

Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____

Social Security Number: _____ Date of Birth: _____

Address (mailing): _____ City: _____ Zip Code: _____

Address (street): _____ City: _____ Zip Code: _____

Telephone: _____ May we contact you at home? ☐ Yes ☐ No

Other Contact: ☐ Message ☐ Pager ☐ Cell Phone _____

Sex: ☐ Male ☐ Female ☐ Trans: Male to Female ☐ Trans: Female to Male

Other names you have used: _____

Are Interpreter Services Needed? ☐ Yes ☐ No

Primary Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Hmong ☐ Other: _____

Where do you currently live?: ☐ In my home or apartment ☐ At a shelter ☐ Staying with others

☐ In transitional housing ☐ The street, a camp, under a bridge, or in a car

Migrant Status: ☐ Migrant ☐ Seasonal ☐ Neither Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic ☐ Unknown

Veteran Status: ☐ Yes ☐ No

Race: ☐ White ☐ Asian ☐ American Indian ☐ African American ☐ Pacific Islander ☐ Alaskan Native ☐ Unknown

Employer Name: _____ Phone #: _____

Emergency Contact Information (for patient, or for responsible party if patient is a minor):

Emergency Contact Name: _____ Phone #: _____

Relationship to Patient: ☐ Spouse ☐ Mother ☐ Father ☐ Grandparent ☐ Other _____

Other Contact ☐ Message ☐ Pager ☐ Cell Phone ☐ Email ☐ Confidential _____

Medi-Cal ID Number: _____ Issue Date: _____

Guarantor Information (The person responsible for payment, example: a parent for a patient under 18 years of age)

Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____

Billing Address: ☐ same as above _____ City/Zip: _____

Relationship to patient: ☐ Parent ☐ Spouse ☐ Other: _____ Social Security Number: _____

Gender: ☐ Male ☐ Female Date of Birth: _____ Telephone: _____

Income information: *Information provided is used to offer discounts to you.*

Family Income: \$ _____ per ☐ Year ☐ Month ☐ Week # of persons in Family: _____
☐ Declined

Entered by: _____ Date: _____

Housing and Income Information

Sliding Fee Discount Program



Why we ask for this information

Open Door Community Health Centers receive grants and federal funding to support our services. Each year we must collect information about the communities we serve to share with our funders. By completing this form, you are helping us keep our funding so we can offer more services.

We combine your information with others and report it in summary form. We do not share any personal information or report data that could be used to identify you.

1. Information about you and where you live

Name	Birth date	MRN Office Use

Are you a veteran? (Check one) ☐ Yes ☐ No

How do you describe where you live? (Check one)

- ☐ Live in a place I own or rent (house, apartment, condo, or townhouse)
- ☐ Live in someone else's place on a temporary basis ("couch surfing")
- ☐ Live in transitional housing (Arcata House or halfway house)
- ☐ Live somewhere as part of a program or treatment (hospital, hotel or motel, respite care, treatment program, jail)
- ☐ Live in emergency shelter
- ☐ Live unsheltered (in a tent, car, around buildings or bridges)

At any time in the last 12 months were you without a regular place to live? (Check one) ☐ Yes ☐ No

2. Information about the people in your household

Please list the names and birth dates of the people in your household. Your household includes people you live and share an income with.

Name	Birth date	MRN Office Use

3. Information about household income

What is your household income before taxes or deductions? This is the total amount earned by all members of your household, including you.

Examples of income (check all that apply):

- | | |
|--|---|
| ☐ Wages or salary from employment or self-employment | ☐ Alimony |
| ☐ Other earnings from employment, such as tips or commissions | ☐ Pension or Retirement income |
| ☐ Child Support | ☐ Social Security |
| ☐ Spousal Support | ☐ Disability payments |
| ☐ Any other source of income _____ | ☐ Unemployment payments |

Total household income: \$ _____

Is this income (Check one) ☐ Weekly ☐ Monthly ☐ Annually

4. Eligibility for sliding fee discount scale co-payment

Based on your household income reported above you may be eligible for a discount on the fees for your services.

If you are reporting no income above, you must describe your current means of support and/or living situation:

We reserve the right to request evidence of your income in the form of pay stubs, tax returns, or other documents in order to qualify for discounts.

