



CLÍNICA MÉDICA/DENTAL

Abriendo la puerta a las buenas nuevas de Jesucristo a través de la práctica de la medicina y la odontología.

FORMULARIO DE ADMISIÓN MÉDICA/DENTAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ SSN#: ____ - ____ - ____

Masculino ____ femenino ____ Raza: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

Soltero ____ Casado ____ Divorciado ____ Viudo ____ Separado ____ Unión civil ____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Contacto de emergencia:

Nombre y relación _____ número de contacto: _____

Empleador: _____

Dirección del empleador: _____

¿Cuánto tiempo llevas trabajando allí? _____ Ocupación: _____

Nombre del médico anterior: _____ Teléfono: _____

Nombre del dentista anterior: _____ Teléfono: _____

¿Está tomando algún medicamento actualmente en este momento? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, enumere y explique:

Farmacia preferida: _____

¿Por qué has venido a vernos hoy? _____

Información sobre el seguro de Mission First Medical and Dental Clinic

¿Tiene seguro dental? Sí ____ No ____ ¿Tiene Medicare? Sí ____ No ____

¿Tiene seguro médico? Sí ____ No ____ ¿Tiene Medicaid? Sí ____ No ____

Certifico con mi firma que, a mi leal saber y entender, lo anterior es una declaración verdadera y completa de mi cobertura de seguro. Entiendo que la información que he proporcionado está sujeta a verificación.

Firma del paciente o tutor_____
Firma del personal/voluntario de Mission First_____
Fecha

¿Fuma o consume alguna forma de tabaco? Sí ____ No ____

¿Con qué frecuencia consumes alcohol?

Nunca ____ Diario ____ Semanal ____ Mensual ____

¿Usas alguna droga recreativa? Sí ____ No ____

¿Tiene varillas, clavos o implantes de metal? Sí ____ No ____

Por favor, enumere cualquier alergia a medicamentos que pueda tener:

¿Tiene alguna condición de salud crónica? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, explique:

_____**¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?**

Marque con un círculo la siguiente opción a su leal saber y entender

Difteria	Sarampión	Paperas	Varicela	Escarlatina	Poliomielitis
Viruela	Tifoidea	Malaria	Neumonía	Ictericia	Diarrea
Fiebre reumática	Asma	Enfermedad cardíaca	Tabaquismo	Tuberculosis	Presión arterial alta
Gonorrrea	Nefropatía	Diabetes	Enfermedad de la próstata	Enfermedad de células falciformes	Soplo cardíaco
Hepatitis	Artritis	Anemia	SIDA/VIH	Por favor, enumere otros →	

Solo mujeres: ¿Estás embarazada? Sí ____ No ____ No estoy seguro ____

Si es así, ¿cuándo es su fecha de parto? _____

Número de abortos espontáneos: _____ Número de niños: _____

Último período menstrual: _____ Última prueba de Papanicolaou: _____

Enumere las cirugías que ha tenido, las razones y las fechas:

Enumere cualquier enfermedad grave que haya tenido y las fechas:

Enumere cualquier lesión corporal grave que haya tenido y las fechas de las mismas:

¿Alguien de su familia ha tenido: (Marque todas las que correspondan)

Cancer ____ TB ____ Enfermedad mental ____ Diabetes ____ Enfermedad cardíaca ____
Artritis ____ Bocio ____ Obesidad ____ Nefritis ____ Epilepsia ____ Hipertensión ____

¿Eres miembro de la iglesia? Sí ____ No ____ Si es así, ¿cuál? _____

¿Cómo se enteró de Mission First? _____

Doy mi pleno consentimiento al personal de atención médica voluntario de Mission First Medical Clinic para que me brinde la atención que mejor les parezca.

Firma: _____ Fecha: _____

Descargo de responsabilidad: Mission First Medical Clinic tiene la capacidad de satisfacer una variedad de necesidades médicas. Sin embargo, nuestra clínica está limitada en nuestro equipo de examen y capacidades de laboratorio. Los estupefacientes no se almacenan en nuestra clínica. Desafortunadamente, es posible que nuestra clínica no tenga la capacidad de ayudarlo en su atención a largo plazo de ciertas afecciones crónicas o servicios especializados. Los pacientes son atendidos solo con cita previa. La Clínica Médica Mission First no debe considerarse cuando se enfrenta a una situación de atención de emergencia o un centro de tratamiento de trauma.

