

7. Tiene usted alguna seria enfermedad , operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años? Sí No
 Sí es así, cuál ha sido su problema de salud?
-
8. Esta tomando algún medicamento incluyendo aquellos que no necesite prescripción médica? Sí No
 Sí es así, cuales medicamentos esta tomando (escribalos)
-
9. Usted tiene o ha tenido algunos de estos problemas médicos abajo mencionados:
- a-Daño en las válvulas del corazón ó válvulas artificiales, incluyendo soplos cualquier ó tipo de problema cardíaco Sí No
- b- Enfermedades cardiovasculares,(problemas del corazón, ataque de anginas, corazón, insuficiencia coronaria, bloqueo coronario, presión alta, arteriosclerosis, ó derrame cerebral . Sí No
- 1-Tiene usted dolor de pecho cuando hace algún esfuerzo? Sí No
 2-Se le hinchan los tobillos? Sí No
 3-Tiene usted problemas del corazón desde su nacimiento? Sí No
 4-Usa usted marcapaso? Sí No
- c-Alergias Sí No
 d-Problema en los senos Sí No
 e-Asma ó fiebre del heno Sí No
 f-Desmayos o convulsiones Sí No
 g-Diarreas persistente o perdida de peso. Sí No
 h-Diabetes Sí No
 i-Hepatitis, Icteria o enfermedad del hígado. Sí No
 k- S.I.D.A. (Síndrome de insuficiencia inmuneológica) Sí No
 l-Problemas de la Tiroides Sí No
 ll-Problemas respiratorios, enfisema pulmonar, bronquitis, ect. Sí No
 m- Artritis, dolor o hinchazón de las articulaciones Sí No
 n-Ulceras estomacales o hiperácidos Sí No
 ñ-Problemas en el Riñón Sí No
 o- Tuberculosis Sí No
 p-Tos persistente o tos que produce sangramiento Sí No
 s-Persistentes inflamaciones en los ganglios del cuello Sí No
 t-Presión baja Sí No
 u-Enfermedades de transmisión sexuales Sí No

v-Epilepsia ú otros problemas neurológicos Sí No
w-Problemas de salud mental Sí No
x-Cáncer Sí No
y-Problemas en el Sistema Inmuneológico Sí No

9-Tiene usted sangrados abdominales Sí No
a-Alguna vez a necesitado de una transfusión de sangre Sí No

10-Tiene usted algún problema sanguíneo como anemia? Sí No

11-Ha tenido usted algún tratamiento por crecimiento de tumores? Si No

12-Tiene usted alguna reacción alérgica:

a-Anestésia local Si No
b-Penicilina ú otros antibióticos Si No
c-Sulfa ú otras drogas Si No
d-Barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir Si No
e-Aspirina Si No
f-Yodo Si No
g-Codeína u otros narcóticos Si No
h-Otros _____

13-Ha tenido usted algun problema serio asociado con tratamientos dentales? Si No
De ser así, explíquelo: _____

14- Ha tenido usted alguna enfermedad, o condición de médica que no se haya mencionado en este cuestionario y desee usted mencionarlo? Si No
Favor explíquelas: _____

14- Usa usted lentes de contacto? Si No

15-Usa usted prótesis dental? Si No

Mujeres

17 Esta usted embarazada? Si No

18-Tiene usted problemas asociados con sus períodos menstruales? Si No

19-Esta usted en lactancia? Si No

20-Toma píldoras anticonceptivas?

Si No

Queja al Jefe Dental: _____

Certifico que he leído y entendido lo anterior expuesto, Reconozco que mis respuestas, han sido respondidas satisfactoriamente. No voy hacer responsable a mi dentista ó a ningún otro miembro de éste consultorio, por mis errores ú omisiones que haya hecho en éste fumulario.

Firma del Paciente _____

Las siguientes líneas son solamente para uso de la oficina médica

For completion by the Dentist: _____

Significant management consideration: _____

Date _____ Signature of Dental _____

Medical history update:

Date	Comments	Signature
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CATHOLIC CHARITIES HEALTH SYSTEMS
of the Diocese of Rockville Centre Inc. (CCHS)
DIAGNOSTIC AND TREATMENT CENTER
Special Dental Services (SDS)

EL PACIENTE ESTÁ DE ACUERDO

Yo, _____, o mi designado legal consiento al tratamiento dental recibido por los Special Dental Services, y sequire las reglas de dicho establecimiento al usar las facilidades de 333 North Main en Freeport.

Entiendo que el Catholic Charities Health Systems es un sitio donde no se permite fumar, y que fumar marijuana, tampoco no es permitido en ninguna parte. Se puede fumar en el cuarto de fumar para los clientes del Adult Day Health Care Services.

Yo tambien entiendo que el uso de sustancias ilegales no seran toleradas. Mientras que ni el Adult Day Health Care Services o el Special Dental Services exculgen personas del programa basado en su uso de substancias ilegales:

1. Ningun uso de sustancias ilegales en este sitio.
2. No hay tratamiento ningun bajo las influencia de cualquier uso de drogas.
3. No vender ni compartir ninguna substancia ilegal con pacientes de este establecimiento.

