

# Cuestionario para Entrevistas y Lista de Verificación

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

1. ¿Es usted **PACIENTE NUEVO** o está **RENOVANDO**?

NUEVO (vaya a la pregunta 2)       RENOVANDO— >

4. Razón por que solicita servicios-

MEDICOS:                               SOLO DENTAL

Por favor explique: \_\_\_\_\_

5. ¿Es su necesidad médica debido a una lesión de trabajo?

NO     Sí:

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Tipo de lesión: \_\_\_\_\_

7. ¿Cómo se enteró acerca de la Clínica Dental ?

\_\_\_\_\_

Si tiene preguntas puede  
Comunicarse la Clínica Dental  
al  
**540-536-1684**



## Lista de verificación y documentos requeridos:

**PARA RENOVAR:** Por favor traiga este paquete de solicitud relleno junto con los documentos requeridos en cualquier momento durante horario normal de negocio:

**Lunes o Viernes: 8:30 AM a 4:30 PM**

**Martes o Jueves: 2:00 PM a 4:00 PM**

**PACIENTES NUEVOS:** Por favor traiga este paquete de solicitud relleno junto con los documentos requeridos durante nuestro horario de entrevistas:

### Con cita para nuevos pacientes

- Foto Identificación.
- Tarjeta de Seguro Social
- Prueba de Domicilio
- El formulario de Impuesto 1040 (si declaro impuestos)
- Prueba de Ingresos durante los últimos 30 días

Puede ser cualquiera de las siguientes opciones:

- Talones de Pago
- Seguridad Social Jubilación Carta Actual de Beneficio
- Seguridad Social Discapacidad Carta Actual y Original de Beneficio
- Comprobante de Ingresos de Pensión
- Prueba de Manutención o Pensión Alimenticia
- Carta de Empleador (en papel membretado de la empresa)
- Carta De Beneficios de Desempleo
- Carta De Soporte
- 2 Meses de cuenta bancaria
- Otro \_\_\_\_\_

si **NO** hay ingresos, ¿cómo se está manteniendo así mismo? \*

\_\_\_\_\_

\* Documentación adicional puede ser requerida

No podemos completar su solicitud para servicios hasta que todos los documentos solicitados se reciban. Si los documentos no se reciben dentro de 30 días tendrá que volver aplicar.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Formulario de Entrevista para Paciente

(Revised (1/2016))

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre S.N.

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CODIGO:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO:** \_\_\_\_\_ **MENSAJE?**  Sí  NO

**CONTACTO DE EMERGENCIA:** \_\_\_\_\_ **TEL.:** \_\_\_\_\_

**SEXO:**  Femenino  Masculino

**IDIOMA:**  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**ORIGEN ETNICO:**  Hispano  No Hispano

**FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año):** \_\_\_\_\_

**SEGURO SOCIAL #:** \_\_\_\_\_

**¿Esta Empleado?**  SI  NO  
**En caso afirmativo, ¿dónde?**  
 \_\_\_\_\_

A tiempo completo  A tiempo parcial  
 Temporal

**¿Independiente?**  SI  NO

**¿Desempleado?**  SI  NO

**En caso afirmativo, ¿por qué?**

Discapacitado  Jubilado  
 Ama de casa  Debido a la salud  
 No ha podido encontrar trabajo

**Raza:**

Blanco  
 Negro  
 Latino  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Estado civil:**

Casado  
 Soltero  
 Divorciado  
 Viudo  
 Conviviendo

**Estatus de Seguro Médico:**

Aplico para Medicaid  
 Medicaid  
 Beneficios de VA  
 Medicare  
 Seguro Privado  
 Ninguno

**Sin Hogar,**

Refugio  
 Calle  
 Vive con otros

**¿Compensación al trabajador activo?**

Sí  NO

**Alergias a Medicamentos:**  Sí  NO  
**En caso afirmativo, enumere:**

**Usted recibe beneficios de Seguro Social:**

SSI  Jubilación  Discapacidad

**IMPORTANTE: Comprobante de ingreso podrá solicitarse más de una vez por año.**

**# de personas en su unidad familiar:** \_\_\_\_\_

**¿Recibe beneficios de SNAP (estampillas para comida)?**  Sí  NO Si es sí, cuánto? \$ \_\_\_\_\_

Nombre de los miembros de su hogar	Edad	Relacion al Paciente	Fuente de Ingresos (trabajo, SS, etc.)	Cantidad Bruto de Ingresos Mensual
<b>Paciente:</b>		SI MISMO		\$
				\$
				\$
				\$
				\$
<b>Total:</b>				\$