5. Certification and signature

I declare that the information I have given on this form is true, correct, and complete. I understand that the giving of false information may make me ineligible for discounted services.

Signature: _____ Date: _____

OFFICE USE ONLY SITE _____ Calculated Annual Income _____

Income Verified*: ☐ Yes (Expires 365 days) ☐ No ($\leq 200\%$ FPL-Expires 30days) ☐ No ($> 200\%$ FPL- Expires 365days)

Notified Patient about eligibility screening and application assistance through Open Door Member Services: ☐ Yes

This applicant is: ☐ Eligible for Discount of: ☐ A Scale ☐ B Scale ☐ C Scale ☐ D Scale ☐ \$0 Co-pay**
☐ Not Eligible for Sliding Scale Discount ☐ Patient Declined

**\$0 co-pay requires re-certification by Office Manager at each visit and cannot be applied to family members.

Termination date: _____ Certified by: Signature: _____ Date: _____

Document eligibility for each family member for each account type within registration.

Enter date eligibility begins (the certification date on this sheet) for each eligible account.

Scan form into Documents under FDS – Financial Document, DESC – FPL.

*ROUTE TO MEMBER SERVICES for follow-up assistance: 1) any form for patient eligible for $SFS \leq 200\%$ and not yet verified; and/or 2) any form for patient with no primary coverage (or no coverage other than SFS)

OPEN DOOR COMMUNITY EALT CENTERS

PATIENT HISTORY

Patient's name:

MRN:

Date of Birth:

MEDICAL HISTORY: Have you ever had any of these conditions? Please check YES on all conditions that apply to you. Use the comment section below for further explanation.

Condition	Y	N	Condition	Y	N	Condition	Y	N
Abuse as Adult	☐	☐	Depression	☐	☐	Meningitis	☐	☐
Abuse as Child	☐	☐	Diabetes	☐	☐	Mental Health Disorder	☐	☐
ADD/ADHD	☐	☐	Drug Addiction	☐	☐	MRSA History of Infection	☐	☐
Alcoholism	☐	☐	Emphysema/COPD	☐	☐	Myocardial Infarction	☐	☐
Allergies	☐	☐	Glaucoma	☐	☐	Nerve/Muscle Disease	☐	☐
Anemia	☐	☐	Heart Disease	☐	☐	Osteoporosis	☐	☐
Anxiety	☐	☐	Heart Failure	☐	☐	Pacemaker	☐	☐
Arthritis/ Joint Disorder	☐	☐	Heart Murmur	☐	☐	Seizures	☐	☐
Asthma	☐	☐	Heart Endocarditis	☐	☐	Sickle Cell Anemia	☐	☐
Autism	☐	☐	History of Blood Transfusion	☐	☐	STD	☐	☐
Broken Jaw	☐	☐	HIV/AIDS	☐	☐	Stomach Ulcers	☐	☐
Cancer	☐	☐	Hyperlipidemia	☐	☐	Stroke	☐	☐
Cataracts	☐	☐	Hypertension	☐	☐	Thyroid Disease	☐	☐
Clotting Disorder	☐	☐	Kidney Disease	☐	☐	Tuberculosis	☐	☐
COPD	☐	☐	Liver Disease	☐	☐			

COMMENTS:

OTHER Major Medical Problems: If you have medical conditions not listed above, please describe below. (Example: Cancer what kind and age of onset, Gallbladder Disease, Colon Polyp, Prostate, Migraines, Skin Conditions, Fibroids, Endometriosis, etc.)

SURGICAL HISTORY: Have you had any of these procedures done? Please check YES on all that apply to you.

Use the comment section below for further details.

Procedure	Y	N	Appx. Date	Procedure	Y	N	Appx. Date	Procedure	Y	N	Appx. Date
Appendectomy	☐	☐	_____	C-Section	☐	☐	_____	Prostate Surgery	☐	☐	
Brain Surgery	☐	☐		Eye Surgery	☐	☐		Small Intestine Surgery	☐	☐	
Breast Surgery	☐	☐		Fracture Surgery	☐	☐		Spine Surgery	☐	☐	
CABG	☐	☐		Hernia Repair	☐	☐		Tubal Ligation	☐	☐	
Cholecystectomy	☐	☐		Hysterectomy	☐	☐		Valve Replacement	☐	☐	
Colon Surgery	☐	☐		Joint Replacement	☐	☐		Vasectomy	☐	☐	
Cosmetic Surgery	☐	☐									

COMMENTS:

Patient's Name: _____ MRN: _____ Date of Birth: _____

BIOLOGICAL FAMILY MEDICAL HISTORY:

Please check the box to show which family member had the condition. Include only blood relatives.