Entiendo que al no seguir estas reglas puede posponer mi tratamiento o posible terminación de mi tratamiento en este programa dental.

Entiendo que el uso de violencia fisica y amenazas de violencia puede resultar en suspencion del programa por tiempo determinado hasta se logre una desición. Possesión o uso de armas resultara en suspención inmediato de el programa dental. Entiendo tambien que cualquier abuzo fisico a ninos sera notificado a la autoridades mandadas por el estado de Neuva York.

Leyes del estado y federal governarán preguntas sobre la construcción, validad y interpretación de este acuerdo, y como son manejadas todos las obligaciones de este acuerdo.

En acuerdo con las leyes del estado de Nueva York, las leyes federales y el Catholic Charities Health Systems, ninguna person sera discriminada por raza, color, sexo, religion, orijenes naturales, preferencia sexual, cuidanidad, estatus matrimonial o desabilidad. Catholic Charities Health Systems admite que atiende a todos sus clientes en este orden sin discriminación.

Yo, el arriba firmado, he leído y asumo la responsabilidad de llevar acabo todos las reglas.

Tambien he recibido una copia de derechos del paciente.

Nombre Del Paciente (Imprenta)

Firma Del Paciente

Fecha

Nombre Del Testigo (Imprenta)

Firma Del Testigo

Fecha

CATHOLIC CHARITIES HEALTH SYSTEMS
of the Diocese of Rockville Centre Inc. (CCHS)
DIAGNOSTIC AND TREATMENT CENTER
Special Dental Services (SDS)

FORMULARIO DE CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Yo, _____, o mi designado legal autorizo al CCHS Special Dental Services por medio de sus profesionales dental y auxiliares a darme todos los tratamientos dentales recomendados por mi dentista. Entiendo que sere informado por completo de la necesidad del tratamiento, y las consecuencias si yo rehusó dicho procedimiento. Yo entiendo completamente que si rehusó cualquier procedimiento, firmare un documento que sera puesto en mi archivo dental.

Yo doy consentimiento al SDS de informar a cualquier de estas agencias o individuos necesarios: dentistas, medicos y praticantes, centros designados al sida, hospitales, clinicas, farmacias, oficina de Medicaid, ADAP o otras agencias de servicios como Long Island Association for AIDS Care o the Persons With AIDS Coalition. Mas especificamente doy el consentimiento a notificar ciertas agencias y individuos personalmente: sirijanos dental, periodontistas, endodontistas, o medicos personal o mi case manager.

Entiendo que todos los trabajadores de SDS estan requeridos a mantener mi identidad y condición medica confidencial. Tambien entiendo que si soy referido a otro practicante mi dentista podra hacer saber a dicha persona de mi condicion si es midicamente requerido. Entiendo que sere notificado de dicho procedimiento.

Yo entiendo que mi confidencialidad sera mantenido por el SDS, y que la mera razon de que este siendo tratado por ellos sera razon para que siertas agencias sepan de mi condición, por que esta agencia se dedica a tratar solamente personas con el virus de HIV. No hago el SDS responsable de nada en absoluto.

PACIENTE: _____

FIRMA: _____

TESTIGO: _____

FECHA: _____

LOS DERECHOS DEL PACIENTE

La declaración del derecho estar exhibido en las áreas SDS. y una declaración le es dada a cada paciente. Los SDS tratarán todos los pacientes con respeto y dignidad. Los derechos de nuestros pacientes incluye pero no se limita los siguientes y continua siendo reconocido. Las declaraciones deben incluir los derechos del paciente.

1. Todo paciente tendrá derecho a recibir servicios sin respecto a su edad, raza, color, estado matrimonial, orientación sexual, nacionalidad.
2. Tendrá derecho a consideración respecto y reconocimiento de su dignidad del el o ella y individualmente incluyendo privacidad en tratamiento en cuidado personal del el o ella.
3. Tendrá derecho de obtener información de su médico acerca de su condición particular sino es contraindicado según el médico, y documentado en el archivo médico. Tendrá oportunidad de participar en su tratamiento de el o ella.
4. Tendrá derecho a rehusar y no participar en investigaciones experimentales, y rehusar medicamentos y tratamientos después de haber sido informado, y entendido las consecuencias de tales procedimientos.
5. Tendrá derecho de recibir información acerca de procedimientos, posibles riesgos y alternativas explicado por el médico en efectuar consentimiento de tratamiento antes de un procedimiento no urgente, o tratamiento.
6. Tendrá derecho a tratamiento confidencial de su archivo médico y personal, y a aprobar o rechazar su examen por individuos afuera de la institución excepto en casos de que el o ella hallan sido transferidos a otras instituciones o requerido por ley de pago contractual de tercer partido.
7. Tendrá derecho de ser informado de los servicios ofrecidos por el ("SDS").
8. Tendrá derecho de ser informado de provisiones en caso de emergencia afuera de las horas normales.
9. Tendrá derecho de ser informado de cambios de servicios, elegibilidad por reembolso de tercer partido y el derecho a recibir una copia actual de la cuenta de el o ella al pedirlo.