**Paciente acuerdo/divulgación:** doy fe que esta información es verdadera y exacta. He recibido, leído y entendido la guía para Pacientes. Entiendo que para ser un paciente en la Clínica Médica Gratis, debo cumplir con todos los requisitos. Estoy de acuerdo en que FMC sea mi médico de cabecera. Yo entiendo que si a sabiendas oculto información o proporciono información falsa, puede ser motivo de despido permanente y ser responsable de cualquier factura incurrida. Autorizo al personal FMC para discutir y verificar cualquier información. Además autorizo FMC a compartir esta información con el Centro Médico de Winchester en caso de que sea referida allí para servicios.

No tengo cobertura de medicamentos recetados. Estoy de acuerdo en permitir la Clínica Médica Gratis completar cualquier proceso de inscripción de asistencia al paciente en mi nombre, que puede incluir la divulgación de información personal y médica. También autorizo a la Clínica Médica Gratis compartir información médica y financiera con cualquier y todos los proveedores farmacéuticos y RxPartnership para fines de auditoría y elegibilidad. Notificaré inmediatamente a la Clínica Médica Gratis de cualquier cambio en mis ingresos, hogar o estatus del seguro.

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

**For Staff Use ONLY:**

Date	Initials
Application :	
Consent Form:	
Photo ID	
Social Security Card:	
IRS Form:	
POI:	
LOS:	

NOT ELIGIBLE: \_\_\_\_\_

**Referred?**  WMC  WATTS

**Eligible for:**

All Services  
 NO PAP  
 Dental Only

Expires: \_\_\_\_\_  
 Issued by: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_

**Patient ID:** \_\_\_\_\_

# Consentimiento de Paciente

## Cargos por Servicios Proporcionados (si es aplicable)

Todos los gastos de servicios de oficina se someten al momento de mi visita a la Clínica Dental del Valle Norte de Shenandoah, Inc. (DCNSV). También entiendo que elegibilidad para servicios en la Clínica Dental NSV. no incluyen servicios gratuitos en Winchester Medical Center o Sala de Emergencia. Usted debe comunicarse con el departamento financiero para hacer arreglos de pago.

## Compartir/Revelar Información de Salud

Tengo entendido que diferentes agencias ofrecen diferentes servicios y beneficios y que cada agencia debe tener información específica para proporcionar estos servicios y beneficios. Al firmar este formulario, estoy permitiendo agencias intercambiar cierta información que hará más fácil para ellos coordinar de manera efectiva los servicios y beneficios que necesito para ellos utilizar mis expedientes médicos de investigación y evaluación.

Yo, \_\_\_\_\_, otorga permiso a la Clínica Dental del Valle Norte de Shenandoah, Inc. para intercambiar información, sin limitarse a, registros médicos, registros de salud mental, registros dentales/rayos x, información financiera, beneficios o servicios recibidos e información de investigación médica.

Me gustaría que esta información sea compartida entre la Clínica Dental y las siguientes agencias:

El Departamento de Salud del Condado Frederick /Winchester, Winchester Centro Medico, referidos médicos y dentistas, Noroeste Servicios Comunitarios, Winchester Dpto. de Servicios Social, Frederick Co. Dpto. de Servicios Sociales y cualquier otro centro médico donde recibido tratamiento previo.

## Tratamiento

Además autorizo y consiento a Médicos de Práctica, Enfermeras de Práctica, Médicos Asistentes, sus asistentes y otros profesionales proporcionando tratamiento médico ambulatorio, suministros, servicios, equipos y cualquier otro artículo determinado necesario relacionado a mi salud en su juicio profesional. He sido informado de la naturaleza y finalidad del tratamiento y los efectos secundarios potenciales, así como las modalidades de tratamiento alternativo y aproximado estimado de duración de mi salud, y puedo de retirar mi consentimiento para el tratamiento por vía oral o por escrito ya sea antes o durante el período de tratamiento indicado.

