

DOH Okaloosa County Medical History

Patient Name:

Birth Date:

Date Created:

Although dental personnel primarily treat the area in and around your mouth, your mouth is a part of your entire body. Health problems that you may have, or medication that you may be taking, could have an important interrelationship with the dentistry you will receive. Thank you for answering the following questions.

Are you under a physician's (doctor's) care now?
Have you ever been hospitalized or had a major operation?
Have you ever had a serious head or neck injury?
Are you taking any medications, pills, or drugs? Please list the medications.
Are you currently having any dental pain or problems? If so, please note

Comments:

[Empty text box for comments]

Are you allergic to any of the following?

- Aspirin, Metal, Penicillin, Latex, Codeine, Sulfa Drugs, Acrylic, Local Anesthetics

Other allergies?
Are you pregnant? If so, give due date.

Do you have, or have you had, any of the following?

Grid of medical conditions with Yes/No radio buttons: AIDS/HIV Positive, Alzheimer's Disease, Anaphylaxis, Anemia, Angina, Arthritis/Gout, Artificial Heart Valve, Artificial Joint, Asthma, Blood Disease, Blood Transfusion, Breathing Problems, Bruise Easily, Cancer, Chemotherapy, Chest Pains, Heart Murmur, Heart Pacemaker, Heart Trouble/Disease, ADD/ADHD, Cortisone Medicine, Diabetes, Drug Addiction, Easily Winded, Emphysema, Epilepsy or Seizures, Excessive Bleeding, Excessive Thirst, Fainting Spells/Dizziness, Frequent Cough, Frequent Diarrhea, Frequent Headaches, Genital Herpes, Glaucoma, Hay Fever, Heart Attack/Failure, Pain in Jaw Joints, Parathyroid Disease, Psychiatric Care, Hemophilia, Hepatitis A, Hepatitis B or C, Herpes, High Blood Pressure, High Cholesterol, Hives or Rash, Hypoglycemia, Irregular Heartbeat, Kidney Problems, Leukemia, Liver Disease, Low Blood Pressure, Lung Disease, Mitral Valve Prolapse, Tuberculosis, Tumors or Growths, Ulcers, Venereal Disease, Radiation Treatments, Recent Weight Loss, Renal Dialysis, Rheumatic Fever, Rheumatism, Scarlet Fever, Shingles, Sickle Cell Disease, Sinus Trouble, Spina Bifida, Stomach/Intestinal Disease, Stroke, Swelling of Limbs, Thyroid Disease, Tonsillitis, Cold Sores/Fever Blisters, Congenital Heart Disorder, Convulsions, Yellow Jaundice

Have you ever had any serious illness not listed

I certify that I have read and understand the above questions and have answered the questions to the best of my knowledge. I have asked for an explanation of any terms (words) that I did not know (if any), and my questions have been answered to my satisfaction. I will not hold my dentist, or any of his/her staff, responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form. I also understand that before treatment is provided, I have the right to have benefits, alternatives, and significant risk factors associated with this treatment explained to my satisfaction.

Signature of Patient, Parent or Guardian:

X

Date:



Patient Demographic and Financial Information

Section 1: Client Information

Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____

Date of Birth: _____ Gender: M F (please circle) Social Security #: _____

Language: _____ Race: _____

Ethnicity: Hispanic Non-Hispanic (please circle)

Communication Preference: (please circle) Mail Cell Phone Home Phone Work Phone Other Phone
 Email _____ Text _____ No Preference _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Would you like to receive text message reminders of appointments? Y N

Address: _____ City: _____ State: _____

Country of Birth: _____ Date Arrived in U.S.: _____

Have you lived outside the U.S. longer than 2 months? Y N If yes, What Country? _____

Are you a migrant worker? Y N Are you a seasonal agricultural worker? Y N

Immigration Status: _____ Alien #: _____

Country Mother Born In: _____ Country Father Born In: _____

Highest Level of Education (last grade completed): _____ Are you a military veteran? Y N

Do you have: Medicaid? Y N Private Medical Insurance? Y N Private Dental Insurance? Y N

Section II: Parent/Guardian Information (If client is over 18 go to Section III)