☐ Check here if you do not know medical information about your birth parents and family	Alcohol/Drug Abuse	Arthritis	Asthma	Cancer	Heart Problems	Depression	Diabetes	High Cholesterol	Hypertension	Kidney Disease	Mental Illness	Stroke	Vision Problem
Mother													
Father													
Sister													
Brother													
Maternal Aunt													
Maternal Uncle													
Paternal Aunt													
Paternal Uncle													
Mother's Mother													
Mother's Father													
Father's Mother													
Father's Father													
Comments				What kind? At what age?	At what age?		Type 1 or 2?				What kind?		

List any other pertinent Family History: _____

BIRTH HISTORY:

Have you ever been pregnant? No _____ Yes _____ If yes, # of times: _____ # of live births: _____

of miscarriages (spontaneous abortion) _____ # of therapeutic abortions _____

of multiple births _____ # of tubal pregnancy (ectopic pregnancies) _____

Have you ever had an abnormal pap test? If yes, where and when? _____

Patient's Name: _____ MRN: _____ Date of Birth: _____

HEALTH SCREENING: If you remember when you had any of these tests, please write the date below:

<u>Screening</u>	<u>Appx Date</u>	<u>Where?</u>	<u>Screening</u>	<u>Appx Date</u>	<u>Where?</u>
Pap Smear	_____	_____	Mammogram	_____	_____
Cholesterol/Lipid Test	_____	_____	Dental Exam	_____	_____
Colon/Sigmoidoscopy	_____	_____	Bone Density (Dexa)	_____	_____
HIV Test	_____	_____	PSA Test	_____	_____
Eye Exam	_____	_____			

ALLERGIES:

List all medication allergies you have

☐ No medication allergies

List all other allergies you have

☐ No other allergies

MEDICATIONS LIST: List all medications that you take regularly including non-prescription vitamins, herbs & supplements. *If you brought them with you to your appointment, you do not need to complete this section.*

☐ None

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- I have read a copy of the bisphosphonate alert and understand that a copy can be provided to me upon my request.
- I have read the above and have filled out this health history completely, to the best of my ability.

Signature (of Patient or Party Responsible): _____ Date: _____

Open Door Community Health Dental Centers
Combined Signatures Form – Burre Dental Health Center

Bisphosphonate Alert: I have read a copy of the Bisphosphonate alert. I will notify the dentist if I have ever taken any of these medications.	Initial:
Participation in Dental Education / Teaching Programs: The Burre Dental Center is a teaching facility. Patients at the Burre Dental Center may receive treatment by residents, with the approval of the patient's attending dentist in affiliation with University of California, San Francisco and NYULutheran Medical Center and College of the Redwoods dental assisting program. Please be advised that residents/Interns take longer to complete complex procedures. I have the right to refuse service by a resident or intern. I understand that refusal will also result in extended length of times between appointment(s).	Initial:
Dental Materials Fact Sheet: I have had an opportunity to review the Dental Materials Fact Sheet from the Dental Board of California.	Initial:
Emergency Appointment policy and Stand-By Appointment Policy: I have read and fully understand the policy information provided (form 578).	Initial:
Missed Appointments Policy: I have read and understand the supplied handout (form 452). I will keep the appointments I schedule, and should I need to cancel or reschedule an appointment, I will provide at least 24 advance notice. I will comply with the terms of the policy as stated.	Initial:
Behavior Policy: Ranting, arguing, shouting or threatening are grounds for immediate and permanent dismissal from any or all of the Open Door Community Health Centers. I understand and agree to the terms of this policy.	Initial:
Notice of Privacy Practices: I have been offered a copy of ODCHC's Notice of Privacy Practices.	Initial:
Welcome to Burre Dental Document: I have read, fully understand and agree to the policies that are explained in the document.	Initial:

You may have a copy of any of the above documents on request.

