



# Northwest Michigan Health Services, Inc.

## Formulario de Ingreso

### Información General

Nombre:		Inicial:	Apellido:	
Dirección Postal:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección Física:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Condado:	Fecha de nacimiento:	# Seguro Social _____ - _____ - _____		
Correo Electrónico: _____		¿Quieres participar en nuestro portal para pacientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular: \_\_\_\_\_ ¿Como supiste de nosotros? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted?  celular  teléfono casero  texto  correo electrónico  otra manera \_\_\_\_\_

¿Le podemos mandar recordatorios de su cita por texto?  Sí  No

Estado civil: Casado(a)  Soltero(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  Separado(a)

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Trabajo:  Tiempo completo  Medio Tiempo  Desempleado  Retirado

### Contacto de Emergencia

Nombre:		Relación con el Paciente:	
Dirección Postal:		City:	Código Postal:
Teléfono Casero:		Celular:	Teléfono del Trabajo

### FQHC-Información Demográfica Requerida

La póliza de NMHSI es de proporcionar oportunidades iguales sin consideración de raza, color, religión, origen nacional, genero, preferencia sexual, edad, a discapacidad.

Raza:  Anglosajón  Asiático  Afroamericano  Hawaiano Indígena  Indígena de las Islas del Pacifico  Otro: \_\_\_\_\_  
 Americano Indígena / Nativo de Alaska – Miembro de Tribu:  Sí  No Descendiente:  Sí  No Nombre de Tribu \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Otro: \_\_\_\_\_ Lenguaje Preferido: \_\_\_\_\_

¿Es un Veterano?  Sí  No ¿Está sin hogar?  Sí  No ¿Necesita interprete?  Sí  No

¿Trabaja en la agricultura?  Trabajador Migrante  Trabajador de Temporada  Ninguno

### Esta Sección Debe Completarse Para Pacientes De 18 Años O Más

Orientación Sexual:  Hetero-sexual  Bisexual  Lesbiana/Gay  Otra opción  No sé  Decidió no decir

Identidad de género:  Hombre  Mujer  Hombre Transgénero  Mujer Transgénero  Otro  Decidió no decir

### Información de Ingresos

Regulaciones Federales requieren que reportemos el total de los ingresos anuales de cada hogar para aquellos buscando atención en NMHSI. Pedimos de su cooperación indicando lo siguiente: Número total de personas en su hogar \_\_\_\_\_ ¿Cuál de las siguientes tasas de ingresos caseros reflejan la suya?

¿El Ingreso anual combinado del hogar?  0 - \$11,490  \$11,491 - \$23,265  \$23,266 - \$35,32  \$35,326 - \$47,38  \$47,386 - \$59,446  \$59,477 - \$79,259  \$79,260 +

Aun teniendo aseguradora, usted puede calificar para la escala de descuentos de NMHSI, la cual ofrece precios reducidos en nuestros servicios. ¿Le gustaría aplicar para ver si califica?  Sí  No

### Información de Aseguradora

¿Tiene aseguranza de salud?  Sí  No Aseguranza dental?  Sí  No

*Sí no, le podemos hacer una cita con nuestro equipo de Inscripciones y Ayuda al Publico!*

Nombre del individuo responsable por la cuenta:		Relación con el paciente:	
Numero de suscriptor:	Numero de Grupo:	Teléfono:	
Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento:	#Seguro Social:	- -
Dirección Postal:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene documentos sobre sus deseos de fin de vida?  Si  No

Si no, ¿está interesado en hablar con el proveedor sobre sus opciones de final de vida?  Si  No

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

Si Guardian, imprime el nombre: \_\_\_\_\_



**Consentimiento de Tratamiento, Autorización para la Entrega de Información y Asignación de Beneficios de:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

**Consentimiento de Tratamiento:** Yo, el suscrito, por este medio doy consentimiento y autorizo todos los diagnósticos y tratamientos terapéuticos realizados en Northwest Michigan Health Services, Inc. (NMHSI) considerados necesarios o aconsejables en el criterio del médico o dentista. Yo entiendo que mi doctor podrá ordenar un examen sanguíneo para mí (incluyendo, pero no limitado a VIH, SIDA, y anticuerpos contra la hepatitis). Yo doy mi consentimiento para extraer sangre en el raro caso que un empleado, médico o dentista haya sido expuesto a mis fluidos corporales. Yo entiendo que podré obtener los resultados de estos exámenes por medio de mi doctor, quien los podrá explicar. Yo autorizo la entrega de los datos necesarios para procesar el examen y la reclamación del seguro médico y entiendo que no se me cobrará por éste examen.

