



**RURAL HEALTH, Inc.**  
*We specialize in you*

## Información Del Paciente

Proporcione una licencia de conducir o una tarjeta de identificación con foto, junto con Tarjetas de seguro actuales y cualquier copago adeudado al momento del servicio

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Primer nombre utilizado: \_\_\_\_\_ Segundo nombre, sufijo \_\_\_\_\_

Nombre anterior último \_\_\_\_\_

Género: ( ) Masculino ( ) Hembra Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de seguridad social: \_\_\_\_\_

Nombre de soltera de la madre \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Acceso al Portal del Paciente: [ ] Si [ ] No

Dirección del paciente : \_\_\_\_\_

la dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir: \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Vencimiento Fecha \_\_\_\_\_

Telefono del paciente: Casa ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Consentimiento al texto [ ] Si [ ] No

Preferencia de contacto: [ ] Casa [ ] Trabajo [ ] Celular [ ] Correo [ ] Portal

Farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de Farmacia: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

*Solo para fines de recopilación de datos; Rural Health, Inc. debe informar los siguientes datos para todos los pacientes. Rural Health, Inc. informa esta información de forma **anónima** y la información que proporcione no afectará el monto de su pago.*

**Idioma Hablado (marque todos los que apliquen)**

Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  Rechazado para revelar

**Se necesita intérprete** ¿Necesitas un intérprete?  Si  No

**Carrera**  asiático  indio americano  Negro / afroamericano  Nativo-hawaiano  Blanco  
 Más de una raza  Otro Isleño Pasífico  Otro por favor especifique \_\_\_\_\_  
 Rechazado para revelar

**Etnicidad**  Hispano o latino  No hispana o latina/latino,  Rechazado para revelar

**Estado civil**  Desconocido  Casado  Soltero  Divorciado  Apartado  Viudo  
 Compañero

**Orientación sexual**  Lesbiana, gay u homosexual,  Heterosexual o heterosexual  no lo sé  
 Bisexual,  Algo más, por favor describa \_\_\_\_\_,  Elige no revelar

**Identidad de género:**  Identificar como hombre  Identificar como mujer  
 Elija no revelar  Transgénero Hombre / Mujer a Hombre  
 Transgénero mujer / hombre a mujer  
 Género no conforme (o exclusivamente masculino o femenino)  
 Categoría de género adicional / otro / por favor especifique

---

**Sexo asignado al nacer:**  Masculino  Hembra  Elige no revelar  Desconocido

**Pronombres:**  él/él  ella/ella  ellos/ellos

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Confinado en casa:**

Si  No

*En casa se define como; que necesita ayuda de otra persona o equipo médico como muletas, un andador o una silla de ruedas para abandonar su hogar, o su médico cree que su salud o enfermedad podrían empeorar si se va de su hogar.*

**Trabajador Agrícola**

Si  No,  El paciente rechazó \* Estado migrante / estacional

Migrante *(una persona / dependiente cuyo principal empleo ha sido en la agricultura en los últimos 24 meses y ha tenido que establecer un hogar temporal para el propósito de tal empleo)*

Estacional *(Una persona dependiente cuyo principal empleo ha sido en la agricultura sobre una base estacional y no ha tenido que establecer un hogar temporal para el propósito de tal empleo)*

**Sin hogar:**

Si  No  Paciente rechazado  Duplicando la vivienda

Refugio para los indigentes  Calle  Transicional  Otro  Desconocido

**Estatus de Veterano:**

Si  No  Rechazado para revelar

**Estado de la vivienda:**

Vivienda pública  No en Vivienda Pública  Rechazado para revelar

**¿Como supiste de nosotros?**

Publicidad  Médico de Atención Primaria  Médico Especialista

Boca a boca  Paciente en la práctica  Hospital  Compañía de seguros

Paciente existente

Other, por favor especifique \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **Informacion Del Empleador**

Empleador del paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado de Empleo: Tiempo completo Medio tiempo Retirado Estudiante Otro

### **Información de Contacto en caso de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de contacto de emergencia: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### **Pariente más cercano**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### **Guardián**