"Por nada estéis afanosos, sino que, en toda oración y súplica con acción de gracias, sean conocidas vuestras peticiones delante de Dios, y la paz de Dios, que sobrepasa todo entendimiento, guardará vuestro corazón y vuestros pensamientos en

Cristo Jesús". Filipenses 4:6-7

Por su colaboración en su atención médica en Mission First

Entiendo que la información que he dado hoy es correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. También autorizo al personal de Mission First a usar cualquier parte de mi registro médico/dental o información médica/dental para obtener las consultas médicas o dentales necesarias para que puedan diagnosticar y/o tratar mis necesidades médicas o dentales de manera integral. Autorizo al personal dental a realizar cualquier servicio dental necesario que pueda necesitar durante el diagnóstico y el tratamiento con este documento firmado que sirve como mi consentimiento informado.

Firma: _____ Fecha: _____

Si soy un paciente nuevo y no asisto a mi cita inicial o no notifico con 24 horas de anticipación mi incapacidad para asistir a mi primera cita, pierdo el derecho a ser atendido en Mission First. Además, reconozco que, si no me presento a mi cita programada tres veces, no soy elegible para un tratamiento futuro en este centro. Si necesito reprogramar mi cita, me comprometo a llamar 24 horas antes de la hora de mi cita para hacerlo. Además, estoy de acuerdo en que, si llego 15 minutos tarde o más a mi cita programada, entonces tendré que ser reprogramado para otro momento.

Firma: _____ Fecha: _____

Nuestra oficina está comprometida a cumplir o superar los estándares de control de infecciones exigidos por OSHA, los CDC y la ADA.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/ENVIAR POR FAX REGISTROS MÉDICOS PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo el uso o la divulgación de los registros médicos/información médica protegida (PHI) como se describe a continuación. Al autorizar el uso o la divulgación de los registros que se describen a continuación, autorizo al custodio de los registros a reenviarlos por fax; Mis registros/información médica protegida, para su revisión o inspección por parte de la(s) persona(s) identificada(s) a continuación:

_____/_____/_____-_____-_____
Nombre del paciente Fecha de nacimiento SSN

Autorizo a MISSION FIRST, INC. Medical/Dental Clinic a divulgar y/o divulgar mis registros médicos/información de salud protegida a:

Doctor: _____

El propósito de esta solicitud de divulgar y/o divulgar los registros médicos/PHI descritos anteriormente es para que los revisen los médicos mencionados anteriormente _____ o para _____.

___ No autorizo al destinatario a volver a divulgar la PHI descrita anteriormente sin mi aprobación previa por escrito.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento notificándolo a la persona solicitante. Dicha revocación no afectará las acciones tomadas por la persona solicitante antes de la fecha en que recibió la revocación por escrito.

Entiendo que mi proveedor de atención médica no puede condicionar el tratamiento médico a si firmo esta autorización.

Esta autorización vencerá con mi revocación por escrito.

Nombre de la letra de imprenta

Firma

Fecha

Si está firmado por el representante autorizado del paciente, describa la autoridad del representante:

___ El paciente es una sala; Soy el tutor del paciente, designado por el Tribunal Testamentario del Condado de _____.

___ El paciente es una sala; Soy el tutor del paciente, designado por el Tribunal de Menores del Condado de _____.

___ El paciente es una sala; Soy el padre o tutor natural del paciente.

___ El paciente ha fallecido; Soy el cónyuge sobreviviente del paciente o soy el cónyuge sobreviviente del paciente o soy el albacea o administrador del patrimonio del paciente, designado por el Tribunal Testamentario del Condado de _____.

___ Soy el agente del paciente, facultado para hacer la solicitud anterior, según lo designado en el poder general del paciente.

___ Soy el agente del paciente, como se designa en el Poder notarial duradero para la atención médica del paciente.

___ Otro _____

Esta Autorización para divulgar información protegida está diseñada para cumplir con los requisitos de una autorización válida según lo especificado por los estándares de privacidad de información de salud identificable individualmente y (la regla de privacidad de HIPPA), 45CFR, parte 160 y 164. El contenido prescrito de una autorización válida se encuentra en 45 CFR 164. 508.

FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD Y COMUNICADO DE PRENSA DE MISSION FIRST

Otorgo permiso a Mission First, Inc. y sus subordinados, para usar mi nombre y / o fotografías para usar en publicaciones de Mission First, como folletos de reclutamiento, boletines y revistas, y para usar mi nombre y / o fotografías en tableros de exhibición, y para usar mi nombre y / o fotografías en versiones electrónicas de las mismas publicaciones o en Mission First, Inc. u otras formas o medios electrónicos.

Por el presente renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar las fotografías terminadas o el material impreso o electrónico que pueda usarse junto con ellas ahora o en el futuro, ya sea que ese uso sea conocido por mí o desconocido, y renuncio a cualquier derecho a regalías u otra compensación que surja o esté relacionada con el uso de la fotografía.

Por el presente acepto liberar, defender y eximir de responsabilidad a Mission First, Inc. y subordinados, incluida cualquier empresa que publique y / o distribuya el producto terminado en su totalidad o en parte, ya sea en papel o por medios electrónicos, de y contra cualquier reclamo, daño o responsabilidad que surja o esté relacionado con el uso de las fotografías sin limitación.

Consulte el siguiente párrafo que es aplicable a su situación actual:

___ Tengo 18 años de edad o más y soy competente para contratar en mi propio nombre. He leído este comunicado antes de firmar a continuación, y entiendo completamente el contenido, el significado y el impacto de este comunicado. Entiendo que soy libre de abordar cualquier pregunta específica con respecto a este comunicado enviando esas preguntas por escrito antes de firmar, y acepto que mi incumplimiento se interpretará como una aceptación libre y bien informada de los términos de este comunicado.

___ Soy el padre o tutor legal del niño con el siguiente nombre. He leído este comunicado antes de firmar a continuación, y entiendo completamente el contenido, el significado y el impacto de este comunicado. Entiendo que soy libre de abordar cualquier pregunta específica con respecto a este comunicado enviando esas preguntas por escrito antes de firmar, y acepto que mi incumplimiento se interpretará como una aceptación libre y bien informada de los términos de este comunicado.

Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____

Dirección: _____

(Calle) (Ciudad) (Estado/Provincia) (Código postal)

Fecha de nacimiento: _____

Número(s) de teléfono: _____

Firma del participante: _____

Firma del padre o tutor legal (si es menor de 18 años):

INMUNIDAD PARA SERVICIOS MÉDICOS CARITATIVOS Y VOLUNTARIOS

ACUERDO PARA BRINDAR ATENCIÓN SIN COMPENSACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

El "Proveedor" acepta voluntariamente proporcionar la atención y los servicios médicos necesarios al "Participante" sin esperar ser compensado por dicha atención y servicios debido a la incapacidad del participante para pagar dicha atención y servicios.

El "Participante" desea que el "Proveedor" proporcione los servicios médicos, pero no puede pagar esos servicios y está dispuesto a renunciar a su derecho a emprender acciones legales contra el "Proveedor" por negligencia

que no es de naturaleza deliberada ni grosera. "Proveedor" y "Participante" acuerdan como sigue:

- 1) El "Proveedor" proporcionará voluntariamente la atención médica y los servicios necesarios al participante sin esperar que el participante pague por esos servicios y no se intentará cobrar ningún pago, de ninguna forma, por esos servicios.
- 2) Este acuerdo se aplica a todos los servicios prestados por el "Proveedor" a partir de la fecha de este acuerdo, y permanecerá en vigor a menos que el participante lo rescinda mediante notificación por escrito.
- 3) El "Participante" entiende que no se le cobrará por los servicios prestados por el participante, y en consideración a recibir los servicios de forma gratuita, el "Participante" entiende además que bajo Mississippi, se le prohíbe emprender acciones legales contra el "Proveedor" por cualquier lesión resultante de un tratamiento médico que no se deba a una negligencia intencional o grave.

Acordado hasta el día de hoy de _____, 202_

Firma del proveedor: _____

Firma del participante (padre o tutor si es menor de edad)

Clínica Médica/Dental Mission First Formulario de autorización de HIPAA

Fecha de autorización: _____

Información para el paciente:

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información autorizada de amigos o familiares:

Yo, _____, autorizo a Mission First Medical Clinic a divulgar información médica para que se divulgue a las personas que se enumeran a continuación.