Signature: _____ Date: _____

Patient / Parent: _____ Relationship: _____

**Consent to Treatment, Assignment of Benefits
& Release of Information**

- I am presenting myself for the purpose of obtaining health care from the practitioners associated with the Open Door Community Health Centers.
- I understand that the clinic is not an emergency facility. In cases of life-threatening emergencies, I should go to the hospital emergency room or call 9-1-1.
- I understand that I am financially responsible for the charges related to my medical, dental or hospital diagnosis, treatment or care. I also understand that failure to pay all or part of the charges owed to the clinic may result in collection actions and/or a restriction of future services.
- I have received a copy of the Notice of Privacy Practices of Open Door Community Health Centers. I understand that Open Door Community Health Centers shares certain types of information with other health care providers, public agencies and payors, as a part of our health care operations. I understand that I have the right to request that specific information not be shared, and that I should request more information if I have questions or concerns.
- I certify, under penalty of perjury, that the information provided is true and correct to the best of my knowledge.
- *For patients with insurance:* I authorize payment of medical benefits from my health care insurers to the Open Door Community Health Centers for services rendered. I consent to the release of any medical information necessary to process claims for insurance payment.

**Consentimiento para Tratamiento, Asignación de Beneficios
& Revelación de Información**

- *Yo me presento con el propósito de obtener atención de salud de parte de los practicantes médicos o dentales asociados con Open Door Community Health Centers.*
- *Entiendo que la clínica no es una sala de emergencia. En caso de emergencia de vida o muerte, debo ir a la sala de emergencia del hospital o llamar al 9-1-1.*
- *Entiendo que soy responsable financieramente por los gastos y cargos relacionados con mi diagnóstico, tratamiento y cuidado, bien sea médico, dental u hospital. Entiendo también que no pagar los gastos en total puede resultar en una conbranza jurídica y/o restricción de mis servicios en el futuro.*
- *He recibido La Noticia que describe el uso de información personal medical. Entiendo que Open Door Community Health Centers compartira ciertos tipos de información con otras oficinas médicas, practicantes médicos y pagadores, como un parte normal de nuestros negocios. Entiendo también que tengo el derecho a pedir que no sea compartida cierta información, y que debo pedir más información si estoy preocupado o tengo preguntas.*
- *Doy fe bajo la pena de perjurio que la información es verdadera y correcta según mi leal entender y saber.*
- *Para pacientes con aseguranza: Autorizo el pago de beneficios médicos de mi aseguranza al Open Door Community Health Centers para los servicios recibidos. Autorizo la entrega de mi información médica para procesar esta pretensión.*

Signature/Firma: _____

Date/Fecha: _____

Printed Name/Nombre Escrito: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (para correo): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección (de casa): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ ¿Podemos contactarle en casa? ☐ Sí ☐ NoOtro método de contacto ☐ Teléfono de casa ☐ Teléfono móvil ☐ Correo electrónico _____Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Otros nombres que ha usado: _____Su Lenguaje: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Hmong ☐ Otro _____
¿Necesita servicios de interpretación? ☐ Sí ☐ NoOrigen Étnico: ☐ Hispano ☐ No HispanoRaza: ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Americano Nativo ☐ Afroamericano ☐ De Islas Pacíficas ☐ Nativo de Alaska ☐ No se sabeEstatus migratorio: ☐ Inmigrante ☐ Trabajador temporal ☐ Ninguno de esosSituación de vivienda: ☐ Ahora tengo hogar ☐ Sin Hogar ☐ Riesgo de perder mi hogar
☐ Vivo en un refugio ☐ Vivo con otras personas ☐ Vivo en la calle, campamento, puente ☐ Hogar temporal¿Es Veterano militar? ☐ Sí ☐ No

Nombre de Empleador: _____ Teléfono: _____

Contactos en caso de emergencia (para el paciente, o para el padre/guardián si el paciente es menor de edad)

Nombre de contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente ☐ Esposa/o ☐ Mamá ☐ Papá ☐ Abuelos ☐ Otro _____Otro método de contacto ☐ Teléfono de casa ☐ Teléfono móvil ☐ Correo electrónico _____

Número de Medi-Cal: _____ Fecha de emisión: _____

Información del fiador (La persona que paga los cobros, por ejemplo: El padre de un paciente menor de edad.)

