



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:

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



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

Nombre paciente _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento _____

Expediente _____

¿Tiene o ha tenido cualquier de los siguientes?

(Marque todos los que corresponden)

- Presión sanguínea alta
- Ataque cardíaco; ¿cuándo?
- Marcapasos cardíaco
- Derrame cerebral
- Problemas cardíacos
- Prolapso de la válvula mitral
- Fiebre reumática
- Enfermedad cardíaca
- Soplo cardíaco
- Hepatitis (tipo) _____
- Angina
- Dolores en el pecho
- Presión sanguínea baja
- Asma
- Diabetes
- Enfisema
- Anemia
- Tuberculosis
- Problemas con la tiroides
- Artritis
- Enfermedad del hígado
- Problemas respiratorios
- Leucemia
- Epilepsia/Convulsiones
- Desmayos/Ataques repentinos
- Reemplazo articular
- Problemas estomacales/úlceras
- Pérdida de peso reciente
- Glaucoma
- Terapia con radiación
- Problemas con el uso de alcohol
- Problemas con el uso de drogas
- Cáncer (tipo) _____
- Cansado/a frecuentemente
- SIDA o infección VIH
- Enfermedades renales
- Tobillos hinchados
- Enfermedad transmitida sexualmente
- Fiebre de heno/alergias
- Fácilmente sin aliento

Medicamentos actuales: (enumere)

Medication name	Dosage	#per day
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sustancias relacionadas con la salud

(Vitaminas, productos herbarios o naturales)

Medication name	Dosage	#per day
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alergias y reacciones (Marque todos los que corresponden)

Reacción

- Anestesia local (Novocaine) _____
- Penicilina u otros antibióticos _____
- Fármacos de sulfa _____
- Medicamentos recetados para dolor _____
- Tylenol, aspirin, or irina o ibuprofeno _____
- Metales (níquel, mercurio, etc) _____
- Goma de látex _____

Enumere otros: _____

Historial médico adicional

Médico _____ Ultimo examen médico _____

Dirección _____ # Teléfono () _____

1. ¿Ha tomado jamás Fosamax, Zometa, Aredia o Boniva o cualquier otro medi medicamento para osteoporosis (pérdida ósea)? Sí No
2. ¿Está bajo tratamiento ahora? Sí No
En caso afirmativo, favor de enumerar _____
3. ¿Ha tenido jamás una enfermedad grave o cirugía mayor? Sí No
En caso afirmativo, favor de enumerar _____
4. ¿Usa tabaco? (Circule) ¿Fuma? ¿Mastica? ¿Rapé? **Electronic/Vap** Sí No
5. ¿Le han diagnosticado cualquier trastorno psiquiatra o de ansiedad Sí No
6. ¿Le han diagnosticado una discapacidad física? Sí No
En caso afirmativo, explique _____
7. Solamente mujeres Sí No
 - ¿Está embarazada o piensa estarlo? Sí No
 - ¿Está amamantando? Sí No
 - ¿Está tomando anticonceptivos? Sí No

Office Use Only:

Solamente para uso de oficina

Certifico que la información de arriba es completa y exacta

Firma paciente/guardián _____ Fecha: _____ Complete el dorso también

Firma dentista _____ Fecha: _____ pase a la pág. siguiente

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? _____
- 29. ¿Tiene preguntas o preocupaciones? Sí No

Office Use only:
Solamente para uso de oficina

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

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 pacifico Multi-racial

Etnicidad- se refiere a la nacionalidad y la cultura:

- Latino/Hispano No Latino

Vive usted en una vivienda pública (public housing):

- Si No

Tamaño de Familia	Ingresos Familiares Anuales			
1	<input type="checkbox"/> \$12,490 o menor	<input type="checkbox"/> \$12,491 to \$18,735	<input type="checkbox"/> \$18,736 to \$24,980	<input type="checkbox"/> \$24,981 o mayor
2	<input type="checkbox"/> \$16,910 o menor	<input type="checkbox"/> \$16,911 to \$25,365	<input type="checkbox"/> \$25,366 to \$33,820	<input type="checkbox"/> \$33,821 o mayor
3	<input type="checkbox"/> \$21,330 o menor	<input type="checkbox"/> \$21,331 to \$31,995	<input type="checkbox"/> \$31,996 to \$42,660	<input type="checkbox"/> \$42,661 o mayor
4	<input type="checkbox"/> \$25,750 o menor	<input type="checkbox"/> \$25,751 to \$38,625	<input type="checkbox"/> \$38,626 to \$51,500	<input type="checkbox"/> \$51,501 o mayor
5	<input type="checkbox"/> \$30,170 o menor	<input type="checkbox"/> \$30,171 to \$45,255	<input type="checkbox"/> \$45,256 to \$60,340	<input type="checkbox"/> \$60,341 o manor
6	<input type="checkbox"/> \$34,590 o menor	<input type="checkbox"/> \$34,591 to \$51,885	<input type="checkbox"/> \$51,886 to \$69,180	<input type="checkbox"/> \$69,181 o manor
7	<input type="checkbox"/> \$39,010 o menor	<input type="checkbox"/> \$39,011 to \$58,515	<input type="checkbox"/> \$58,516 to \$78,020	<input type="checkbox"/> \$78,021 o manor
8	<input type="checkbox"/> \$43,430 o menor	<input type="checkbox"/> \$43,431 to \$65,145	<input type="checkbox"/> \$65,146 to \$86,860	<input type="checkbox"/> \$86,861 o manor
9	<input type="checkbox"/> \$47,850 o menor	<input type="checkbox"/> \$47,851 to \$71,775	<input type="checkbox"/> \$71,776 to \$95,700	<input type="checkbox"/> \$95,701 o mayor
10	<input type="checkbox"/> \$52,270 o menor	<input type="checkbox"/> \$52,271 to \$78,405	<input type="checkbox"/> \$78,406 to \$104,540	<input type="checkbox"/> \$104,541 o mayor

Revised 3.13.19

****** 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: _____

¡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. ****