Apellido \_\_\_\_\_

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Segundo nombre, sufijo: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL PARTE RESPONSABLE *Persona a ser facturada, si no es el paciente (Garante)***

RELACIÓN CON EL PACIENTE  Auto (pase a la siguiente sección)  Esposo/a  Padre  Otro

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_

SSN#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Género: Hombre Mujer

Dirección (si es diferente de arriba): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**MÉDICO \* INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Sin Seguro  Seguro médico del estado  Seguro de salud de Medicare  Otros (Empleador \ Privado \ Comercial)  
 Programa de tasa de descuento

❖ **SEGURO PRIMARIO**

**Relación del paciente con el tomador del seguro**  Yo  Esposo/a  Niño  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza SSN # : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de vigencia (si se conoce): \_\_\_\_\_ Cantidad de copago \$ \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección del empleado \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

❖ **SEGURO SECUNDARIO**  Sin Seguro  Seguro médico del estado  Seguro de salud de Medicare  
 Otros (Empleador \ Privado \ Comercial)

**Relación del paciente con el tomador del seguro**  Yo  Esposo/a  Niño  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza SSN # : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**DENTAL \* INFORMACIÓN DE SEGURO**

No Insurance  Medicaid/Illinois/MCO  Medicare  Other (Private/Commercial)  Slide Fee Program

❖ **SEGURO PRIMARIO**

**Relación del paciente con el tomador del seguro**  Yo  Esposo/a  Niño  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza SSN # : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de vigencia (si se conoce): \_\_\_\_\_ Cantidad de copago \$ \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección del empleado \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

❖ **SEGURO SECUNDARIO**  Sin Seguro  Seguro médico del estado  Seguro de salud de Medicare  
 Otros (Empleador \ Privado \ Comercial)

**Relación del paciente con el tomador del seguro**  Yo  Esposo/a  Niño  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza SSN # : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

# VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Información de ingresos: requerida por el gobierno federal para servir mejor a nuestra comunidad

Esta no es una solicitud para el programa de tasa variable.

Indique los ingresos de su hogar en una de las siguientes categorías

Declinación para proveer ingreso familiar

2024

Por favor cuéntenos sobre sus ingresos familiares:

Encuentre el tamaño de su familia en la columna de la izquierda, luego vaya a través de esa misma línea y haga un círculo alrededor de su ingreso familiar anual

Tamaño de la familia	Nivel A <100% of Nivel De Pobreza 1-100%	Nivel B1 <125% of Nivel De Pobreza 101-125%	Nivel B2 <150% of Nivel De Pobreza 126 to 150%	Nivel B3 <175% of Nivel De Pobreza 151 to 175%	Nivel B4 <200% of Nivel De Pobreza 176 to 200%	Nivel C >200% of Nivel De Pobreza 200% y más
1	\$0 to \$15,060	\$15,060.01 to \$18,825.00	\$18,825.01 to \$22,590.00	\$22,590.01 to \$26,355.00	\$26,355.01 to \$30,120.00	\$30,120.01 y más
2	\$0 to \$20,440	\$20,440.01 to \$25,550.00	\$25,550.01 to \$30,660.00	\$30,660.01 to \$35,770.00	\$35,770.01 to \$40,880.00	\$40,880.01 y más
3	\$0 to \$25,820	\$25,820.01 to \$32,275.00	\$32,275.01 to \$38,730.00	\$38,730.01 to \$45,185.00	\$45,185.01 to \$51,640.00	\$51,640.01 y más
4	\$0 to \$31,200	\$31,200.01 to \$39,000.00	\$39,000.01 to \$46,800.00	\$46,800.01 to \$54,600.00	\$54,600.01 to \$62,400.00	\$62,400.01 y más
5	\$0 to \$36,580	\$36,580.01 to \$45,725.00	\$45,725.01 to \$54,870.00	\$54,870.01 to \$64,015.00	\$64,015.01 to \$73,160.00	\$73,160.01 y más
6	\$0 to \$41,960	\$41,960.01 to \$52,450.00	\$52,450.01 to \$62,940.00	\$62,940.01 to \$73,430.00	\$73,430.01 to \$83,920.00	\$83,920.01 y más
7	\$0 to \$47,340	\$47,340.01 to \$59,175.00	\$59,175.01 to \$71,010.00	\$71,010.01 to \$82,845.00	\$82,845.01 to \$94,680.00	\$94,680.01 y más
8	\$0 to \$52,720	\$52,720.01 to \$65,900.00	\$65,900.01 to \$79,080.00	\$79,080.01 to \$92,260.00	\$92,260.01 to \$105,440.00	\$105,440.01 y más
Para un tamaño de familia mayor de 8, para cada miembro adicional de la familia, añada lo siguiente al límite superior						
9+	\$5,380.00	\$5,380.01 to \$6,725.00	\$6,725.01 - \$8,070.00	\$8,070.01 - \$9,415.00	\$9,415.01 - \$10,760.00	\$10,760.01 y más