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: ☐ La misma descrita arriba _____ Ciudad/Código Postal: _____Relación al paciente: ☐ Padre ☐ Esposo/a ☐ Otro: _____ Número de Seguro Social: _____Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Datos Sobre Ingresos: Usamos esta información para la escala de descuentos.

Ingreso de familia: \$ _____ por: ☐ Año ☐ Mes ☐ Semana # de personas en la familia: _____
☐ Prefiero omitir esa información.

Entered by: _____ Date: _____

¿Por qué pedimos esta información?

Los Centros de Salud Comunitarios Open Door reciben subsidios y fondos federales para apoyar nuestros servicios. Cada año debemos recopilar información sobre las comunidades que servimos para compartir con nuestros financiadores. Al completar este formulario, nos está ayudando a mantener nuestros fondos para que podamos ofrecer más servicios.

Combinamos su información con otras y la informamos en forma resumida. No compartimos ninguna información personal ni informamos datos que puedan usarse para identificarlo.

1. Información sobre usted y dónde vive

Nombre	Fecha de nacimiento	Uso de MRN Office

¿Es usted un veterano? (Marque uno) ☐ Sí ☐ No

¿Cómo describe el lugar dónde vive? (Marque uno)

- ☐ Vive en su propia casa o renta (casa, apartamento o condominio)
- ☐ Vive con otra persona de forma temporal ("por ejemplo, durmiendo en el sofá en la casa de otra persona")
- ☐ Vive en una vivienda de transición (Casa Arcata u otra casa de transición)
- ☐ Vive en algún lugar como parte de un programa o tratamiento (hospital, hotel o motel, cuidado de relevo, programa de tratamiento, cárcel)
- ☐ Vive en un refugio de emergencia
- ☐ Vive desprotegido (en una tienda de campaña, automóvil, alrededor de edificios o puentes)

¿En algún momento de los últimos 12 meses estaba sin un lugar regular para vivir?
(Marque uno) ☐ Sí ☐ No

2. Información sobre las personas en su hogar

Por favor, enumere los nombres y fechas de nacimiento de las personas en su hogar. Su hogar incluye a las personas con las que vive y con las que comparte un ingreso.

Nombre	Fecha de nacimiento	Uso de MRN Office

3. Información sobre los ingresos del hogar

¿Cuál es el ingreso de su hogar antes de impuestos o deducciones? Esta es la cantidad total ganada por todos los miembros de su hogar, incluyéndolo a usted.

Ejemplos de ingresos (marque todos los que correspondan):

- | | |
|---|---|
| ☐ Salarios o salarios del empleo o del trabajo por cuenta propia | ☐ Pensión alimenticia |
| ☐ Otras ganancias del empleo, como propinas o comisiones | ☐ Pensión o ingresos de jubilación |
| ☐ Manutención de los hijos | ☐ Seguridad social |
| ☐ Manutención conyugal | ☐ Pagos por discapacidad |
| ☐ Cualquier otra fuente de ingreso _____ | ☐ Pagos por desempleo |

Ingreso total del hogar: \$ _____

¿Es este ingreso? (Cheque uno) ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual

4. Elegibilidad para el copago de la escala de descuento de tarifas proporcionales

Según los ingresos de su hogar informados anteriormente, puede ser elegible para un descuento en las tarifas de sus servicios.

Si no reporta ningún ingreso arriba, debe describir su medio actual de manutención y / o situación de vida:

Nos reservamos el derecho de solicitar evidencia de sus ingresos en forma de talones de pago, declaraciones de impuestos u otros documentos para calificar para descuentos.

5. Certificación y firma

Declaro que la información que he dado en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que la entrega de información falsa puede hacerme inelegible para servicios con descuento.

