

## Formulario de Registro

Demografía		
Apellido Paterno:	Nombre:	Segundo Nombre o Inicial:
Preferred name:	Otros Nombres Usados:	
Sexo (legal):	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
	<input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> X
Identidad de genero:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
	<input type="checkbox"/> M to F	<input type="checkbox"/> F to M
	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Fecha de Nacimiento: (Mes / Día / Año)	Número Seguro Social:	
Dirección Física:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección Postal: (si es diferente a la de arriba)		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de teléfono celular:	Número de teléfono hogar:	
Número de teléfono trabajo:	Otro: (	
¿Necesitamos comunicarnos con usted a una dirección postal diferente a la arriba indicada, algún otro número de teléfono, o a través de algún otro método para asuntos confidenciales?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____		
¿Cuál es su lenguaje principal? _____		¿Necesita un Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Etnicidad:	Raza Marque: (todos los encasillados que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otro: asiático
<input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano americano, chicano/a	<input type="checkbox"/> Indio americano	<input type="checkbox"/> Otro: isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Guameño o chamorro
<input type="checkbox"/> Otro: hispano, latino/a o de origen español	<input type="checkbox"/> Africano americano/negro	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Múltiple origen hispano, latino/a o español	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> No-hispano o latino/a	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Reúsa responder	<input type="checkbox"/> Japones	<input type="checkbox"/> Reúsa responder
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Desconocido
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	
Contacto De Emergencia		
Nombre:	Relación:	
Teléfono: ( ) -	Teléfono alternativo: ( ) -	
¿Es Usted el Guardián Legal del Cliente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fiador (Persona que se responsabiliza a pagar)		
Apellido Paterno:	Nombre:	Segundo Nombre o Inicial:
Apellido de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento: (Mes / Día / Año)	
Dirección Postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Relación:		



Name \_\_\_\_\_

Client # \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

**Verificación Financiera Para Descuento**  
**Por Escala Salarial**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Cliente: \_\_\_\_\_  
 Apellido Paterno / Nombre / Segundo Nombre, o Inicial Mes/Día/Año

Marque aquí si es la misma persona que el cliente

Fiador: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Apellido Paterno Nombre Segundo Nombre Mes/Día/Año

¿Tiene trabajo?  Sí  No

Vivienda:  Propia  Rentada  Otro – por favor explique \_\_\_\_\_

Registre su ingreso bruto mensual ANTES DE RESTAR los impuestos y para TODOS los miembros de su hogar (Si sus ingresos han cambiado para su próxima cita, usted es responsable de informarlo al personal de registro)

Origen del Ingreso	Cantidad
Salario del Cliente	
Salario del Esposo o la Esposa	
Sueldo / salario de su Pareja	
Sueldo / salario de su Padre, Madre o Guardián	
General Assistance (ayuda general) o AFS / AFDS (ayuda económica para ciertas familias) / Asistencia en efectivo / Cupones de alimentos	
Workers' Compensation (compensación al trabajador / Unemployment Insurance (seguro por desempleo)	
Housing Assistance (ayuda para su vivienda) - Cantidad que la agencia federal HUD paga	
Becas Para Educación / Préstamos Estudiantiles	
Ingreso por Discapacidad / Seguro Social Suplementario / SSI (Social Security)	
Pensión / Veterano / Jubilación	
Pensión Alimenticia tras Divorcio u Obligación para Menores	
Dividendos / Beneficios por Inversiones	
Otros Orígenes de Ingresos - Explique	
Total de Ingresos Mensuales	
Total de Ingresos Anuales (x 12 meses)	\$

¿A cuántas personas (de cada categoría de edad) sostienen estos ingresos y viven en el hogar?

Entre 0 y 5 años \_\_\_\_\_ Entre 6 y 17 años \_\_\_\_\_ Entre 18 y 64 años \_\_\_\_\_ 65 años y mayores \_\_\_\_\_

Yo acepto las condiciones detalladas arriba y concuerdo que la información que proporciono es verídica y correcta según mi mejor entendimiento

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

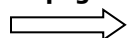
FOR OFFICE USE ONLY DISCOUNT % \_\_\_\_\_ INITIALS: \_\_\_\_\_ TERM \_\_\_\_\_  
 Start Finish