Si marcó un rango de ingresos en Nivel C, le agradecemos que se haya tomado el tiempo para completar este formulario.

Por favor, dé este formulario a la recepcionista.

Si marcó un rango de ingresos en la Nivel A, Nivel B1, Nivel B2, Nivel B3, Nivel B4 puede calificar para servicios médicos y dentales con descuento

Pide al recepcionista una solicitud de tarifa de diapositiva

Uso interno: \* Representante de servicio al paciente: si el ingreso de un paciente califica para A, B1, B2, B3 o B4, proporcione al paciente una solicitud de tarifa de desilzamiento.

SÓLO USO DE OFICINA

Calificar para los descuentos de tarifa deslizando?  SI  NO

<100%  <125%  <150%  <175%  <200%

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Recibí la solicitud de tarifa móvil

\_\_\_\_\_ Rechacé la solicitud de tarifa móvil

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (por favor firme)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de RHI

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CONSENTIMIENTO FINANCIERO Y DE SEGURO DEL PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO AVISO DE PRIVACIDAD - POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA RELACIONADA CON RECLAMOS**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**En consideración a recibir los servicios de Rural Health, Inc. usted acepta:**

1. Todos los servicios se proporcionan a usted con el entendimiento de que usted es responsable de los cargos, independientemente de su cobertura de seguro. Si desea conocer la carga de un servicio, pregunte antes del tratamiento. Tenga en cuenta que no todos los servicios son un beneficio cubierto con diferentes compañías de seguros. Usted es responsable de saber qué servicios están o no están cubiertos. **CONOZCA SUS BENEFICIOS.**
2. En el momento del check-in, recogeremos su copago, deducible y pago por los servicios no cubiertos, así como la porción del paciente según lo determinado por el seguro o la escala de honorarios. Aceptamos efectivo, cheque y tarjeta de crédito de Master Card, Visa y Discover.
3. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Es responsabilidad del paciente informar inmediatamente a nuestra oficina de la cobertura del seguro o cambios en la compañía de seguros.
4. Usted es responsable de saber si se requiere una referencia. Asegúrese de saber qué proveedores hay en su plan, qué servicios están cubiertos y qué servicios auxiliares debe utilizar. (Como laboratorios, hospitales, etc.) Si podemos ser de ayuda, por favor háganoslo saber.
5. Vamos a facturar a su compañía de seguros como una cortesía, pero usted sigue siendo en última instancia responsable del pago de todos los servicios que recibe. Si su compañía de seguros no responde dentro de 30 días, haremos un seguimiento con una investigación en su nombre. Sin embargo, si su seguro no responde dentro de los 60 días de la presentación de la reclamación, se le enviará una declaración. Debe llamar a su compañía de seguros para preguntar por qué la reclamación no se paga. Nuestra oficina le ayudará sólo después de haber contactado a su compañía de seguros.
6. Si su reclamo médico no ha sido pagado y su compañía de seguros no ha resuelto su disputa, puede registrar una queja con el Departamento de Comercio y Seguros de Illinois. Nuestra oficina hará todo lo posible para ayudarle; Sin embargo, debe entender que no puede retrasar el pago mientras espera el resultado de su queja
7. Cualquier cargo no pagado de más de 90 días de edad se enviará a una agencia de recaudación externa con una tarifa de agencia adicional. Usted es responsable de los honorarios de cobranza, los honorarios legales o los costos judiciales incurridos en el proceso de cobro. Esta agencia reportará su falta de pago a las TRES (3) agencias nacionales de informes de crédito.
8. Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de cheque de devolución de \$ 25.00.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago puntual. Le animamos a que comunique dichos problemas para que podamos ayudarle en la administración de su cuenta.