Firma _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY	SITE _____	Calculated Annual Income _____
Income Verified*: ☐ Yes (Expires 365 days) ☐ No ($\leq 200\%$ FPL-Expires 30days) ☐ No ($>200\%$ FPL- Expires 365days)		
Notified Patient about eligibility screening and application assistance through Open Door Member Services: ☐ Yes		
This applicant is: ☐ Eligible for Discount of: ☐ A Scale ☐ B Scale ☐ C Scale ☐ D Scale ☐ \$0 Co-pay** ☐ Not Eligible for Sliding Scale Discount ☐ Patient Declined		
**\$0 co-pay requires re-certification by Office Manager at each visit and cannot be applied to family members.		
Termination date: _____ Certified by: Signature: _____ Date: _____		
Document eligibility for each family member for each account type within registration. Enter date eligibility begins (the certification date on this sheet) for each eligible account. Scan form into Documents under FDS – Financial Document, DESC – FPL.		
*ROUTE TO MEMBER SERVICES for follow-up assistance: 1) any form for patient eligible for $SFS \leq 200\%$ and not yet verified; and/or 2) any form for patient with no primary coverage (or no coverage other than SFS)		

**Consent to Treatment, Assignment of Benefits
& Release of Information**

- I am presenting myself for the purpose of obtaining health care (medical, dental, telehealth) from the practitioners associated with the Open Door Community Health Centers.
- I understand that the clinic is not an emergency facility. In cases of life-threatening emergencies, I should go to the hospital emergency room or call 9-1-1.
- I understand that I am financially responsible for the charges related to my medical, dental or hospital diagnosis, treatment or care. I also understand that failure to pay all or part of the charges owed to the clinic may result in collection actions and/or a restriction of future services.
- I have received a copy of the Notice of Privacy Practices of Open Door Community Health Centers. I understand that Open Door Community Health Centers shares certain types of information with other health care providers, public agencies and payors, as a part of our health care operations. I understand that I have the right to request that specific information not be shared, and that I should request more information if I have questions or concerns.
- I certify, under penalty of perjury, that the information provided is true and correct to the best of my knowledge.
- *For patients with insurance:* I authorize payment of medical benefits from my health care insurers to the Open Door Community Health Centers for services rendered. I consent to the release of any medical information necessary to process claims for insurance payment.

**Consentimiento para Tratamiento, Asignación de Beneficios
& Revelación de Información**

- Yo me presento con el propósito de obtener atención de salud (médica, dental, telesalud) de parte de los practicantes médicos o dentales asociados con Open Door Community Health Centers.
- Entiendo que la clínica no es una sala de emergencia. En caso de emergencia de vida o muerte, debo ir a la sala de emergencia del hospital o llamar al 9-1-1.
- Entiendo que soy responsable financieramente por los gastos y cargos relacionados con mi diagnóstico, tratamiento y cuidado, bien sea médico, dental u hospital. Entiendo también que no pagar los gastos en total puede resultar en una conbranza jurídica y/o restricción de mis servicios en el futuro.
- He recibido La Noticia que describe el uso de información personal medical. Entiendo que Open Door Community Health Centers compartira ciertos tipos de información con otras oficinas médicas, practicantes médicos y pagadores, como un parte normal de nuestros negocios. Entiendo también que tengo el derecho a pedir que no sea compartida cierta información, y que debo pedir más información si estoy preocupado o tengo preguntas.
- Doy fe bajo la pena de perjurio que la información es verdadera y corecta según mi leal entender y saber.
- Para pacientes con aseguranza: Autorizo el pago de beneficios médicos de mi aseguranza al Open Door Community Health Centers para los servicios recibidos. Autorizo la entrega de mi información médica para procesar esta pretensión.

Signature/Firma: _____

Date/Fecha: _____

Printed Name/Nombre Escrito: _____

MR# _____
ODCHC Form #6A (rev 07/19)

Open Door Community Health Dental Centers Combined Signatures Form – Burre Dental Health Center