Parent/Guardian Names: _____

Parent/Guardian Address: _____ City: _____ State: _____

Parent/Guardian Home Phone: _____ Parent/Guardian Cell Phone: _____

Section III: Emergency Contacts

Emergency Contact Name: _____

Emergency Contact Address: _____

Emergency Contact Phone: _____

Section IV: Financial Information (List everyone in your household)

Name	Date of Birth	Relationship	Name	Date of Birth	Relationship

Signature: _____ Print Name: _____

Relationship to Client: Self Parent Guardian (please circle) Date: _____

****By signing this form, I give consent for the Florida Department of Health in Okaloosa County to contact the person(s) listed as emergency contact(s) on this form.****



Autorización para que el No-Padre o Tutor Legal Dé Consentimiento para el Exámen o Tratamiento Dental del Niño

Como el padre or tutor legal de

_____, con la fecha de nacimiento de _____, las personas alistadas abajo tienen permiso para llevar a mi hijo al Departamento de Salud del Condado Okaloosa para servicios dentales en caso yo no pueda. (Favor de marcar los que aplican).

- Padres o tutor legal solamente
- Comprehensive Head Start Development del Condado Okaloosa
- _____ (Persona que lo puede traer—debe de tener más de 18 años) _____ (Relación al niño)
- _____ (Persona que lo puede traer—debe de tener más de 18 años) _____ (Relación al niño)
- _____ (Persona que lo puede traer—debe de tener más de 18 años) _____ (Relación al niño)
- _____ (Persona que lo puede traer—debe de tener más de 18 años) _____ (Relación al niño)

Doy mi consentimiento para que las personas nombrados arriba tomen decisiones informadas y autoricen tratamientos dentales para mi hijo, incluyendo pero no limitados a: historial médico, rayos x, limpiezas, selladores, empastes, endodoncia, extracciones de dientes y exámen o tratamiento de emergencia de ser necesario si yo no estoy. Algunos de los tratamientos pueden requerir anestesia local. También entiendo que tengo que revocar este consentimiento por escrito y dar una copia al Departamento de Salud del Condado Okaloosa antes de que puedan dar servicios a mi hijo si cambio de pensar después de firmar este consentimiento.

Padre/Tutor Legal: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Firma del Padre/Tutor Legal Fecha Firma del Testigo Fecha



AUSENCIAS A CITAS

Somos una de las pocas clínicas dentales en el Condado Okaloosa que atiende a los niños que tienen Medicaid. Hay más familias que quieren cuidado dental para sus niños que hay citas disponibles.

Cuando un paciente no viene a la cita o llega tarde, esa cita se pierde. Otro niño pudo haber usado esa cita para el cuidado dental que necesita. Para poder ayudar a todos los niños a conseguir las citas dentales que necesitan, tenemos una nueva Póliza para las Ausencias a Citas.

Si usted tiene que cancelar una cita, debe de llamar a la clínica dental por lo menos 24 horas antes de la cita. Por ejemplo, si la cita es un martes a las 10 de la mañana, debe de llamarnos el lunes (el día antes) antes de las 10 de la mañana. Si su familia tiene 2 o más citas para el mismo día, debe de llamarnos con 48 horas de anticipación para cancelar. Entonces, para 2

citas el martes a la 10 de la mañana, debe de llamarnos el viernes anterior antes de las 10. Esto nos deja poner una cita para otro niño que necesita el cuidado dental. Para cancelar una cita, llame a la clínica dental al (850)689-5593. Puede dejar mensaje para cancelar la cita. Las citas a las cuales no vienen y no se cancelan se consideran ausencias a citas.

Favor de llegar a tiempo para la cita. Si llega tarde, está usando el tiempo de otro niño. Si esto pasa, es posible que hagamos otra cita. Esta también se considera ausencia a cita.

Después de dos (2) ausencias a citas, no se podrá hacer otra cita por seis (6) meses. Después de seis meses, puede llamar para re-inscribirse en el programa dental y sacar cita.

Si un paciente falte dos (2) citas más después de ser readmitido, será despedido del programa dental.

Tendrá que buscar otra clínica dental para citas. Enviaremos el expediente dental del paciente a la nueva clínica dental tan pronto como recibamos su petición por escrito.

