



# Keystone Dental Care

a service of Keystone Health

## Welcome to Keystone Dental Care!

### ¡Bienvenido/a a Cuidados Dentales Keystone!

Nos honra que nos haya elegido para brindarle su tratamiento dental. Nos enorgullecemos de ofrecer atención dental integral. Tenga preparados los artículos enumerados a continuación para llevarlos consigo a su primera visita dental.

- **Historial médico:** incluya listas de cirugías, medicamentos y suplementos (se proporciona un formulario de historial médico completo en el paquete).
- **Radiografías dentales:** comuníquese con su proveedor/a de atención dental anterior y traiga consigo cualquier radiografía reciente, incluyendo su última serie de boca completa y / o radiografía panorex. Tenga en cuenta que generalmente se saca una serie de boca completa y / o panorex cada 5 años. Para transferir sus registros a nuestro consultorio, consulte el formulario adjunto.

Se incluye una lista de verificación de formularios en su paquete para explicar cada formulario que debe completar y presentar al llegar a su cita.

Su primera cita consistirá en reunir información para establecerlo/la como nuestro/a paciente y diagnosticar sus necesidades dentales. Las necesidades y citas de cada paciente son únicas. Las circunstancias que rodean este primer encuentro con nosotros pueden ser un factor si se completan todos los servicios preventivos en una visita o si se requieren visitas adicionales.

Su primera cita puede requerir más de una visita, según lo siguiente:

- La condición de sus dientes y encías.
- Su necesidad de radiografías.
- Otra condición médica existente

Una cita inicial normalmente toma más tiempo que los exámenes futuros, ya que incluye un historial médico completo, radiografías dentales, evaluación periodontal y la realización de una historia de los trabajos dentales existentes. También trabajaremos con usted para desarrollar un plan de tratamiento que se adapte mejor a sus necesidades y objetivos dentales.

**¡Tenemos muchas ganas de conocerlo/la!**

## NP Child Checklist

Para prepararse mejor para la cita de su hijo/hija, consulte la siguiente lista de verificación para ayudarlo/la con lo que debe traer consigo y para completar los formularios necesarios

- o Papeles de custodia si corresponde**  
*Papeles que designan quién tiene la custodia del/de la paciente. Pueden ser papeles de una corte o una agencia para niños tal como Niños y Jóvenes.*
- o Identificación con foto del padre o de la madre** — Tiene que estar preparado/a para mostrarla en cada visita
- o Tarjeta de seguro dental actual:** necesaria en cada visita
- o Tarjeta de seguro médico actual:** necesaria en cada visita
- o Inscripción de pacientes:** complete toda la información
- o Historial médico y dental completado**  
*Asegúrese de completar las cirugías, los medicamentos y suplementos junto con los nombres y números de teléfono de sus médicos. Esté preparado/a para presentar una lista de medicamentos*
- o Permiso para el tratamiento de niños**  
*Es un formulario donde enumera a las personas fuera de usted mismo/a que permitiría acompañar a su hijo/a a nuestro consultorio para el tratamiento rutinario. El proveedor/La proveedora de su hijo/hija exigirá que **USTED** esté presente en el caso de los procedimientos mayores que requieren un consentimiento firmado.*
- o Personas permitidas en la sala de tratamiento con el/la paciente**  
*Este formulario sirve para informarle sobre nuestra norma sobre personas permitidas en la sala de tratamiento y aquellas que se puede o no dejar en la sala de recepción sin supervisión. Debe leerlo y firmarlo.*
- o Permiso para compartir PHI [PHI, siglas en inglés de Información Médica Protegida]**  
*Este permiso nos permite compartir su información médica protegida con las personas que usted designe.*
- o Evaluación de aprendizaje**  
*Este formulario nos ayudará a comprender la mejor manera de comunicarnos con usted según sus necesidades.*
- o Formulario UDS [UDS, siglas en inglés de Conjunto de Datos Uniforme]**  
*Este formulario es una encuesta que recopila información para ayudarnos a servir mejor a la comunidad.*
- o Formulario HIPPA/FERPA [siglas en inglés de Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico/Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar]**  
*Este formulario nos permite compartir la información médica de su hijo/hija con el distrito escolar o el sistema educativo designado, incluido Headstart. Este formulario será necesario para enviar copias de los formularios dentales de la escuela o las excusas escolares si así lo solicita la escuela.*
- o Autorizaciones para la transferencia de registros (si es necesaria)**  
*Algunos consultorios requieren que se use un formulario de su consultorio. Póngase en contacto con su dentista anterior para obtener más información.*

## **¡Consejos útiles para hacer que el primer viaje de su hijo al Dentista sea excelente!**

La primera cita dental de su hijo a nuestra oficina probablemente influirá en cómo se sentirá sobre el tratamiento dental por el resto de su vida. Antes de que su hijo sea visto para su primera cita, queremos compartir unos consejos para ayudar que esta experiencia sea un éxito!