Bisphosphonate Alert: Yo he leído la información sobre bifosfonato . Yo notificaré el dentista si yo he tomado alguno de esas medicinas.	Iniciales:
Participation in Dental Education / Teaching Programs: La clínica Burre Dental Center participa en un programa de enseñanza dental. Clientes del Burre Dental Center podría recibir tratamientos por estudiantes en esa programa, con la aprobación y supervisión del dentista. Los estudiantes son afiliados con la Universidad de California-San Francisco, Lutheran Medical Center, y College of the Redwoods programa por Ayudantes Dentales. Tengo el derecho de rechazar servicios dentales por un residente o alumno interno. Entiendo que esto puede extender el tiempo necesario para completar mis citas.	Iniciales:
Dental Materials Fact Sheet: Yo he tenido la oportunidad de leer la Hoja Informativa Sobre Materiales Dentales, proveído por el Dental Board of California.	Iniciales:
Emergency Appointment policy and Stand-By Appointment Policy: Yo he leído y entendido la información sobre Citas de Emergencia y Citas en Reserva Activa (form 578S).	Iniciales:
Missed Appointments Policy: Yo he leído y entendido la información sobre citas falladas (form 452). Yo mantendré mis citas. Si necesito cancelar o cambiar una cita, yo notificaré la clínica 24 horas o más antes de mi cita. Yo me conformaré con la política representada.	Iniciales:
Behavior Policy: Gritando, discutiendo, usando palabrotas o amenazando son totalmente prohibidos y son motivos por despido inmediatamente y permanente de los Open Door Community Health Centers. Yo entiendo y acuerdo con esa política.	Iniciales:
Notice of Privacy Practices: Tengo la oportunidad de leer y recibir una copia del Aviso Sobre Las Practicas de Privadica de ODCHC.	Iniciales:
Bienvenido a Burre Dental document: Eh leído, y estoy de acuerdo con las polisa que se explican en el documento.	Iniciales:

Entiendo que puedo pedir una copia de alguno de la policies citadas arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

Pariente/Guardián: _____ Relación: _____

OPEN DOOR COMMUNITY HEALTH CENTERS

HISTORIAL DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ MRN: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA MÉDICA: ¿Ha tenido cualquiera de estas condiciones? Marque SÍ en todas las condiciones que apliquen para usted. Use la sección de comentarios a continuación para obtener una explicación más detallada

Condición	S	N	Condición	S	N	Condición	S	N
Abuso como Adulto	☐	☐	Depresión	☐	☐	Meningitis	☐	☐
Abuso Infantil	☐	☐	Diabetes	☐	☐	Trastorno de salud mental	☐	☐
ADD/ADHD	☐	☐	Drogadicción	☐	☐	Historia de la infección SARM	☐	☐
Alcoholismo	☐	☐	Enfisema/EPOC	☐	☐	Lesión al Miocardio	☐	☐
Alergias	☐	☐	Glaucoma	☐	☐	Enf. Nerviosa/Muscular	☐	☐
Anemia	☐	☐	Enfermedad del Corazón	☐	☐	Osteoporosis	☐	☐
Ansiedad	☐	☐	Insuficiencia Cardíaca	☐	☐	Marcapasos	☐	☐
Artritis	☐	☐	Soplo Cardíaco	☐	☐	Convulsiones	☐	☐
Asma	☐	☐	Endocarditis del corazón	☐	☐	Anemia Falciforme	☐	☐
Autismo	☐	☐	Historia de la transfusión de sangre	☐	☐	Enf. de Transmisión Sexual	☐	☐
Fractura de mandíbula	☐	☐	VIH/SIDA	☐	☐	Úlcera Estomacal	☐	☐
Cáncer	☐	☐	Hiperlipidemia	☐	☐	Derrame Cerebral	☐	☐
Cataratas	☐	☐	Hipertensión	☐	☐	Enfermedad de Tiroides	☐	☐
Trastorno de Coagulación	☐	☐	Enfermedad del Riñón	☐	☐	Tuberculosis	☐	☐
EPOC (COPD in ingles)	☐	☐	Enfermedad del Hígado	☐	☐			

COMENTARIOS:

OTROS Mayores Problemas Médicos: Si tiene condiciones médicas no mencionadas anteriormente, describa abajo. (Por ejemplo: Cáncer de cualquier tipo y edad de inicio, Enfermedad de la Vesícula, pólipo de colon, próstata, migrañas, afecciones de la piel, fibromas, endometriosis, etc.)