Autorizo a Rural Health, Inc. para que me examine, me evalúe y me trate, y / o a mi hijo (a), o al pupilo. Autorizo al RHI a liberar toda la información clínica necesaria para presentar mis reclamaciones de seguro a mis compañías de seguros. También solicito que mis compañías de seguros paguen beneficios directamente al RHI por servicios prestados. Entiendo que el RHI reembolsará cualquier sobrepago en mi cuenta, de manera oportuna.

Su firma a continuación forma un acuerdo vinculante entre el RHI (el proveedor del servicio) y el Paciente que está recibiendo servicios o la Parte Responsable para pacientes menores (aquellos pacientes menores de 18 años). Responsable es la persona que es financieramente responsable del pago de cualquier cargo

**CONSENTIMIENTO FINANCIERO Y DE SEGURO DEL PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO AVISO DE PRIVACIDAD - POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA RELACIONADA CON RECLAMOS**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(Por favor, inicial) Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para procesar las reclamaciones por los servicios prestados por Rural Health, Inc. y / o la divulgación de la información médica necesaria para la aplicación de la cobertura de seguro. Una copia de este comunicado será tan válida como el original. Autorizo además el pago de tales servicios prestados para ser hechos directamente a Rural Health, Inc. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro.

\_\_\_\_\_(Por favor inicial) He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Rural Health, Inc. y Política de No Show

\_\_\_\_\_(Por favor inicial) Por este medio consiento voluntariamente el tratamiento, las pruebas, y los servicios Permito que Rural Health, Inc. y sus empleados y otras personas involucradas en mi cuidado me traten de maneras que juzgan ser beneficioso para mí. Entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas y recibir información sobre mi cuidado y tratamiento. Entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento para el tratamiento o las pruebas. Consiento en exámenes, pruebas diagnósticas, análisis de sangre (incluyendo exámenes de sangre para cualquier enfermedad contagiosa como hepatitis y VIH / SIDA cuando el personal de salud ha estado expuesto a mi sangre y / o fluidos corporales), medicamentos, cuidado de enfermería y otros servicios o Tratamiento prestado por mi proveedor u otro personal de Rural Health, Inc. bajo los órdenes o la dirección de este proveedor.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Guardián (firme)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
RHI Firma del personal

\_\_\_\_\_  
**Fecha**





**RURAL HEALTH, Inc.**  
*We specialize in you*

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DENTAL PARA MENORES**

Yo \_\_\_\_\_ autorice a las siguientes personas a  
(tutor legal)  
a acompañar a \_\_\_\_\_ para tratamiento dental, incluyendo pero  
(minor)  
no limited to fillings and extractions, and discuss further treatment.

1. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre (impreso) (Se requiere identificación con foto)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**SE REQUIERE UNA IDENTIFICACIÓN FOTOGRÁFICA PARA CADA  
PERSONA AUTORIZADA EN EL MOMENTO DE LA VISITA**



**RURAL HEALTH, Inc.**  
*We specialize in you*

**CLÍNICA DENTAL DE RURAL HEALTH, INC.**  
**Formulario de Preferencia de Contacto Dental**

**Teléfono**

- Casa # \_\_\_\_\_  
 Cell # \_\_\_\_\_

**Mensaje de texto (se pueden aplicar cargos por mensajes de texto)**

Por favor, indique el número al que debemos enviar mensajes de texto a:

\_\_\_\_\_

**Email**

Por favor, indique su dirección de correo electrónico actual:

\_\_\_\_\_

**Compruebe por lo menos un método de contacto anterior**

**Firma:**

\_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:**

\_\_\_\_\_

**Fecha de la firma:**

\_\_\_\_\_

GRACIAS.