1. Nombre completo: _____

2. Relación con el paciente: _____

3. Número de contacto: _____

Persona autorizada adicional (si corresponde)

1. Nombre completo: _____

2. Relación con el paciente: _____

3. Número de contacto: _____

Alcance de la autorización:

Autorizo a las personas mencionadas anteriormente a tener acceso a todos mis registros médicos, excepto

Esta autorización permanecerá vigente hasta que la rescinda por escrito

Reconocimiento de los derechos del paciente:

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que este formulario no renuncia a ninguna de las mis derechos de HIPAA.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento para recibir correos electrónicos, mensajes de texto o llamadas de voz

Mission First ha comenzado a utilizar un sistema de programación de citas en línea que puede enviar correos electrónicos, mensajes de texto y / o recordatorios de llamadas de voz de su cita. Lea lo siguiente y sus iniciales cuando corresponda y firme a continuación.

Correos electrónicos:

____ Por la presente doy mi consentimiento a Mission First para que use mi dirección de correo electrónico para comunicarse conmigo por correo electrónico para recordatorios de citas a través del sitio web de Practice Fusion. Esto se aplica a la dirección de correo electrónico que tengo registrada en la clínica en el momento en que se fija la cita.

____ Por la presente NO doy mi consentimiento para que Mission First use mi dirección de correo electrónico para comunicarse conmigo por correo electrónico para recordatorios de citas a través del sitio web de Practice Fusion. Entiendo que es mi responsabilidad mantenerme al día con la fecha y hora de mi cita. Si no lo hace, puede retrasar la atención.

Mensajes de texto:

____ Por la presente doy mi consentimiento a Mission First para que use mi número de teléfono para comunicarse conmigo por mensajes de texto para recordatorios de citas a través del sitio web de Practice Fusion. Esto se aplica al número de teléfono que tengo registrado en la clínica en el momento en que se fija la cita. Entiendo que se pueden aplicar cargos por mensajes de texto y que soy responsable de dichos cargos.

____ Por la presente NO doy mi consentimiento para que Mission First use mi número de teléfono para comunicarse conmigo por mensajes de texto para recordatorios de citas a través del sitio web de Practice Fusion. Entiendo que será mi responsabilidad mantenerme al día con la hora de mi cita. Si no lo hace, puede retrasar la atención.

Llamadas de voz:

____ Por la presente doy mi consentimiento a Mission First para que use mi número de teléfono para comunicarse conmigo por llamada de voz para recordatorios de citas a través del sitio web de Practice Fusion. Esto se aplica al número de teléfono que tengo registrado en la clínica en el momento en que se fija la cita. Entiendo que se pueden aplicar cargos por llamadas de voz y que soy responsable de dichos cargos.

____ Por la presente NO doy mi consentimiento para que Mission First use mi número de teléfono para comunicarse conmigo por llamada de voz para recordatorios de citas a través del sitio web de Practice Fusion. Entiendo que será mi responsabilidad mantenerme al día con la hora de mi cita. Si no lo hace, puede retrasar la atención.

Nombre del signo: _____

Nombre de la letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Preguntas adicionales para pacientes dentales:

Historia dental

¿Por qué has venido al dentista hoy? _____

¿Necesita antibióticos antes del tratamiento dental debido a una afección médica? Sí ____ No ____

¿Tiene dolor actualmente? Sí ____ No ____

¿Alguna vez ha tenido un problema grave asociado con algún trabajo dental anterior? Sí ____ No ____

¿Le tienes miedo al dentista? Sí ____ No ____

¿Alguna vez te has sometido a una cirugía de encías? Sí ____ No ____

¿Tiene dolor en las articulaciones o le han diagnosticado trastorno de ATM/TMD? Sí ____ No ____

¿Cómo calificaría su salud dental?

¿Te sangran las encías? Sí ____ No ____

¿Usas hilo dental? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____

¿Cuántas veces al día te cepillas? _____

¿Tipo de cerdas en tu cepillo de dientes? Suave Medio Duro

¿Con qué frecuencia reemplazas tu cepillo de dientes? _____

¿Sus dientes son sensibles al calor, al frío o a morder? Sí ____ No ____

En caso afirmativo, describa: _____

¿Has perdido algún diente? Sí ____ No ____

En caso afirmativo, ¿por qué?

¿Usted fuma? _____

¿Te despiertas sin aliento? _____

¿Alguien te ha dicho que dejas de respirar mientras duermes _____

¿Cuál es tu nivel de energía? ____ Fuerte ____ Medio ____ Pobre

¿Hay algo más que le gustaría discutir con el dentista o algo que podamos orar por usted?

¿acerca de? _____