**Consentimiento de Tratamiento por un Estudiante Dentista:** NMHSI y la Escuela de Odontología de la Universidad de Michigan (UMSD) han entrado en un Acuerdo de Servicios Comunitarios para la provisión de servicios dentales, asistiendo en la entrega de cuidado de salud bucal en sus localidades. Yo entiendo que mi proveedor dental puede ser un Estudiante Dentista trabajando bajo la supervisión directa de proveedores de NMHSI.

**Consentimiento para la Anestesia Local:** Por la presente consiento a recibir anestesia local y estoy de acuerdo en notificar a mi proveedor de cualquier uso de drogas/alcohol, cualquier historia de efectos adversos causados por anestesia local en el pasado, y en el caso de que empiece a sentir efectos secundarios. Posibles efectos secundarios pueden incluir los siguientes: mareo, latidos rápidos, calentura repentina, náusea, moretones, hinchazón, dolor, parestesia, entumecimiento permanente, infección, daño a los tejidos blandos, daño a los nervios, trismo, reacción alérgica, dolor de cabeza, dificultad respirando, muerte.

**Asignación de Beneficios:** Yo concedo que todos los beneficios médicos, dentales y de salud mental a los que estoy intitulado a NMHSI para los servicios otorgados. Yo también entiendo que, si no concedo beneficios, yo podré ser responsable por el cargo completo por todos los servicios. Adicionalmente, entiendo que tratamiento puede ser obtenido en mi oficina dental regular en vez de en una oficina dental móvil, y que obtener servicios duplicados podrá afectar beneficios recibidos de aseguradora privada, programas estatales o federales y de otra agrupación de proveedores de beneficios dentales.

**Responsabilidad Financiera:** Yo acepto la responsabilidad por mis cuentas con Northwest Michigan Health Services, Inc., sea pagado por seguro médico/dental o no. Yo entiendo que cualquier cambio en tratamiento puede alterar algún reembolso esperado de la aseguradora y/o el paciente. Como un paciente de NMHSI yo consiento a servicios enfocados en la prevención de condiciones médicas o dentales o por el cuidado de condiciones existentes. Yo entiendo que los servicios de médicos, dentistas, y otros profesionales de salud pueden ser cobrados por separado de los de esta instalación. Yo acepto la responsabilidad de pagar por mi cuidado de salud con los cobros estipulados.

**Entrega de Información:** Yo estoy de acuerdo que NMHSI puede revelar información mía, incluyendo mis documentos médicos, a cualquier compañía de cobros tercera, incluyendo, pero no limitada a aseguradoras de salud, planes de servicio de salud, agencias de bienestar, y seguros de accidentes del trabajo. Yo estoy consciente y de acuerdo que NMHSI y proveedores referidos están autorizados a compartir información entre ellos, incluyendo documentos financieros, médicos o dentales, información relacionada con cuidado de drogas, alcoholismo, o cuidado psiquiátrico. Esta puede ser información escrita o verbal y la información puede incluir nombre, edad, sexo, dirección postal, número de seguro social y también fechas de servicios profesionales. Yo podré revisar la información revelada con notificación razonable. Éste consentimiento para la revelación de información médica/ dental/ financiera está sujeto a una revocación a cualquier momento, con excepción en la medida que la acción ya haya tomado lugar. Este consentimiento caducará mediante el pago de servicios proporcionados o como señalado.

**Cumplimiento de HIPAA:** Yo autorizo que NMHSI y/o cualquier otra entidad autorizada por NMHSI, incluyendo sistemas de marcar, y mensajes automatizados, correo electrónico, mensajes por texto, y/o comunicaciones electrónicas variadas de contactarme por cualquier razón utilizando cualquier de mis números de teléfono, correo electrónico, y/o correo casero asociados con mi cuenta. Además, autorizo a los proveedores y personal de NMHSI a contactarme y compartir información de salud personal en la siguiente manera: *(marque con palomita a lo que le corresponda)*

Yo autorizo a NMHSI con la habilidad de planificar o discutir acerca de mis resultados del tratamiento, información de salud, y/o instrucciones con mi cónyuge / pareja / otra persona enumerada aquí: \_\_\_\_\_

En caso de que el paciente no esté disponible, yo autorizo dejar un mensaje detallado (información médica y/o instrucciones).

**Notificación de Practicas de Privacidad al Paciente:** La notificación de Practicas de Privacidad al Paciente están publicadas en la sala de registración para que el paciente las pueda revisar. Copias de estas son disponibles. Firmando en la línea de abajo yo reconozco que me han hecho saber de la Notificación de Practicas de Privacidad al Paciente la cual esta publicada en el área de registración disponibles para que las pueda leer y se me ha ofrecido una copia para mis documentos personales.