**RURAL HEALTH, Inc.**  
*We specialize in you*

## Dental/Medical History - Historia médica/dental

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Por qué estas aquí hoy? \_\_\_\_\_

¿Tienes dolor o malestar en este momento?? \_\_\_\_\_  Sí  No

En caso afirmativo, de qué tipo y dónde? \_\_\_\_\_

Usted ha estado bajo el cuidado de un médico durante los últimos dos años?  Sí  No

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos, drogas o pastillas?  Sí  No

Si es así, por favor enumera: \_\_\_\_\_

¿Está tomando anticoagulantes recetados (Coumadin, Warfarina, Plavix, etc.)?  Sí  No

Si es así, por favor enumera: \_\_\_\_\_

¿Está tomando o alguna vez ha tomado medicamentos para bajar de peso recetados, como Fen-Phen, etc.?  Sí  No

Si es así, por favor enumera: \_\_\_\_\_

¿Está tomando o alguna vez ha tomado medicamentos recetados para una condición de osteoporosis (o preventiva para esta condición) como los bisfosfonatos Fosamax o Boniva, o cualquier otro?  Sí  No

Si es así, por favor enumera \_\_\_\_\_

¿Sabe que es alérgico o que ha reaccionado mal a algún medicamento o sustancia?  Sí  No

Si es así, por favor enumera: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han diagnosticado o tenido Lupus u otras enfermedades autoinmunes?  Sí  No

Si es así, por favor enumera: \_\_\_\_\_

¿Usas dos o más almohadas para dormir?  Sí  No

¿Usa productos de tabaco (fuma o mastica tabaco)?  Sí  No

¿Bebes bebidas alcohólicas?  Sí  No

¿Estas embarazada?  No se aplica  Sí  No

If yes, when are you due? \_\_\_\_\_

Estas amamantando?  No se aplica  Sí  No

¿Estás tomando pastillas anticonceptivas?  No se aplica  Sí  No

**Alguna vez has tenido (marca sí or no)?**

Enfermedad cardíaca o ataque	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fobia dental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Carrera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	SIDA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Medicación de cortisona	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Herpes labial / Ampollas de fiebre / Herpes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
VIH positivo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fiebre de heno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cirugía de corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Memoria Pérdida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hepatitis B (suero)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tos crónica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hechizos desmayos o mareos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dolor en las articulaciones de la mandíbula	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Terapia de radiación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alergias o colmenas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas tiroideos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas sinusales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tratamiento Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Surgeries (Please List type and When):**

**Entiendo que la información anterior es necesaria para proporcionar atención dental de manera segura y eficiente. He respondido todas las preguntas con sinceridad.**

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_

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



## **RURAL HEALTH, INC. CLÍNICA DENTAL NO MOSTRAR POLÍTICA**

Estimado paciente, padre o tutor:

Nuestra política de no presentación es estricta para proporcionar buenos servicios a los pacientes. Si tiene una cita, debe llamar para confirmar o cancelar su cita dentro de las 24 horas (un día hábil) o su cita puede dejar de estar reservada para usted. Las cancelaciones de citas con un aviso de menos de 24 horas (un día hábil) se consideran una cita perdida. El despido por no presentarse para nuevas citas con el paciente quedará a discreción del dentista.

Para los pacientes que regresan, la clínica dental enviará una carta la primera vez que se pierde una cita sin que el paciente o cuidador lo notifique con 24 horas de anticipación. Para la segunda cita perdida, se enviará una advertencia. La tercera cita perdida puede resultar en el despido de la clínica dental.

Gracias por su cooperación,

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

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

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de firma:** \_\_\_\_\_



**RURAL HEALTH, Inc.**  
*We specialize in you*

## **Política de no mostrar**

Estamos comprometidos a proporcionar cuidado de calidad en Rural Health, Inc.

Una cita es tiempo para conocer a su doctor para servicios que usted necesita.

**Si usted es incapaz de acudir a su cita en la fecha prevista, le pedimos que por favor llame por lo menos 24 horas de antelación y reprogramar o cancelar.** Nos damos cuenta que pueden presentarse situaciones de emergencia. Si esto sucede, llame lo mas pronto posible. Si se puede llamar con anticipación y cancelar/reprogramar su cita, se puede dar a otro paciente que necesitan una cita.