Queremos que su hijo tenga el mejor cuidado dental. Trabajamos duro para que el cuidado dental sea disponible a cada paciente. Tratamos de llamar a todas nuestras familias el día antes de su cita programada. Es para recordarle de la cita y dar cualquiera información que necesita antes de la cita.

De ser necesario, trabajamos con la familia para reprogramar las citas lo más pronto posible. Si cambia el número de teléfono, favor de llamarnos para dar el nuevo número.

Yo he leído y entiendo la Póliza para Ausencias a Citas. Todas mis preguntas acerca de esta póliza han sido contestadas. Entiendo que al faltar las citas dentales, perderé la habilidad de hacer citas o

van a despedir a mi hijo del programa.

Firma del padre/tutor

Relación con el paciente

Fecha

Testigo

Fecha



INICIO DE SERVICIOS

PARTES. CONSENTIMIENTO DE LA RELACIÓN CLIENTE-PROVEEDOR

Nombre del cliente; _____

Nombre de la agencia: _____

Dirección de la agencia: _____

Doy mi consentimiento para comenzar una relación entre el cliente y el proveedor. Autorizo al Departamento de Salud y sus representantes a proveer servicios de atención de la salud de rutina. Entiendo que la atención de la salud de rutina es confidencial y voluntaria y podría suponer visitas a consultorios clínicos, lo que incluye obtener mi historia clínica, exámenes, la administración de medicamentos, pruebas de laboratorio o procedimientos menores. Puedo discontinuar la relación en cualquier momento.

PARTE II. CONSENTIMIENTO A LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (solo para fines de operaciones de tratamiento, pago o atención de la salud)

Autorizo a que se utilice y divulgue mi información médica, que incluye registros dentales, información sobre VIH/SIDA, ETS, TB, prevención del abuso de sustancias, información psiquiátrica/psicológica y administración del caso, para operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud.

PARTE III. COMUNICACIONES

Entiendo que el Departamento de Salud (DOH) de Florida utiliza un portal de los pacientes para comunicarse conmigo sobre la atención de mi salud. Para recibir comunicaciones electrónicas sobre la atención de mi salud, debo brindarle mi dirección de correo electrónico al departamento, y luego me contactarán por correo electrónico para que cree una cuenta en el portal.

Entiendo que debo aceptar los términos y condiciones de uso asociados con el portal cuando cree mi cuenta. Entiendo que el portal está protegido con contraseña y que soy responsable de mantener la confidencialidad de mi nombre de usuario y contraseña, y de todas las actividades que se realicen a través de mi cuenta en el portal. Entiendo que recibiré correos electrónicos que me avisarán que el DOH ha enviado información al portal.

_____ Coloque sus iniciales aquí para autorizar y dar su consentimiento expreso al DOH para que ponga su información médica a su disposición mediante el portal.

Dirección de correo electrónico: _____

Entiendo que tengo el derecho de detener la participación en el portal en cualquier momento, ya sea eliminando mi dirección correo electrónico o cerrando mi cuenta en el portal.

_____ Coloque sus iniciales aquí para eliminar su dirección de correo electrónico del sistema del DOH y dejar de recibir información por el portal.

PARTE IV. CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y SOLICITUD DE PAGO DE MEDICARE (Solamente aplica a Clientes de Medicare)

Como el Cliente/Representante que firma al pie, certifico que la información que brindé al presentar una solicitud de pago conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia arriba mencionada a divulgar mi información médica a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios/aseguradoras para este reclamo o un reclamo relacionado bajo Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia arriba mencionada y la autorizo a presentar un reclamo a Medicare para recibir su pago.

PARTE V. CESIÓN DE BENEFICIOS (Solamente aplica a Terceros Pagadores)

Como el Cliente/Representante que firma al pie, cedo a la agencia arriba nombrada todos los beneficios brindados conforme a cualquier plan de atención de la salud o póliza de gastos médicos. La suma de dichos beneficios no superará los cargos médicos establecidos por el cronograma de gastos aprobados. Todos los pagos en virtud de este párrafo deben realizarse a la agencia anterior. Soy personalmente responsable de cubrir los gastos que no cubra esta cesión.