El objetivo es evitar asociar las visitas dentales con algo que temen. Los padres pueden hacer varias cosas para preparar sus niños para su primera visita a nuestra oficina dental. Simulando visita a la oficina en su hogar es una manera para que sus niños estén acostumbrados a visitar al dentista. Puedes acostarlos en una cama, mueble, etc. y usar una linterna para mirar alrededor y contar cada diente con un cepillo de diente, el niño puede aguantar un espejo para que ellos vean lo que usted hace.

**Cuando hables con su hijo/a puedes animarlo/a usando palabras de niños. Esto puede ayudar que este más a gusto. Aquí hay una guía de lo que se puede usar para prepararse para cada tipo de visita.**

### Visita de Higienista:

- “Cuentas tus dientes” en vez de un evaluación
- “Cosquillas en los dientes” en vez de limpieza o raspado de dientes
- “El contador de dientes” en vez de explorado
- “Tomar fotos” en vez de rayos X

### Visita de Rellenos/Restauración:

- “Jugo de sueño” en vez de una inyección o aguja
- “Señor Pitar” en vez de perforar
- “Limpiar tus dientes” en vez de perforar tu diente
- “Tiempo de dormir” en vez de adormecer el diente
- “Menear un diente” en vez de extraer o halar
- “Señor Sed” en vez de succión



Diles que te puede sentar en una silla que se mueve y puedes ir a un paseo. Hasta pueden usar gafas de sol para que la linterna dental “Señor Sol” no pueda entrar en sus ojos. Recibirán un nuevo cepillo de dientes durante su visita con la higienista. **Es importante hacer arreglos para que un familiar cuide a los hermanos mientras usted trae a su hijo exclusivamente a la hora de la cita.** Ayuda para que su hijo tenga su completa atención y soporte durante su procedimiento dental, también te libera para poder darle ánimo y comodidad.

**\*\* Nuestra oficina requiere que usted llegue 30 minutos antes de su cita, lo que le brinda a los padres suficiente tiempo para completar el papeleo, no sentirse apresurado o ansioso y para que su hijo se familiarice con nuestra oficina. Haga que su primera visita con su dentista sea acerca de ellos. \*\***



## PATIENT REGISTRATION

### Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_  
*Primer Segundo Apellido*

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Raza:  Nativo Americano/Nativo de Alaska  Asiático  Afro-Americano  Blanco  Nativo Hawaiano  Islas del Pacifico Otro

Origen étnico:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

¿Tiene seguro médico?  Sí  No

Si no tiene seguro medico, ¿le gustaría obtener información acerca de nuestro programa de reducción de pagos?  Sí  No

¿Es usted US veteran/a?  Sí  No      ¿Esta usted sin hogar?  Sí  No

### Información de los padres (Complete solo si el paciente tiene menos de 18 años)

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Primer Segundo Apellido*

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Primer Segundo Apellido*

¿Existe un acuerdo legal de custodia de menores?  Sí  No

(En caso afirmativo, ¿existen restricciones legales que impidan que el padre sin custodia dé su consentimiento para el tratamiento médico / dental para el niño o que obtenga información sobre el tratamiento médico / dental del niño?)  Sí  No

**\*\*\* Por favor proporcione prueba de órdenes de custodia de los padres u otros acuerdos legales \*\*\***

### Persona de contacto en caso de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Primer Segundo Apellido Relación al paciente*

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Dirección Teléfono*

### Persona responsable por el pago (Complete solo si el paciente tiene menos de 18 años)

Nombre: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Primer Segundo Apellido Relación al paciente*

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Verifico que la información anterior es correcta y exacta al mejor de mi conocimiento. También entiendo que cualquier cobro(s) no cubierto(s) por mi seguro medico(s) será mi responsabilidad.

