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Ha estado usted inscrito en este programa anteriormente? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_ ¿Ha completado usted una aplicación para Medical Assistance? Resultados:  Aplicado  Pendiente  Negado

\_\_\_\_\_ Yo tengo Seguro Médico a través de \_\_\_\_\_

(Si usted tiene Seguro Médico, nosotros le enviaremos la cuenta a su compañía de seguros y aplicaremos el descuento a cualquier balance pendiente)

Yo no tengo Seguro Médico

#### INGRESOS DE LA FAMILIA

Por favor escriba TODOS LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA (incluyéndolo a usted). Incluya a aquellos que contribuyen a los ingresos de la familia y todas las personas por las cuales usted es responsable financieramente o aquellos que usted reclama en sus impuestos.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Apicante	Tipo de ingresos (como está indicado abajo)

#### CATEGORIAS DE DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS REQUERIDOS

\*Se requiere verificación por escrito de cada fuente de ingreso dentro de 30 días para poder procesar su aplicación para la tarifa escalonada.

Sin esta verificación, su cuenta no tendrá descuento; se espera un depósito de \$95 antes de recibir los servicios. La verificación de los ingresos debe de incluir SUS INGRESOS BRUTOS. Las formas aceptables de verificación de ingresos por escrito incluyen:

##### EMPLEADO

Su declaración Federal de impuestos del año anterior  
Semanal – Cuatro talones de cheques consecutivos  
Cada dos semanas – Dos talones de cheques consecutivos

##### EMPLEADO AUTÓNOMO

Forma 1040 (no Schedule C)–La declaración de impuestos Federal del Negocio y Personal más reciente

##### LA FORMA DE VERIFICACIÓN DE PAGO EN EFECTIVO

##### SIN EMPLEO

La carta de Determinación de Reclamación de Desempleo

##### JUBILADO

Carta de determinación de beneficios del Social Security (año corriente) y Documentación de Pensión (si es aplicable)

##### SOSTEN DE NIÑOS/CONYUGES

Documentos legales enseñando las cantidades recibidas por mantenimiento y/o ayuda económica

##### INCAPACIDAD

Carta de determinación del Social Security (año actual)

##### OTRO

Cualquier otra forma de ingresos no descrita antes

##### NO RECIBE OTRO NINGUN OTRO INGRESO

No recibe ningún tipo de ingreso de ninguna fuente\*

Forma de Zero Ingresos (Zero Income Form)

#### RESPONSABILIDADES Y TERMINOS DE SERVICIO

Yo certifico que toda la información es verdadera y completa dentro de mi mayor conocimiento. Yo entiendo que cualquier información falsa acerca del tamaño de la familia y/o la información financiera puede resultar en perdida de elegibilidad para todos los miembros de la familia. Yo entiendo completamente que yo soy responsable por los servicios médicos, dentales y/o de laboratorio hasta que una verificación de ingresos sea provista para cada miembro de la familia indicado arriba.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Aplicación Rehusada



Choptank Community Health System, Inc.  
Acuerdo de Paciente para el Programa de la Tarifa Escalonada

Yo estoy de acuerdo que lo siguiente me ha sido explicado y que yo voy a seguir TODAS las pautas de este programa. Yo entiendo que:

1. Este programa solamente cubrirá los servicios médicos necesarios que sean ordenados por los proveedores de CCHS.
2. Los exámenes físicos para empleo, escuela o deportes no están cubiertos por este programa si los cargos son pagados por el empleador, escuela o equipo de deportes.
3. Puede ser que algunos de los procedimientos efectuados en la oficina no estén cubiertos por este programa. Si el servicio no está cubierto nosotros le asistiremos con la tramitación de los pagos.
4. Este programa solamente cubrirá los servicios de laboratorio efectuados en nuestra oficina. Los servicios de laboratorio no están cubiertos cuando la aplicación para la tarifa escalonada está pendiente. La patología no está cubierta por este programa.
5. Este programa tiene una cobertura limitada para los servicios de radiología. Este programa no cubre ningún servicio como paciente interno en el hospital o por servicios en la emergencia de ningún tipo.
6. CCHS decidirá el día efectivo de mi participación en este programa. Su participación es generalmente efectiva por un año.
7. Yo estoy de acuerdo en notificar a CCHS acerca de cualquier cambio en mis fuentes de ingreso o el número de los miembros de mi familia antes de que sea el momento de renovar mi/nuestra participación en el programa.
8. Yo entiendo que CCHS requiere que yo traiga toda la documentación sobre mis fuentes de ingreso y la de toda mi familia. Yo entiendo que el personal de CCHS puede pedir verificación de mis ingresos en cualquier momento durante mi/nuestra participación.
9. Todas las fuentes de ingresos están sujetas a verificación.
10. Yo entiendo que yo puedo ser referido a una de las Especialistas de Soporte a la Comunidad de CCHS para evaluación y asistencia. Yo también entiendo que sometiendo un In-Kind Statement como prueba de ingresos, se requiere que yo me entreviste con una CSS dentro de los 30 días de someter la aplicación. El incumplimiento de entrevistarme con un CSS puede resultar en la terminación del descuento de la tarifa escalonada.
11. Se requiere que los cargos relacionados con la tarifa escalonada sean pagados en el momento que los servicios son prestados.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de Imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_