Yo he leído y entiendo todo lo anterior.

Firma del Paciente/ Persona responsable por el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprima el Nombre del Paciente o Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_



# Northwest Michigan Health Services, Inc.

## Elegibilidad De Escala De Cuotas Deslizantes

Incluso si tiene seguro, puede calificar para nuestras tarifas de descuento por servicios.

¿Necesita atención médica, dental o de salud del comportamiento asequible?

¡Te tenemos cubierto!

Lo máximo que pagará por visita:	Plan A \$20 Médico \$30 Dental	Plan B \$30 Médico \$40 Dental	Plan C \$40 Médico \$55 Dental	Plan D \$55 Médico \$75 Dental	Plan E Sin descuento: usted paga los cargos completos
Tamaño de la familia	Ingresos mensuales del hogar	Ingresos mensuales del hogar	Ingresos mensuales del hogar	Ingresos mensuales del hogar	Ingresos mensuales del hogar
1	\$0 - \$1,012	\$1,013 - \$1,518	\$1,519 - \$1,872	\$1,873 - \$2,023	Mas de \$2,023
2	\$0 - \$1,372	\$1,373 - \$2,058	\$2,059 - \$2,538	\$2,539 - \$2,743	Mas de \$2,743
3	\$0 - \$1,732	\$1,733 - \$2,598	\$2,599 - \$3,204	\$3,205 - \$3,463	Mas de \$3,463
4	\$0 - \$2,092	\$2,093 - \$3,138	\$3,139 - \$3,870	\$3,871 - \$4,183	Mas de \$4,183
5	\$0 - \$2,452	\$2,453 - \$3,678	\$3,679 - \$4,536	\$4,537 - \$4,903	Mas de \$4,903
6	\$0 - \$2,812	\$2,813 - \$4,218	\$4,219 - \$5,202	\$5,203 - \$5,623	Mas de \$5,623
7	\$0 - \$3,172	\$3,173 - \$4,758	\$4,759 - \$5,868	\$5,869 - \$6,343	Mas de \$6,343
8*	\$0 - \$3,532	\$3,533 - \$5,298	\$5,299 - \$6,534	\$6,535 - \$7,063	Mas de \$7,063

Además, podemos conectarte con otros recursos que pueden ser útiles:

- comida
- alojamiento
- transporte
- servicios jurídicos
- ropa
- cuidado de niños
- ¡más!

\* Para unidades familiares de más de 8 miembros, agregue \$ 360 por mes por persona adicional.

### Miembros Del Hogar (Por favor liste TODOS los miembros del hogar.)

	Nombre	Relación Con El Paciente	Fecha De Nacimiento	Lugar De Trabajo	FT/PT
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____

### Ingresos Del Hogar (Indique TODAS las fuentes de ingresos para cada miembro del hogar.)

Tipo de Ingreso	Miembro 1:	Miembro 2:	Miembro 3:	Miembro 4:
Empleo (incluidos consejos)				
Compensacion por desempleo				
Asistencia en efectivo de MI				
Apoyo conyugal, manutención				
Pensión				
Seguridad Social				
Otro				
<b>INGRESOS TOTALES</b>				

Al enviar esta solicitud, afirmo que los hechos establecidos en ella son verdaderos y completos. Entiendo que si soy elegible para el descuento de escala de tarifa móvil, cualquier declaración falsa, omisión u otra representación falsa hecha por mí en esta solicitud puede resultar en mi despido inmediato. La política de esta organización es ofrecer oportunidades iguales sin distinción de raza, color y religión. Soy consciente de que si no presento comprobante de ingresos dentro de los 30 días, se me puede cobrar el monto total por los servicios brindados.

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



# HISTORIAL DE SALUD

Fecha:

PERSONAL INFORMATION					
NOMBRE DEL PACIENTE:		Fecha De Nacimiento:		( ) Masculino ( ) Femenino	
MÉDICO GENERAL:	Teléfono:	DENTAL HOME:	Teléfono:		
Última vez visto:		Última vez visto:			
¿Para que fue visto?		¿Para que fue visto?			
HISTORIAL MEDICO ¿Alguna vez ha tenido algunas de las siguientes condiciones? (Marque con círculo)				HISTORIAL GINECOLÓGICO	
GENERAL	RESPIRATORIO	GENITAL	HEMATOLÓGICO	¿Cuántas veces ha estado embarazada?	
Incapacidad Física	Tuberculosis	Enfermedades Venéreas	Desorden Sanguíneo	Fecha de su último Papanicolaou:	
Esteroides	Problemas Sinusales	REPRODUCTIVO	Hepatitis	¿Alguna vez ha tenido un Papanicolaou con resultados anormales?: Sí No	
Cáncer	Asma	Embarazada <i>fecha:</i>	Anemia	¿Cuándo?: ¿Diagnosis?:	
Radiación	CARDIOVASCULAR	VASCULAR PERIFÉRICA	Sarampión/Paperas	Fecha de la última mamografía:	
Llagas en la boca	Presión Alta	Derrame cerebral <i>efectos secundarios:</i>	Escarlatina	Resultados:	
PIEL	Enfermedad Cardíaca	MUSCULOSKELETAL	Varicela/Herpes Zoster	Fecha de biopsia del ceno:	
Tumores	Marcapasos	Problemas de la Espalda	SIDA o VIH	Resultados:	
OTORRINOLARINGOLOGICO	Soplo Cardíaco	Artritis	ENDOCRINO	Liste todos sus medicamentos recetados o no y vitaminas que esté tomando:	
Desmayos	GASTROINTESTINAL	Coyunturas Artificiales	Diabetes		
Epilepsia	Heces de color negro	PSIQUIÁTRICO	Problemas de la Tiroides		
Mareos	Problema Estomacal	Desorden Mental	Artritis Reumatoide		
Dolores de cabeza	Enfermedad del Hígado	Lista de cirugías y fechas:	Lista de alergias y sus reacciones:		
Head Injuries	URINARY				
Glaucoma	Enfermedad del riñón				
Pérdida de Audición	Sangre en la orina				
¿Alguna vez ha tomado alguno de los siguientes? ( ) medicamento para la osteoporosis ( ) tratamiento de quimioterapia ( ) medicamento para la psoriasis ( ) medicinas anticoagulantes					
¿Alguna vez ha tenido que tomar medicamentos antes de tratamiento dental? Sí No ( ) para infección dental ( ) por un problema de salud					
HISTORIAL SOCIAL					
¿Ha tenido problemas con drogas/alcohol Sí No ( ) problema ( ) recibiendo tratamiento ( ) recuperación			¿Se siente seguro(a) en casa? Sí No		
¿Usa productos con tabaco? Sí No __ veces al día X __ años a través de: ( ) cigarros ( ) Vaporizador ( ) tabaco mascado		¿Usa productos con marihuana? Sí No ( ) Fumado ( ) Vaporizado ( ) En forma de comestibles			
¿Qué tipo de bebidas consume durante el día?: Refresco Refresco de dieta Café/Té Jugo Agua Bebidas Energéticas Alcohol ( ) con comidas ( ) entre comidas					
¿Cuántas veces al día ...? Se cepilla: Usa hilo dental: Usa palillos: Usa enjuague bucal: Usa Fluoruro:					
Hábitos orales: ( ) chupar el dedo ( ) masticar hielo ( ) otra forma:		¿Usa "piercings" o perforaciones orales? Sí No ( ) metal ( ) Bioplast ( ) acrílico			
HISTORIAL DENTAL					
¿Tienen sensibilidad sus dientes al? Calor Frio Morder Chewing Dulce			¿Rechina los dientes? Sí No		
¿Tiene dolor/ le truena/ o le chasquea las coyunturas de la quijada? Sí No		¿Alguna vez ha tenido daño serio a su cara o dientes Sí No			
¿Ha tenido sangrado excesivo después de una extracción? Sí No		¿Alguna vez ha tenido problemas con anestesia? Sí No			
¿Tiene alguna tradición cultural con respecto al cuidado dental? Sí No		¿Siente miedo o ansiedad durante visitas dentales? Sí No			
¿Presentemente está tendiendo dolor de muelas, dientes o la boca? Sí No		¿Tiene alguna otra cuestión dental? Sí No			
HISTORIAL DE FAMILIA					
Madre edad viva: o edad de fallecida:	Hermanas <u>Edad viva /Edad fallecida</u>		Hermanos <u>Edad viva / Edad fallecido</u>		
Padre edad vivo: o edad de fallecido:					
¿Algún miembro de su familia (incluyendo sus hijos o padres) ha tenido algunos de los siguientes?:					
Anemia:	Diabetes:	Presión Alta:	VIH o SIDA:		
Enfermedad Sanguínea:	Glaucoma:	Desorden Mental:	Otra enfermedad seria:		
Cáncer:	Enfermedad del corazón:	Derrame Cerebral:			
Firma del paciente / persona responsable:			Fecha:		
Nombre de la persona responsable en letra de molde:			Relación con el paciente:		