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

For Office Use Chart #:

Insurance scanned: yes/no

Date:

Initials:

Nombre de paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ #Expediente \_\_\_\_\_  
 Apellido(s) Nombre Segundo Nombre

Médico/a \_\_\_\_\_ Último examen médico \_\_\_\_\_ Teléfono del médico/de la médica \_\_\_\_\_

**¿Tiene o ha tenido uno de los siguientes?**

(Marque todos los que correspondan)

- \_\_\_\_\_ TDAH/TDA (ADHD/ADD)
- \_\_\_\_\_ Angina(Dolores en el pecho)
- \_\_\_\_\_ Artritis
- \_\_\_\_\_ Asma
- \_\_\_\_\_ Autismo
- \_\_\_\_\_ Cáncer (tipo) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Marcapasos cardíaco
- \_\_\_\_\_ EPOC (COPD)
- \_\_\_\_\_ Diabetes (tipo) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Problema de drogas/alcohol
- \_\_\_\_\_ Desmayos/Trastorno de convulsiones
- \_\_\_\_\_ ERGE / Reflujo ácido
- \_\_\_\_\_ Glaucoma
- \_\_\_\_\_ Fiebre de heno/alergias
- \_\_\_\_\_ Ataque cardíaco; ¿cuándo?
- \_\_\_\_\_ Enfermedad cardíaca \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ Soplo cardíaco
- \_\_\_\_\_ Hepatitis (tipo) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Presión sanguínea alta
- \_\_\_\_\_ VIH / SIDA
- \_\_\_\_\_ Reemplazo articular
- \_\_\_\_\_ Enfermedades renales
- \_\_\_\_\_ Enfermedad del hígado
- \_\_\_\_\_ Presión sanguínea baja
- \_\_\_\_\_ Uso de marihuana
- \_\_\_\_\_ Prolapso de la válvula mitral
- \_\_\_\_\_ Pérdida de peso reciente
- \_\_\_\_\_ Fiebre reumática
- \_\_\_\_\_ Enfermedad transmitida sexualmente
- \_\_\_\_\_ Enfermedad tiroidea (tipo) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Tuberculosis

**Alergias y reacciones**

(Marque todos los que correspondan)

- \_\_\_\_\_ Anestesia local (Novocaine)
- \_\_\_\_\_ Antibióticos
- \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿qué reacción?
- \_\_\_\_\_ Fármacos de sulfa
- \_\_\_\_\_ Medicamentos recetados para dolor
- \_\_\_\_\_ Tylenol, aspirina o ibuprofeno
- \_\_\_\_\_ Metales (níquel, mercurio, etc)
- \_\_\_\_\_ Goma de látex
- \_\_\_\_\_ Enumere otros: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Sin alergias conocidas (marque aquí)

**Medicamentos actuales:** (enumere)

Nombre del medicamento	Dosis	# por día	razón
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Sustancias relacionadas con la salud**

(Vitaminas, productos herbarios o naturales)

Medicamento	Dosis	# por día
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Marque aquí si NO hay medicamentos

**Historial médico adicional**

1. ¿Ha tomado jamás Fosamax, Zometa, Aredia o Boniva o cualquier otro medicamento para osteoporosis (pérdida ósea) Sí No
2. ¿Está bajo tratamiento ahora? En caso afirmativo, enumere Sí No
3. ¿Ha tenido jamás una enfermedad grave o cirugía mayor? En caso afirmativo, favor de enumerar Sí No
4. ¿Usa tabaco? (Circule) ¿Fuma? ¿Mastica? ¿Rapé? ¿Electrónico? ¿Vapeo? Sí No
5. ¿Le han diagnosticado un trastorno alimentario? Sí No
6. ¿Le han diagnosticado algún trastorno psiquiátrico, bipolar, TOC (OCD) o ansiedad? Sí No  
 En caso afirmativo, explíquelo por favor \_\_\_\_\_
7. ¿Le han diagnosticado depresión o TEPT (PTSD)? Sí No
8. ¿Le han diagnosticado una discapacidad física? En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_ Sí No
9. Solamente mujeres
  - ¿Está embarazada o piensa estarlo? Sí No
  - ¿Está amamantando? Sí No
  - ¿Está tomando anticonceptivos? Sí No

Uso de oficina solamente (Office Use Only)