En un esfuerzo para proporcionar citas para todos los pacientes que lo necesitan y para disminuir el número de citas No Show, Rural Health, Inc. está implementando una política de No Show. Un No-Show se define como una falta de no presentarse antes de o en 15 minutos después de la hora programada sin llamar para cancelar o reprogramar antes de la cita.

**No se presenta será documentada en su expediente médico. Si pierdes 3 tres citas consecutivos o tres 3 citas en un período de 6 seis meses sin llamar antes de la cita a cancelar/reprogramar, usted puede ser descargado de los Servicios de Rural Health, Inc.**



# **RURAL HEALTH, Inc.**

*We specialize in you*

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE USARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE CUIDADOSAMENTE

A partir de 13 de abril de 2003, Rural Health, Inc. (RHI) es necesaria para mantener la privacidad de su información protegida de la salud como resultado de la Health Insurance Portability y Accountability Act (HIPAA). Su "información de salud protegida" significa la información de salud, incluyendo información demográfica (por ejemplo, su nombre, dirección y número de teléfono) recogida de usted y creada o recibida por el médico, otro médico, un plan de salud o un centro de salud.

RHI debe seguir este aviso hasta que se sustituye. Este aviso explica cómo RHI puede utilizar o compartir su información médica. También explica sus derechos. RHI reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si RHI cambia este aviso, publicaremos una copia del aviso actual en una ubicación prominente. Le proveemos con cualquier aviso revisado de prácticas de privacidad cuando pides. Para obtener una copia del aviso de prácticas de privacidad de RHI, puede acceder a nuestro sitio web en [www.ruralhealthinc.org](http://www.ruralhealthinc.org), llamada cualquier oficina y solicitar una copia revisada le enviará por correo, o usted puede pedir uno a la hora de su próxima cita.

### Fines para los cuales RHI puede usar o divulgar su información personal de salud sin su autorización:

- Cuidado de la salud con fines de tratamiento, por ejemplo, RHI puede divulgar nuestra información personal de salud con su médico, a petición del médico, para el tratamiento médico.
- Pago. Por ejemplo, RHI puede usar o divulgar su información personal de salud para proporcionar información de elegibilidad a su médico cuando usted recibe tratamiento, para pagar reclamaciones por los servicios de salud cubiertos, o para recuperar los costos de otro seguro médico.
- Operaciones de cuidado de la salud. Por ejemplo, RHI o sus contratistas pueden usar o divulgar su información médica personal (1) para conducir la evaluación de la calidad y actividades de mejora; (2) para revisar solicitudes de servicios; (3) para participar en la gestión de coordinación o caso de la atención; (4) gestionar, planificar o desarrollar servicios de RHI y presupuesto; (5) para coordinar los servicios con otro programa de beneficio público; o (6) a cooperar con el estado y los auditores federales.
- Servicios de salud. RHI o sus contratistas podrán comunicarse con usted, por ejemplo, para darle información sobre alternativas de tratamiento o de otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de interés para usted.
- Requeridas por la ley. Por ejemplo, RHI se requiere por la ley para permitir que los Estados Unidos Departamento de salud y servicios humanos para auditar registros RHI. RHI puede divulgar su información de salud personal necesaria para cumplir con la compensación al trabajador u otras leyes. RHI también se requiera revelar información personal de salud sobre abuso, negligencia, o violencia doméstica gubernamentales o agencias de servicios sociales.
- Por otras razones:
  - Cumplir con procedimientos legales, así como un corte o administrativa orden o citación.
  - A funcionarios encargados de hacer cumplir la ley o a las instituciones correccionales para aplicación de la ley limitada y con fines de seguridad y salud.

- Con su autorización por escrito, a un familiar, amigo u otra persona, para ayudarle con su cuidado de la salud o el pago para su atención médica.
- A su representante personal designado por usted o señalado por la ley.
- Para fines de investigación en circunstancias limitadas y donde la información estará protegida por los investigadores
- A un médico forense, examinador médico o director de la funeraria para identificar a una persona fallecida o para solicitar beneficios de pago.
- A una organización de compras órgano, en circunstancias limitadas.
- Para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad, salud o seguridad de los demás.
- Organismo gubernamental autorizado para supervisar programas de salud del gobierno.
- A oficiales federales para propósitos de seguridad nacional legal.
- A las autoridades de salud pública para propósitos de salud pública.
- A autoridades militares correspondientes, si usted es un miembro de las fuerzas armadas.