CIRUGÍAS: ¿Ha realizado alguno de estos procedimientos? Por favor marque SÍ en todo lo que aplique para usted. Use la sección de comentarios abajo para más detalles

Procedimiento	S	N	Fecha Aprx.	Procedimiento	S	N	Fecha Aprx.	Procedimiento	S	N	Fecha Aprx.
Apendectomía	☐	☐	_____	Cesárea	☐	☐	_____	Cirugía de Próstata	☐	☐	_____
Cirugía cerebral	☐	☐	_____	Cirugía de Ojo	☐	☐	_____	Cirugía de Intestino Delgado	☐	☐	_____
Cirugía Mamaria	☐	☐	_____	Cirugía de Fractura	☐	☐	_____	Cirugía de Columna	☐	☐	_____
CABG	☐	☐	_____	Reparación de Hernia	☐	☐	_____	Ligadura de Trompas	☐	☐	_____
Colecistectomía	☐	☐	_____	Histerectomía	☐	☐	_____	Reemplazo de Válvula	☐	☐	_____
Cirugía de Colon	☐	☐	_____	Reemplazo de Articulación	☐	☐	_____	Vasectomía	☐	☐	_____
Cirugía Cosmética	☐	☐	_____								

COMENTARIOS:

Nombre del Paciente: _____ MRN: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIAL DE FAMILIA:

Por favor marque la caja para indicar cual miembro de su familia tuvo la condición, solo incluye parientes biológicos

☐ Marque aquí si no conoce información médica sobre sus padres biológicos y familiares	Abuso de Alcohol / Droga	Artritis	Asma	Cáncer	Problemas de Corazón	Depresión	Diabetes	Colesterol Alto	Hipertensión	Enfermedad de Riñón	Enfermedad Mental	Derrame Cerebral	Problemas de Visión
Madre													
Padre													
Hermana													
Hermano													
Hija													
Hijo													
Tía de mi Madre													
Tío de mi Madre													
Tía de mi Padre													
Tío de mi Padre													
Madre de mi Madre													
Padre de mi Madre													
Madre de mi Padre													
Padre de mi Padre													
Comentarios:				¿Qué tipo? ¿A qué edad?	¿A qué edad?		Tipo 1 o 2?				¿Qué tipo?		

Liste cualquier otra historia familiar pertinente _____

HISTORIAS DE NACIMIENTOS:

¿Alguna vez ha estado embarazada? No _____ Si _____ En caso de si, # de veces _____

de nacimientos vivos: _____ # de abortos espontáneos (spontaneous abortion) _____

de abortos terapéuticos _____ # de patos múltiples _____

de embarazo ectópico (ectopic pregnancies) _____

¿Alguna vez le hicieron una prueba de Papanicolaou con resultado anormal? _____

En caso de si, ¿dónde y cuándo? _____

Nombre del Paciente: _____ MRN: _____ Fecha de Nacimiento: _____

EXAMENS DE SALUD: Si recuerda cuándo tuvo alguna de estas pruebas, escriba la fecha abajo:

<u>Examen</u>	<u>Fecha</u> <u>Aprx</u>	<u>¿Donde?</u>	<u>Examen</u>	<u>Fecha</u> <u>Aprx</u>	<u>¿Donde?</u>
Papanicolaou	_____	_____	Mamografía	_____	_____
Examen de Colesterol	_____	_____	Examen Dental	_____	_____
Colon/Sigmoidoscopia	_____	_____	Examen de Densidad Ósea	_____	_____
Examen de VIH	_____	_____	Examen de PSA (Próstata)	_____	_____
Examen Ocular	_____	_____			

ALERGIAS:

Haga una lista de todas las alergias que tenga a los medicamentos

☐ No tengo alergias a los medicamentos

Haga una lista de otras alergias que tenga

☐ No tengo otras alergias

LISTA DE MEDICACION: Haga una lista de todos los medicamentos que toma regularmente, incluya las vitaminas, hierbas y suplementos sin receta. *Si trajo sus medicinas a su cita, no es necesario que complete esta sección.*

☐ Ninguno/a

¿Hay algún otro medicamento que otro proveedor de salud le ha recetado? Escriba aquí:

- He leído la alerta acerca de los bisfosfonatos
- He leído lo de arriba y he contestado este cuestionario a mi mejor habilidad

Firma (de Paciente o Persona Responsable): _____ Date: _____