**Yo certifico que la información anterior es completa y precisa.**

Firma paciente/tutor \_\_\_\_\_

Firma proveedor/a //Profider Signature \_\_\_\_\_

Nombre paciente \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DENTAL**

# Expediente \_\_\_\_\_

Nombre dentista anterior y ubicación \_\_\_\_\_ Fecha último examen \_\_\_\_\_

- 1. Propósito visita inicial \_\_\_\_\_
- 2. ¿Se da cuenta de un problema? \_\_\_\_\_
- 3. ¿Cuánto tiempo desde su última cita? \_\_\_\_\_
- 4. ¿Qué le hicieron entonces? \_\_\_\_\_
- 5. ¿Cuándo le limpiaron los dientes por última vez? \_\_\_\_\_
- 6. ¿Ha hecho usted visitas regulares? Sí No
- 7. ¿Sacaron rayos x? Sí No
- 8. ¿Le faltan dientes? Sí No
- 9. ¿Cómo han sido reemplazados? \_\_\_\_\_ Sí No
- 10. ¿Está contento/a con los reemplazos? Sí No
- 11. ¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores? \_\_\_\_\_
- 12. ¿Aprieta o rechina los dientes? Sí No
- 13. ¿Le chasquea o le chirria la mandíbula? Sí No
- 14. ¿Tiene dolor o malestar en los músculos de la cara o alrededor de la oreja? Sí No
- 15. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza, dolores en el cuello o dolores en los hombros? Sí No
- 16. ¿Se queda atrapado el alimento entre los dientes? Sí No
- 17. ¿Son sensibles sus dientes a: (Circule abajo)  
Calor Frío Dulces Presión
- 18. ¿Sangran o le duelen los dientes? Sí No
- 19. ¿Tiene la boca seca? Sí No
- 20. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes y cuándo? \_\_\_\_\_
- 21. ¿Usa hilo dental? Sí No
- 22. ¿Tiene un diente suelto, inclinado, desplazado o partido? Sí No
- 23. ¿Está descontento/a con la apariencia de los dientes? Sí No
- 24. ¿Qué opina de sus dientes? \_\_\_\_\_
- 25. ¿Piensa que tiene mal aliento a veces? Sí No
- 26. ¿Ha tenido tratamientos o cirugía en las encías? Sí No
- 27. ¿Ha tenido jamás tratamientos ortodónticos? Sí No
- 28. ¿Ha tenido experiencias dentales desagradables o hay algo de la odontología que no le guste? \_\_\_\_\_

Office Use only:  
Solamente para uso de oficina

29. ¿Tiene preguntas o preocupaciones? Sí No

Firma paciente/guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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



PERMISSION FOR TREATMENT OF CHILDREN  
PERMISO PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS

Nombre completo del/de la paciente: \_\_\_\_\_  
(Primer) (Segundo) (Apellido)

Fecha de nacimiento del/de la paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o madre/tutor [guardián]: \_\_\_\_\_

Si no puedo traer a mi hijo/hija a una cita médica/de salud mental o dental, doy permiso para que la(s) persona(s) enumerada(s) a continuación acompañe(n) a mi hijo/hija a visitas al Keystone Health Center [Centro de Salud Keystone]. También él o ella puede aprobar los tratamientos para mi hijo/hija durante la visita incluyendo las inyecciones y los procedimientos dentales y médicos menores.

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

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

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

**Aviso: A veces, es posible que el proveedor/la proveedora decida que el padre o la madre tenga que estar presente durante ciertos procedimientos dentales: extracciones, tratamiento de conducto radicular, procedimientos quirúrgicos, visitas con nitroso y visitas al quirófano.**

Este permiso permanece vigente hasta que sea revocado por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o madre/tutor [guardián]

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Iniciales del trabajadora  
Staff Initials

**\*\*\*\* AVISO A TODOS LOS PACIENTES y PADRES \*\*\*\***

**Keystone Dental Care ahora requiere que solo una (1) persona sea permitida en el área de tratamiento con el paciente siendo visto para la cita. Damos la máxima importancia a la seguridad de nuestros pacientes y sus familias. Permitir que más de una persona este en el área de tratamiento afecta a estas medidas de seguridad.**

Padres y Pacientes:

1. Cuando un niño es visto, no se permitirá a otros niños en el área de tratamiento. Los niños menores de 13 años o personas con necesidades especiales no deben ser dejados en la sala de espera sin un padre o tutor legal presente.
2. Adultos - Si usted es el paciente con la cita, no podemos permitir que niños pequeños esten solo o personas con necesidades especiales en el área de tratamiento que puedan requerir supervisión.
3. Nuestros empleados no pueden cuidar a sus hijos mientras están recibiendo tratamiento. Al programar su cita, tenga en cuenta que necesitará arreglar el cuidado de niños o traer a otro adulto para que asista a su hijo en el área de espera.
4. **Un padre o tutor legal debe estar presente en la primera visita** o cualquier consentimiento requerido visitas, tales como Canal de raíz o extracción. Un formulario de permiso de Keystone debe ser firmado y con fecha para que cualquier otro adulto pueda traer a sus hijos a las visitas de servicios básicos (examen, limpiezas, fluoruro, rayos X, rellenos y selladores).
5. **Todos los niños menores de 18 años deben tener un padre**, tutor o un adulto aprobado en la oficina durante todo el tiempo de tratamiento. Si el adulto se va de la oficina, el tratamiento será reprogramado.
6. El fracaso de cumplir con estas reglas puede resultar en que no podamos verte para su cita.

Nombre de Paciente (imprimir): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



PERMISSION TO SHARE PROTECTED HEALTH INFORMATION  
PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre completo del/de la paciente: \_\_\_\_\_  
(Primer) (Segundo) (Apellido)

Fecha de nacimiento del/de la paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Keystone Health [Salud Keystone] comparte un expediente electrónico. Cualquier persona a quien usted otorgue autorización podrá acceder a su información financiera/médica/dental y de salud mental.

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

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

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

Keystone Health utiliza un sistema de recordatorios y/o un portal de pacientes para comunicar con nuestros pacientes. Favor de completar la información a continuación, para que podamos comunicarnos con usted respecto a su salud.

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ (recibirá un mensaje de texto)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ (recibirá un correo electrónico)

Al firmar, doy mi permiso a Keystone Health para compartir mi información médica protegida con los individuos enumerados. Este permiso permanece vigente hasta que sea revocado por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o representante autorizado  
*(Los pacientes de 14 años o más deben firmar si aceptan el tratamiento por cuenta propia)*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Iniciales del trabajadora  
Staff Initials

## ACESORIA DE APREDINZAJE DEL PACIENTE

Como parte de la Red del Cuidado de Salud Keystone, esforzamos a cumplir con las necesidades variadas de nuestros pacientes. Completa el siguiente cuestionario por favor para asistimos en todo intento a cumplimos con sus necesidades. Avisanos por favor si usted necesita ayuda para llenar este formulario.

1. ¿Puede leer? Si No
2. ¿Puede escribir? Si No
3. ¿Quiere aprender sobre sus necesidades médicas? Si No
4. Indica por favor su nivel de educación (él ultimo año que termino en la escuela) \_\_\_\_\_
5. Indica por favor su idioma dominante. Ingles Español  Otro \_\_\_\_\_
6. ¿Necesita un intérprete? Si No
7. ¿Usa un audifono? Si No
8. ¿Usa otro aparato(s) para ayudar en la comunicación? Si No  
Si su respuesta es si, explicalo por favor

- 
9. Indica por favor cuaiquier barrera a su educación: Ninguna Culturales  
Emocionales Religiosas Limitaciones Físicas Limitaciones Visuales / Oldos  
Habilidad Limitado del Aprendizaje Déficit del Aprendizaje  
Si marco cualquier de las barreras, especifique por favor

- 
10. Marca por favor su(s) estilo(s) preferido de aprendizaje. Por favor marca todo las que aplican.
- Leyendo un folieto o panfleto
  - Viendo una demostración y luego hacerio
  - Escuchando a alguien explicar sobre la tema
  - Viendo la tema en video

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

Firma del Paciente : \_\_\_\_\_

Si el paclente no puede firmar, nombre de la persona completando el formulario \_\_\_\_\_

Relación con el paciente. \_\_\_\_\_

Firma de la Administración \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## PATIENT LEARNING ASSESSMENT

Como un centro de salud de la comunidad nuestra misión es el cuidado de las personas, sin importar la raza, etnicidad o ingresos. Este cuestionario nos ayudara a entender si estamos ayudando a todo tipo de familias dentro de nuestra comunidad. Por favor completar el cuestionario para saber acerca de usted y de su familia.