## Autorización y Reconocimiento

Yo (nosotros), el abajo firmante autoriza el tratamiento por voluntarios y proveedores (incluyendo estudiantes) en la Clínica Dental del Valle Norte de Shenandoah, Inc. y yo (nosotros), el abajo firmante, entiende y acepta que todos los profesionales de salud prestando servicios en la Clínica Médica Gratis están exentos de responsabilidad. Ninguna persona que está legalmente autorizada y presta servicios de salud dentro de los límites de su licencia voluntariamente y sin sueldo en la Clínica Médica Gratis (donde no se hacen cargos por servicios médicos) será responsable por los daños civiles por cualquier acto u omisión resultante de la prestación de dichos servicios, a menos que tal acción u omisión fue el resultado de negligencia grave o dolo.

## Cancelaciones de cita

Estoy de acuerdo de proporcionar al menos veinticuatro (24) horas de aviso a la FMCNSV al cancelar una cita y entiendo que al fajar en proporcionar aviso dará lugar a un prolongado período de espera y honorario.

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

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## La Información Del Paciente / Antecedentes Médicos

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad, Estado, Código postal:** \_\_\_\_\_  
**Tel. de Casa:** \_\_\_\_\_ **Tel. de Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Tel. Celular:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Genero:**  M  F **Estado Civil:**  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  
**Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Si el paciente es un niño/a:  
 De los padres o guardián: \_\_\_\_\_ Relación hacia el niño/la niña: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_  
 Tel. de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Escuela/Patrón: \_\_\_\_\_

1. ¿Ha estado usted bajo el cuidado de un médico los últimos dos años?  **Si**  **No**  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
2. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tuvo una operación importante?  **Si**  **No** Si es así, \_\_\_\_\_
3. ¿Alguna vez sufrió una lesión grave en la cabeza o el cuello?  **Si**  **No** Si es así, \_\_\_\_\_
4. ¿Está usted tomando actualmente algún medicamento?  **Si**  **No**  
 Si es así, enumere por favor los medicamentos: \_\_\_\_\_
5. ¿Toma, o ha tomado, Phen-Fen o Redux?  **Si**  **No** Si es así, \_\_\_\_\_
6. ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bisfosfonatos?  **Si**  **No**  
 Si es sí, enumere por favor: \_\_\_\_\_
7. ¿Usas sustancias controladas?  **Si**  **No** Si es así, \_\_\_\_\_
8. ¿Es alérgico a o ha reaccionado alguna vez a algún medicamento?  **Si**  **No**  
 Si es sí, enumere por favor: \_\_\_\_\_
9. Mujeres: Está embarazada  **Si**  **No** ¿Está amamantando?  **Si**  **No** ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?  **Si**  **No**
10. ¿Tiene usted o ha tenido alguna enfermedad, o condición no enumerada abajo?  **Si**  **No**  
 Si es sí, enumere aquí por favor: \_\_\_\_\_

Positivo a VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Sed Excesiva	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Prolapso de la Válvula Mitral	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
La enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Episodios de Desmayo/ Mareos	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Tos Frecuente	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Dolor en la Mandíbula	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Anemia	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Diarrea Frecuentes	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Enfermedad Paratiroidea	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Angina	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Dolores de Cabeza Frecuentes	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Herpes Genital	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Pérdida de Peso Reciente	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Válvula Artificial del Corazón	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Glaucoma	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Diálisis Renal	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Articulaciones Artificiales	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Enfermedad/Ataque Cardíaca	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Asma	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Soplo del Corazón	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Reumatismo	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Enfermedad de la Sangre	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Marcapasos del Corazón	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Escarlatina	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Problemas/Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Shingles	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Hemofilia	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Anemia de Células Falciformes	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Moretón Facilmente	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Sinusitis	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Cáncer	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Hepatitis B or C	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Espina Bífida	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Radiación/Quimioterapia	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Herpes	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Enfermedad Estómecal/Intestinal	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Dolores en el Pecho	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Apoplejía	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Úlceras Bucales/Ampollas Febriles	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Hinchazón de las Extremidades	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Enfermedad Cardíaca Congénita	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Urticaria o Sarpullido	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Convulsiones	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Medicina de Cortesona	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Latido del Corazón Irregular	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Diabetes	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Problemas de Riñón	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Tumores o Crecimientos	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Adicción a las Drogas o al Alcohol	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Leucemia	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Úlceras	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Enfisema	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Enfermedad Venérea	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Presión Arterial Baja	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Ictericia Amarilla	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Sangrado Excesivo	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Usa Tabaco	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>

A mi leal saber y entender, las preguntas en este formulario han sido respondidas con exactitud. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del Paciente/ Padre/ Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Clínica Dental de NORTHERN SHENANDOAH VALLEY**  
**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO/DESCARGAR/CONSIDERAR**

**PARA SU INFORMACION:** Algunos de nuestros proveedores dentales ofrecen voluntarios su servicio sin pago, ya sea en la clínica dental de Northern Shenandoah Valley Inc. O por remisión a su oficina; y porque donan libremente su tiempo, son protegidos contra negligencia por una ley de Virginia.

