

INFORMATION DEL PACIENTE

Nombre del paciente:		Nombre del doctor que lo refirió/Teléfono:		
Dirección:		Doctor primario/Teléfono:		
Ciudad/Estado/Código Postal				
Teléfono de casa:		Teléfono Celular:		Otro Teléfono:
Numero de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Estado civil:	Sexo:
Contacto de emergencia:	Relación:	Teléfono de casa:	Teléfono celular	
Persona responsable:	Relación:	Fecha de nacimiento:	Numero de Seguro Social:	
Dirección del responsable:		Ciudad/Estado/Código Postal:		Teléfono:

INFORMACION SOBRE ASEGURANZA

<u>Aseguradora Principal:</u>		<u>Empleador:</u>		<u>Aseguradora Secundaria:</u>		<u>Empleador:</u>	
No de Identificación#:	Nombre del Grupo #	No de Identificación#:	Nombre del Grupo #				
Nombre del Asegurado:		Nombre del Asegurado:					
Dirección:		Dirección:					
Ciudad/Estado/Código Postal:		Ciudad/Estado/Código Postal:					
Fecha de Nac. Del Asegurado:	No de Seg. Soc.:	Fecha de Nac. Del Asegurado:	No de Seg. Soc.:				

Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios:

Yo garantizo el pago a la Clínica Dental de GFHS de todos los cargos por servicios que le sean proporcionados al paciente. Yo entiendo que soy personalmente responsable por todos los cargos que mi aseguranza no cubra. Yo autorizo el pago de beneficios que otra manera serian pagados a mi persona por servicios recibidos. Si la cobertura proviene de Medicaid, yo certifico que la información proporcionada por mi al aplicar para beneficios bajo el Título V, XVIII y XIX del Acta del Seguro Social es correcta.

Consentimiento para Atención Medica y Divulgación de Información:

Yo doy voluntariamente mi consentimiento para recibir tratamiento dental de parte del personal de GFHS. Doy consentimiento para cualquier examen de laboratorio, incluyendo la prueba de VIH. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. No se me ha hecho ninguna garantía sobre el resultado de tratamientos o exámenes por mis cuidadores. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida sobre mí para tratamiento, pago y operaciones de atención médicos. He leído este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido contestadas.

Firma del Paciente o Responsable

Autorizado: _____
Fecha/Hora: _____

Reconocimiento de recibo de la notificación conjunta de prácticas de privacidad: He recibido una copia del aviso de practicas de privacidad del conjunto de GFHS. Soy conciente de que el aviso puede cambiar en cualquier momento. Se que puedo obtener una copia revisada de la notificación en el sitio de la red de GFHS en www.gfhs.info, escribiendo a: GFHS Privacy Officer, at 991 W. Hudson Blvd. Gastonia, NC 28052, o solicitando una en cualquiera de las clinicas de GFHS.

Firma del Paciente o Responsable: _____ **Fecha/Hora:** _____

Footnote: Gaston Family Health Services Incorporated, ubicado en Gastonia, North Carolina, incluye GFHS- Hudson, Bessemer City Health Care Center, Gaston Family Medical Center, Statesville Family Medicine, Helping Hands Health Center, Cherryville Health Center, Highland Health Center, Statesville Children's Clinic, Davidson Medical Ministries - Lexington, Davidson Medical Ministries - Thomasville; Affiliate: Gaston County Health Department.

For Staff Use Only

- Patient refused to sign after he / she received Joint Notice of Privacy Practices and was informed that signing the form merely acknowledges that the patient actually received the notice.
- Patient was initially treated for an emergency. Patient was either given the notice after stabilization or will be given the notice after transfer. (Circle One)
- We were unable to obtain a written acknowledgment of receipt of the Notice of Privacy Practice because:
 - An emergency existed and a signature was not possible at the time.
 - The individual refused to sign.
 - A copy was mailed with a request for a signature by return mail
 - Unable to communicate with the patient for the following reason:

- Other

Signature of Staff

Date/Time

If limited English proficient or hearing impaired, offer interpreter at no additional cost:

- Interpreter accepted _____ Interpreter Refused
- Name/Number of Person/Services Chosen/Used)

Gaston Family Health Services, Inc
Permiso Para Comunicarnos

La política de Gaston Family Health Services, Inc. es de no divulgar información de Salud Protegida (Protected Health Information or PHI), sin consentimiento y aprobación. Cuando se están devolviendo llamadas por teléfono o verificando citas no dejaremos un mensaje en la maquina si el nombre o el numero de teléfono no esta en la maquina de mensajes. Información sobre la cita no será dada a nadie más que las personas nombradas por usted en este permiso. Usted puede cambiar la información de este permiso en cualquier momento.

Yo permito que GFHS deje información dental como es notado abajo:

		Nombre/ Numero de teléfono
Teléfono de casa/Maquina de mensajes	SI NO	_____
Teléfono del trabajo-dejar el mensaje	SI NO	_____
Celular-dejar el mensaje	SI NO	_____
Esposo/Esposa (especifique el nombre)	SI NO	_____
Padre/Madre (especifique el nombre)	SI NO	_____
Otra Persona (especifique el nombre)	SI NO	_____

Información que puede ser dada: Información sobre la cita, Información sobre el balance, y cualquier información a cualquier dentista al que me han referido, cual va a ser parte de algún tratamiento o proceso.

Entiendo que tengo el poder de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el poder de inspeccionar o copiar la información de salud protegida que va a ser dada que esta en este permiso. Entiendo que la revocación no es efectiva en casos de que mi información ya aiga sido dada pero será efectivo de ese punto en adelante.

Entiendo que la información usada o compartida como resultado de esta autorización puede ser sujeta a ser compartida por las personas en este documento y no podrá ser protegida por la ley federal o estatal.

Entiendo que tengo todo el derecho a no firmar esta autorización y que mi tratamiento no será condicionado al firmar. Esta autorización debe mantenerse en efecto hasta que sea revocada por el/la paciente.

Firma del paciente o de la persona representante Fecha

Signature of Patient or Personal Representative Date

Description of Personal Representative's Authority (attach necessary documentation)

GFHS Witness: _____ Date: _____