**Raza-** se refiere a las personas, un aspecto como el color de la piel:

- Blanco/Caucásico    Negro    Asiático/Oriental    Nativo Americano  
 Nativo de Hawaii    Otro isleño del pacífico

**Etnicidad-** se refiere a la nacionalidad y la cultura:

- Latino/Hispano    No Latino

<b>Tamaño de Familia</b>	<b>Ingresos Familiares Anuales</b>			
1	<input type="checkbox"/> \$12,760 o menor	<input type="checkbox"/> \$12,761 to \$19,140	<input type="checkbox"/> \$19,141 to \$25,520	<input type="checkbox"/> \$25,521 o mayor
2	<input type="checkbox"/> \$17,240 o menor	<input type="checkbox"/> \$17,241 to \$25,860	<input type="checkbox"/> \$25,861 to \$34,480	<input type="checkbox"/> \$34,481 o mayor
3	<input type="checkbox"/> \$21,720 o menor	<input type="checkbox"/> \$21,721 to \$32,580	<input type="checkbox"/> \$32,581 to \$43,440	<input type="checkbox"/> \$43,441 o mayor
4	<input type="checkbox"/> \$26,200 o menor	<input type="checkbox"/> \$26,201 to \$39,300	<input type="checkbox"/> \$39,301 to \$52,400	<input type="checkbox"/> \$52,401 o mayor
5	<input type="checkbox"/> \$30,680 o menor	<input type="checkbox"/> \$30,681 to \$46,020	<input type="checkbox"/> \$46,021 to \$61,360	<input type="checkbox"/> \$61,361 o mayor
6	<input type="checkbox"/> \$35,160 o menor	<input type="checkbox"/> \$35,161 to \$52,740	<input type="checkbox"/> \$52,741 to \$70,320	<input type="checkbox"/> \$70,321 o mayor
7	<input type="checkbox"/> \$39,640 o menor	<input type="checkbox"/> \$39,641 to \$59,460	<input type="checkbox"/> \$59,461 to \$79,280	<input type="checkbox"/> \$79,281 o mayor
8	<input type="checkbox"/> \$44,120 o menor	<input type="checkbox"/> \$44,121 to \$66,180	<input type="checkbox"/> \$66,181 to \$88,240	<input type="checkbox"/> \$88,241 o mayor
9	<input type="checkbox"/> \$48,600 o menor	<input type="checkbox"/> \$48,601 to \$72,900	<input type="checkbox"/> \$72,901 to \$97,200	<input type="checkbox"/> \$97,201 o mayor
10	<input type="checkbox"/> \$53,080 o menor	<input type="checkbox"/> \$53,081 to \$79,620	<input type="checkbox"/> \$79,621 to \$106,160	<input type="checkbox"/> \$106,161 o mayor

Revised 2.18.20

**HIPPA/FERPA AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION  
AUTORIZACIÓN HIPPA/FERPA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Nombre paciente/estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Al firmar a continuación, autorizo a:**

<input type="checkbox"/> Keystone Rural Health Center [ <i>Centro de Salud Rural Keystone</i> ] para que use o divulgue cierta información médica sobre el/la paciente//estudiante anteriormente nombrado/a a:  <div style="border-top: 1px solid black; width: 100%; text-align: center; padding-top: 5px;">Distrito Escolar / School District</div>	<input type="checkbox"/> _____ <div style="border-top: 1px solid black; width: 100%; text-align: center; padding-top: 5px;">Distrito Escolar / School District</div> para que use o divulgue cierta información médica sobre el/la paciente//estudiante anteriormente nombrado/a a Keystone Rural Health Center.
---	---

**Se utilizará o divulgará el tipo de información a continuación:**  Expedientes de inmunizaciones  Chequeos físicos  Apuntes de la escuela

Otra información \_\_\_\_\_

**Fechas de tratamiento:** \_\_\_\_\_

**Se usará o divulgar la información para los siguientes fines:** \_\_\_\_\_

**Expedientes especiales:** Los expedientes divulgados por el Keystone Rural Health Center **no incluirán** expedientes de programas para el tratamiento del abuso de drogas y alcohol, tratamientos para la salud mental o información relacionada con el VIH y SIDA **a menos que se marquen las casillas a continuación.** Marcar las casillas no significa que tal información existe.