## Servicios dentales del Condado Benton

### Historial de salud dental

<b>Salud Dental del Paciente</b>					
<b>Nombre del paciente</b>				<b>FDN:</b>	
¿Tiene dolor en este momento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuándo fue su último examen dental?			
Sí respondió sí, díganos más detalles:					
¿Tiene dificultad para abrir la boca? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Aprieta o rechina los dientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene dificultad para masticar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene boca seca? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Su mandíbula hace clic, suena o se atora al abrir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Sus dientes son sensibles al frío o al calor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene antecedentes de llagas o absceso en la boca? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿El tratamiento dental le pone nervioso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Ha tenido alguna lesión en la cara o la boca? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Alguna vez ha tenido problemas con el tratamiento dental o la anestesia dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Su Proveedor de Cuidado Médico requiere que usted tenga una pre medicación antes de los tratamientos dentales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen o Redux? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Ha tomado alguna vez Bisfosfonatos (Fosmax, Boniva, Actonel, Aredia, Zometa, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Historial Médico del Paciente</b>					
TDA/TDAH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EPOC <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Alcoholismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Meningitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Alergias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno de salud mental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Adicción a las drogas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infección por SARM <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ansiedad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema/EPOC <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infarto de miocardio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Artritis/Trastorno de articulaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad nerviosa/muscular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Autismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Insuficiencia cardiaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Terapia con bisfosfonatos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fractura de mandíbula <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Endocarditis del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ETS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cataratas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras estomacales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Trastorno de la coagulación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hiperlipidemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Defecto cardiaco congénito <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipertensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		Enfermedad del riñón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene implantes/articulaciones artificiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si Sí, ¿qué articulación? <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Otro: _____				
¿Ha tenido una cirugía mayor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si Sí, en que año? _____ Tipo de operación _____				
¿Ha consumido alcohol en las últimas 24 horas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Fuma o mastica tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Sí respondió sí, ¿cuántos por día? _____			¿Por cuántos años? _____		
<b>Mujeres:</b>	¿Está tomando medicamentos anticonceptivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está o podría estar embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**Continúa en la Siguiente página**





**Nombre del médico: (Sí no es parte de los Servicios de Salud del Condado Benton)**

\_\_\_\_\_

**Medicamentos**

Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:
Medicamento:	Afección:

\_\_\_\_\_

**Alergias**

Aspirina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ibuprofeno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Drogas de sulfa/sulfitos/sulfuros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Penicilina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Codeína	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amoxicilina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anestésicos locales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Látex, Metales, Plásticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Alergias a otros medicamentos:

\_\_\_\_\_

**Firma del Paciente**

_____	_____
Firma del Paciente	Fecha
_____	_____
Firma del Proveedor	Fecha

El Centros Comunitarios de Salud de los Condados Benton y Linn tiene la habilidad de ayudar a sufragar el costo de las visitas de los pacientes por medio de becas y apoyo gubernamental. Como resultado de esto, nos requieren que recojamos información financiera y sobre vivienda acerca de cada uno de nuestros pacientes. Nosotros entendemos que esta información es muy personal y continuaremos protegiendo su confidencialidad tanto con esta información como con su información personal de salud.

### Información Sobre Empleo

¿Ha trabajado usted o cualquier persona dentro de su grupo familiar en cualquiera de las industrias que se mencionan a continuación? Por favor marque todas las que apliquen:

Huertos

Empacadoras (frutas, vegetales, cajas de regalo)

Reforestación / sembrando árboles

Viñedos

Crops Cosechando / cultivando (frutas, vegetales, flores, árboles, hongos, etc.)

Si usted marcó alguno de los encasillados arriba mencionados, ¿Requirió su trabajo, en cualquier momento, que su familia se mudara?  Sí  No

¿ Ha sido miembro de las fuerzas armadas?  Sí  No

Patrón/empleador (opcional):

### Información Sobre Vivienda

¿Están usted y su familia viviendo con otras personas?  Sí  No

En los pasados 24 meses, ¿Se han visto usted y su familia forzados a mudarse a alguna situación temporal debido a los costos de vivienda?  Sí  No

En los pasados 24 meses, ¿Ha vivido usted o algún miembro de su familia en cualquiera de los siguientes?:  refugio  vivienda transitoria  campamento o en la calle

### Información Seguro Médico

¿Tiene Seguro Médico de Salud?  Yes  No

Yo no tengo seguro médico o tengo un seguro con un deducible muy alto y me gustaría solicitar la ayuda de acuerdo a la escala salarial para ayudar a cubrir el costo de mis visitas. (Se le podría pedir que provea verificación de sus ingresos por medio de talones de cheque o documentos sobre sus contribuciones de ingresos).

Nombre del Seguro Principal:

Dirección Postal del Seguro:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

Nombre de la Persona Principal en el Seguro:

Relación Con el Cliente:

Dirección Postal:

Teléfono:

Número de Identificación del Seguro:

Número de Grupo:

¿Tiene usted algún seguro medico adicional?  Sí  No