Usos y revelacions con su autorización. RHI no usar o divulgar su información médica personal para otros propósitos, a no ser que RHI su autorización por escrito para hacerlo. En la mayoría de los casos, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento, a menos que RHI ha confiar en su autorización para una revelación continua, por ejemplo, para un estudio de investigación. Su revocación será efectivo desde la fecha que RHI recibe la revocación, para toda su información de salud personal que mantiene RHI. Autorización y revocación formularios están disponibles en todas las oficinas RHI.

Sus derechos. Usted puede solicitar por escrito a RHI a uno o más de los siguientes con respecto a su información personal de salud que mantiene de RHI:

- Poner restricciones adicionales sobre el uso y divulgación de su información de salud personal de RHI. RHI no tiene que estar de acuerdo con su petición.
- Que RHI comunicarse con usted en confianza sobre tu salud personal información por otra significa o en un lugar diferente RHIS está actualmente haciendo. Su petición debe ser por escrito especificando los medios alternativos o ubicación para comunicarnos con usted.
- Para ver y obtener copias de su información personal de salud, excepto notas de psicoterapia o información para su uso en una acción civil, criminal o administrativo o procedimiento (esto es una ley federal). Usted puede tener un cargo para las copias.
- Corregir su información personal de salud. En algunos entubado, RHI no tiene que de acuerdo a su solicitud.
- Para recibir una lista de divulgaciones de su información médica personal RHI y sus contratistas de hecho para ciertos propósitos durante los últimos seis años, pero no para divulgaciones antes de 14 de abril de 2003.

Si usted desea ejercitar alguno de estos derechos que se describen en este aviso, póngase en contacto con el oficial de privacidad de RHI en la siguiente dirección. RHI le dará la información necesaria y formularios para completar y volver a RHI.

Quejas. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por RHI, usted tiene el derecho a reclamar a RHI o al Secretario del Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Usted puede presentar una queja con RHI en la dirección donde usted recibe servicios. RHI no va tomar represalias contra usted si usted decide presentar una queja con RHI o con el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.

Privacy Officer. Para solicitar copias adicionales de este aviso o para recibir más información sobre privacidad de RHI prácticas, sus derechos o para presentar una queja, póngase en contacto con el oficial de privacidad en la siguiente dirección:

Oficina de privacidad RHI  
 Rural Health, Inc.  
 513 North Main Street  
 Anna, Illinois 62906  
 Teléfono 618-833-4471





# **RURAL HEALTH, Inc.**

*We specialize in you*

*Valoramos sus comentarios y queremos conocer su experiencia como paciente de Rural Health, Inc..*

*Esta es su oportunidad de decirnos qué hicimos bien y dónde necesitamos mejorar.*

*Por favor, envíenos su correo electrónico y recibirá una encuesta de satisfacción del paciente después de su visita con nosotros*

*Gracias por ayudarnos a crecer....*





**RURAL HEALTH, Inc.**  
*We specialize in you*

*Anna Main / Dongola / Goreville / Metropolis / Vienna*

**Even when we are not here.....we have you covered**

Did you know you can reach a medical provider 24/7 by simply calling the office? Your call will be connected to an answering service who will contact the Rural Health, Inc. medical provider if indicated.

**If you are experiencing a medical emergency, call 911 or go to your nearest emergency room.**

**Cuando no estamos aquí ..... lo podemos cubrir.**

¿Sabía usted que usted puede alcanzar a un doctor médico 24/7 por simplemente llamando la oficina? Su llamada estará relacionada con un servicio de contestación automática quién se pondrá en contacto con el Rural Health, Inc doctor médico como indicado.

**Si usted tiene una urgencia médica, llame 911 o vaya a su cuarto de emergencia más cercano.**

***\*\*\*The after-hours answering service for Rural Health, Inc. offers over 350 languages to serve you better.***