**TRATAMIENTO:** Entiendo que se espera que los pacientes sean socios activos en mantener su salud dental, y en retorno, puedo esperar que la Clínica Dental me asista hasta el punto que sus recursos lo permitan.

El cuidado dental se limita a las horas de operación de la Clínica Dental cuando un proveedor dental está disponible. Si usted experimenta una situación de emergencia, es su responsabilidad de buscar atención médica en la Sala de Emergencia de Winchester Medical Center u otra facilidad apropiada de su opción. .

No podemos patrocinar a pacientes con visitas a la sala de emergencia, pero usted debe solicitar ayuda financiera a través de la oficina de financiamiento del hospital si necesita el uso de la sala de emergencia.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Al solicitar cuidado en la Clínica Dental, estoy dando al Proveedor dental permiso de examinarme, diagnosticarme, y tratarme.

**DESCARGA DE INFORMACIÓN:** Doy permiso a la Clínica Dental accede información referente a mi cuidado anterior en Winchester Medical Center o de otros Proveedores, si se considera necesario para el tratamiento actual.

También doy permiso a la Clínica Dental de enviar información referente a mi al hospital o a otro proveedor médico/dental si fuse necesitado para mi cuidado.

**DESCARGA DE INFORMACION PARA/DE MI MEDICO:** Considero a el Dr/a \_\_\_\_\_ ser mi doctor/a regular, el proveedor de la Clínica Dental tiene mi permiso de contactarle si es considerado necesario para proporcionar cuidado de salud de calidad/cuidado dental

**AVISO DE CONSIDERAR CONSENTIMIENTO PARA VIH, HEPATITIS B & C PRUEBA DE SANGRE:** El código de Virginia autoriza a proveedores de cuidado médico hacer una prueba a pacientes de VIH y la hepatitis B & C cuando los proveedores o alguien empleado bajo la dirección de el/ o el control del proveedor se expone a los líquidos corporales del paciente de alguna manera que, según las pautas actuales del Centro para Control de Enfermedad, pueda transmitir el virus de VIH o la Hepatitis B o C. En caso de tal exposición, considero dar consentimiento a la prueba y al descargo de resultados a las personas expuestas. **SIN EMBARGO**, se me consultara antes de que mi sangre se pruebe para VIH o la Hepatitis B o C, así como luego cuando reciba los resultados

Estos permisos pueden ser cancelados por escrito por mí en cualquier momento, pero de otra manera, están en efecto mientras sea paciente de la Clínica Dental. Al firmar esta forma certifico que entiendo el significado de las declaraciones antedichas.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Numero de Medicaid ID: \_\_\_\_\_

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

# Formulario de Autorización para el Uso y la Divulgación de la Información del Paciente

Dental Clinic of Northern Shenandoah Valley, INC.  
301 N. Cameron St, Suite 200  
Winchester, VA 22601

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Medicaid ID: \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de información que incluye todo el contenido del registro dental, incluido el diagnóstico, los detalles del tratamiento, la información sobre citas y la información financiera.

Esta información puede ser divulgada a:

Espos(a) \_\_\_\_\_

Hijo(os) \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

La información no debe ser revelada a nadie.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización, por escrito, en cualquier momento notificando a esta oficina. Tal revocación no afectará las acciones tomadas por la persona solicitante antes de la fecha en que recibí la revocación por escrito. También entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por esta regla. Entiendo que mi proveedor de atención dental no puede condicionar el tratamiento si firmo esta autorización.

Esta Autorización permanecerá vigente hasta que yo la rescinda por escrito y la reciba el Oficial de Privacidad de la clínica dental en 301 N. Cameron St, Suite 200, Winchester, VA 22601.

Por favor llame:  Mi número de casa: \_\_\_\_\_

Mi número de trabajo: \_\_\_\_\_

Mi número de celular: \_\_\_\_\_

## Reconocimiento de Recibo de Aviso de Práctica de Privacidad

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad de la práctica susodicha.

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

### Si es Representante Personal:

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Representante Personal: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment
- Other (Please Specify): \_\_\_\_\_