- Incluir expedientes sobre el tratamiento para drogas y alcohol (protegidos por la Ley de Control del Abuso de Drogas y Alcohol – [Drug & Alcohol Abuse Control Act], 71 P.S. § 1690.108
- Incluir expedientes sobre la salud mental (protegidos por la Ley de Procedimientos de Salud Mental [Mental Health Procedures Act], 50 P.S. § 7111
- Incluir expedientes relacionados con el VIH/SIDA (protegidos por la Ley de Información Confidencial Relacionada con el VIH [Confidentiality of HIV-Related Information Act], 35 P.S. § 7607

1. Esta autorización se vencerá:  Fecha \_\_\_\_\_, o  Evento: \_\_\_\_\_. A menos que se especifique lo contrario, esta autorización se vencerá un año después de la fecha de esta solicitud.
2. Entiendo que tengo el derecho a cambiar o revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a las partes autorizadas para divulgar información arriba. Entiendo que esta revocación no tendrá ningún efecto en las acciones realizadas antes de la revocación.
3. Esta autorización es por propia voluntad y a petición mía. Entiendo que ni mi tratamiento ni mis pagos por servicios serán afectados si no firmo esta autorización.
4. Entiendo que Keystone Rural Health Center y el distrito escolar arriba nombrado no divulgarán la información que recibe el uno del otro conforme a este consentimiento/esta autorización sin un consentimiento apropiado anterior/una autorización apropiada anterior. Entiendo que la información proporcionada por el Keystone Rural Health Center al distrito escolar arriba nombrado formará parte del expediente educacional del estudiante, y es posible que ya no sea protegida bajo HIPAA si se vuelve a divulgar la información.
5. Keystone Rural Health Center mantendrá una copia de esta autorización en el expediente médico del/de la estudiante o del/de la paciente durante seis años.
6. **Al firmar a continuación, consiento y autorizo la divulgación de la información médica solicitada, y renuncio la protección de confidencialidad ofrecida por las leyes escritas de Pensilvania para cualquier expediente anteriormente identificado.**

\_\_\_\_\_  
Firma padre, madre o representante/guardián del/de la paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre representante//guardián del/de la paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el/la paciente



AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

\*\*Lea y complete todos los puntos

Nombre de paciente: (Nombre) (Segundo nombre) (Apellido(s)) Fecha de nacimiento

Dirección: (Calle) (Ciudad/Estado) (Código postal)

Teléfono de la casa: Teléfono celular:

Autorizo a: [ ] KEYSTONE HEALTH [SALUD KEYSTONE] (red sanitaria) o: (Escoja una ubicación)
[ ] Keystone Family Medicine [ ] Keystone Internal Medicine [ ] Keystone Pediatrics [ ] Keystone Women's Care
[ ] Keystone Behavioral Health [ ] Keystone Urgent Care [ ] Keystone Dental [ ] Keystone Chiropractic
[ ] Keystone Foot and Ankle [ ] Keystone Pediatric Developmental Center (OT/Audiology & Speech)
[ ] Keystone Community Health Services (Infectious Disease & Community Outreach Programs)

Autorizo: [ ] KEYSTONE HEALTH [SALUD KEYSTONE] (red sanitaria) o: (Escoja una ubicación)
[ ] Medicina de Familia Keystone [ ] Medicina Interna Keystone [ ] Pediatría Keystone [ ] Cuidado de Mujeres Keystone
[ ] Salud Mental Keystone [ ] Atención Urgente Keystone [ ] Servicios Dentales Keystone [ ] Quiropráctica Keystone
[ ] Pie y Tobillo Keystone [ ] Centro de Desarrollo Pediátrico Keystone (Terapia Ocupacional/Audiología y Habla)
[ ] Servicios de Salud Comunitarios Keystone (Enfermedades Infecciosas y Programas de Proyección Comunitarios)

para:
[ ] obtener de: (Organización)
Dirección
(Teléfono) (Fax)
[ ] divulgar a: Keystone Dental Care
Dirección 717-263-8014
(Phone) (Fax)

la información siguiente de mi expediente médico (especifique un intervalo de fechas)

Fechas de servicios (desde) (hasta)

[ ] Expediente Médico Completo (Notas de consultorio médico, informes de consultas externas, informes diagnósticos, resultados de laboratorio e informes hospitalarios de todas las ubicaciones mencionadas anteriormente, durante el período de los últimos 3 años, a no ser que se haya especificado anteriormente)

[ ] Expediente Dental Completo (Notas de consultorio del dentista, informes de consultas e imágenes de rayos x, durante el período de los últimos 3 años, a no ser que se haya especificado anteriormente)

O: Seleccione elementos

- [ ] Resultados de pruebas diagnósticas (especifique):
[ ] Estado de facturación detallado [ ] Notas de consultorio del médico [ ] Expediente de inmunizaciones
[ ] Notas de consulta externa [ ] Informes de hospitalizaciones [ ] Expedientes de salud mental
[ ] Otro (Especifique):

Para el propósito de:

- [ ] Traslado de cuidado [ ] Continuación de Cuidado [ ] Por razones de seguridad [ ] Intercambio verbal [ ] Tratamiento
[ ] Reubicación/Mudanza [ ] Investigación legal [ ] Cambio de escuela [ ] Descontento con el cuidado
[ ] Otro

¿Cómo se debe proporcionar la información? [ ] Copia en papel [ ] Copia electrónico (dispositivo USB/disco compacto)

Método de entrega [ ] Correo EE.UU. [ ] Fax [ ] Recoger en el consultorio

- Entiendo que se pueden cobrar tarifas por las copias en papel de acuerdo con la limitación de las tarifas cobradas a los pacientes y sus representantes personales en virtud de la HIPAA [siglas en inglés de Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos] y las limitaciones de las tarifas para otros en virtud de la Ley de Pensilvania. {55 Pa Código §5100.34}. Se permite una tarifa fija de \$6.50 por solicitud de formato electrónico según el HITECH ACT [ACTA HITECH].

- Entiendo que la información en mi historial médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre los servicios de salud mental y el tratamiento del abuso de alcohol o drogas.

**Las leyes estatales y federales protegen la siguiente información. Si esta información le corresponde a usted, indique que desea que se divulgue / obtenga esta información (incluya fechas cuando corresponda).**

Tratamiento para drogas y alcohol  Sí  No Fechas: \_\_\_\_\_

Tratamiento para salud mental  Sí  No Fechas: \_\_\_\_\_

VIH/SIDA  Sí  No Fechas: \_\_\_\_\_

Abuso sexual/Tratamiento mediante consejería  Sí  No Fechas: \_\_\_\_\_  
sobre asalto

Salud reproductiva/Tratamiento para las  Sí  No Fechas: \_\_\_\_\_  
enfermedades transmitidas sexualmente

- Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla y mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para recibir beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada / divulgada bajo esta autorización.
- Entiendo que la información divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida bajo los términos de esta autorización.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a Keystone Health Center [Centro de Salud Keystone]. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que esta autorización caducará: un (1) año a partir de la fecha de este formulario, a menos que el/la paciente especifique lo contrario o el/la paciente lo rescinda por escrito. Especifique la fecha (menos de un año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Entiendo que esta autorización no será aceptada a menos que se complete en su totalidad. Se aceptará una copia de este formulario en lugar de un original.
- Entiendo que, si soy menor de edad, menor de 18 años, y he dado mi consentimiento para que los servicios de salud involucren *pruebas de salud reproductiva / pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual*, drogas y alcohol o tratamiento de salud mental, se requiere mi firma para cualquier divulgación de dicha información.

Mi firma reconoce que se nos ha ofrecido una copia de este documento a mi representante o a mí, o la hemos recibido, y he leído y entiendo el contenido de esta autorización, y voluntariamente consiento la divulgación de información.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación del representante personal

**Si el/la paciente es incapaz de firmar, complete lo siguiente:**

Si es firmada por una persona que no sea el/la paciente, escoja la relación. ***Es posible que se exija documentación legal.***

Paciente:  Es menor  Es Incompetente  Es discapacitado/a  Está muerto/a

**Autoridad legal:**  Tutor [Guardián] legal  Padre/Madre con custodia  POA [Poder legal]  Representante legal  
 Albacea del patrimonio

**AUTORIZACIÓN VERBAL: Se debe completar esta porción cuando un/a paciente no puede dar su consentimiento por escrito.**

Nosotros, los abajo firmantes, verificamos que se ha leído la autorización anterior al / a la cliente y que él / ella haya indicado que comprende la naturaleza de la autorización y que libremente da su consentimiento verbal para la divulgación de la información anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable (testigo)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable (testigo)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Envíe este formulario y expedientes por correo o por fax a:**

Keystone Dental Care  
767 Fifth Ave., Suite B-3a  
Chambersburg, PA 17201  
Phone Number: (717) 709-7940  
Fax Number: (717) 263-8014  
Email: kestonedental@keystonehealth.org

\*\*\*\*\*-DISPOSITION OF RELEASE ----- OFFICE USE ONLY -\*\*\*\*\*

Faxed: \_\_\_\_\_ Mailed: \_\_\_\_\_ Patient pick-up: \_\_\_\_\_ Staff Initials \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_