Consentimiento Informado para el Tratamiento Dental

Cuando se hace cualquier tratamiento dental, siempre hay riesgo de complicaciones debido a problemas inesperados.

El dentista me ha explicado la condición dental de mi hijo y el tratamiento propuesto. Yo entiendo los riesgos del tratamiento, incluso los riesgos que son particular a mi hijo, y los resultados probables. El dentista me ha explicado otras opciones pertinentes de tratamiento y sus riesgos asociados. El dentista también me ha explicado el pronóstico para mi hijo y los riesgos de NO HACER el tratamiento.

Pude hacer preguntas y dar las preocupaciones al dentista acerca de la condición de mi hijo, el tratamiento y sus riesgos, y las opciones de tratamiento. Estos han sido discutidos y contestados a mi satisfacción.

Yo entiendo que durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o hacer procedimientos adicionales debido a las condiciones encontrados mientras trabajando en los dientes. Estas condiciones no se pueden anticipar. El más común de éstas es la necesidad de hacer la endodoncia, que se encuentra cuando se se está poniendo el empaste rutinario. Doy permiso al dentista cambiar el plan o hacer cosas adicionales que son necesarias para cumplir con las necesidades dentales de mi hijo.

Yo entiendo que la odontología no es ciencia exacta; por eso, el dentista no puede garantizar completamente los resultados. Por la presente, doy consentimiento para el tratamiento dental alistado en el plan dado.

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha de hoy

Firma del dentista

Fecha

Client Name: _____

DOB: _____



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A LA MISMA. LÉALO DETENIDAMENTE.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información médica protegida incluye información demográfica y médica relacionada a la salud física o mental pasada, presente o futura de una persona. La información demográfica podría incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número del seguro social y otros medios para identificarlo a usted como una persona específica. La información médica protegida contiene información específica que identifica a una persona o se puede usar para identificar a una persona.

La información médica protegida es información médica creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, empleador o centro de intercambio de información sobre servicios médicos. El Departamento de Salud puede actuar como cada uno de los tipos de comercios anteriores. Esta información médica es usada por el Departamento de Salud en muchas formas en el desempeño de actividades comerciales normales.

Su información médica protegida puede ser usada por el Departamento de Salud para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. *Los profesionales de atención médica usan la información médica en las clínicas y hospitales para cuidar de usted. Su información médica protegida puede compartirse, con o sin su autorización, con otro proveedor de atención médica para propósitos de su tratamiento. El Departamento de Salud puede usar o divulgar su información médica para el manejo de su caso y servicios. El Departamento de Salud, clínica u hospital pueden enviar la información médica a compañías aseguradoras, Medicaid o agencias de la comunidad para pagar por los servicios que le proporcionan.*

Cierto personal del departamento puede usar su información para mejorar las operaciones de atención médica del departamento. El departamento también puede enviarle recordatorios de citas, información sobre opciones de tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con la salud.

Cierta información médica protegida puede divulgarse sin su autorización escrita según lo permita la ley. Tales circunstancias incluyen:

- Reportar el abuso a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Investigaciones relacionadas con un menor desaparecido.
- Auditorías e investigaciones internas por parte de las oficinas, divisiones y dependencias del departamento.
- Investigaciones y auditorías por parte del Inspector General y Auditor General del estado, y la Oficina de Análisis de las Políticas del Programa y Contraloría General de la legislatura.

- Propósitos de salud pública, que incluyen estadísticas demográficas, reporte de enfermedades, supervisión de salud pública, investigaciones, intervenciones y regulación de profesionales médicos.
- Investigaciones del médico forense de distrito;
- Investigación aprobada por el departamento.
- Órdenes de un tribunal, órdenes judiciales y citaciones;
- Propósitos de aplicación de la ley, investigaciones administrativas, y procesos legales y administrativos.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida por parte del departamento requieren su autorización escrita. Esta autorización tiene una fecha de vencimiento y usted la puede revocar en forma escrita. Estos usos y divulgaciones pueden ser para fines de mercadeo e investigación, ciertos usos y divulgación de notas del psicoterapeuta y la venta de información médica protegida que resulta en remuneración para el Departamento de Salud.

DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene derecho a solicitar al Departamento de Salud que restrinja el uso y la divulgación de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede limitar las divulgaciones a las personas involucradas en su atención. El departamento no está obligado a aceptar las restricciones. Sin embargo, en situaciones en las que usted o alguien más en su nombre pagan por la totalidad de un artículo o servicio, y usted solicita que la información relacionada con dicho artículo o servicio no se divulgue a una compañía aseguradora, el Departamento aceptará la restricción solicitada.

Tiene derecho a que le garanticen que su información se mantendrá confidencial. El Departamento de Salud se comunicará con usted en la forma y a la dirección o número de teléfono que usted elija. Es posible que se le pida que presente su solicitud por escrito. Si usted es responsable de pagar por los servicios, puede proporcionar una dirección que no sea la de su residencia donde puede recibir correo y donde podamos comunicarnos con usted.

Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica protegida. La inspección que usted haga de la información se hará bajo supervisión y en un lugar y hora definidos. Puede denegársele el acceso según lo especifique la ley. Si se le niega el acceso, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de un profesional de atención médica certificado que no haya estado involucrado en la decisión de denegar el acceso. El departamento será el encargado de designar a este profesional de atención médica certificado.

Tiene derecho a corregir su información médica protegida. La solicitud de corregir su información médica protegida debe hacerse por escrito e indicar un motivo que respalde la corrección que solicita. El Departamento de Salud puede denegar su solicitud, en su totalidad o en parte, si determina que la información médica protegida:

- No fue creada por el departamento.
- No es información médica protegida.
- Por ley, no está disponible para que usted la inspeccione.
- Es precisa y completa.

Si se acepta la corrección, el departamento hará la corrección y le informará a usted y a otros que deben estar enterados de la misma. Si se deniega la corrección, puede enviar una carta

donde detalla el motivo por el cual no está de acuerdo con la decisión. El departamento responderá a su carta por escrito. También puede presentar una queja, tal como se describe más adelante en la sección de quejas.

Tiene derecho a recibir un resumen de ciertas divulgaciones que el Departamento de Salud pueda haber hecho de su información médica protegida. Este resumen no incluye:

- Divulgaciones que le hayan hecho a usted.
- Divulgaciones hechas a las personas involucradas en su atención.
- Divulgaciones autorizadas por usted.
- Divulgaciones hechas para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Divulgaciones para salud pública.
- Divulgaciones para fines normativos de profesionales médicos.
- Divulgaciones para reportar el abuso a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Divulgaciones previas al 14 de abril de 2003.

Este resumen sí incluye:

- Divulgaciones con fines de investigación, distintos a los que usted autorice por escrito.
- Divulgaciones en respuesta a órdenes de un tribunal, órdenes judiciales y citaciones.

Puede solicitar un resumen de un período de menos de 6 años desde la fecha de su solicitud.

Si recibió este Aviso de prácticas de privacidad en formato electrónico, tiene derecho a solicitar una copia impresa.

El Departamento de Salud puede enviarle un correo o llamarle para recordarle de citas de atención médica.

RESPONSABILIDADES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Por ley, el Departamento de Salud está obligado a mantener la privacidad de su información médica protegida. Este Aviso de prácticas de privacidad explica cómo se puede usar su información médica protegida y cómo el departamento la mantiene privada y confidencial. Este aviso explica las prácticas y responsabilidades legales relacionadas a su información médica protegida. El departamento tiene la responsabilidad de informarle luego de una violación de la seguridad de su información médica protegida.

Como parte de las responsabilidades legales del departamento, se le debe entregar este Aviso de prácticas de privacidad. El departamento está obligado a cumplir con los términos vigentes del Aviso de prácticas de privacidad.

El Departamento de Salud puede cambiar los términos de este aviso. El cambio, si se hace, aplicará a toda la información médica protegida que mantiene. Los avisos de prácticas de privacidad nuevos o enmendados se publicarán en el sitio web del Departamento de Salud en www.myflorida.com y estarán disponibles por correo electrónico y en todos los edificios del

Departamento de Salud. También hay disponibles otros documentos que explican en más detalle sus derechos a inspeccionar y copiar y enmendar su información médica protegida.

QUEJAS

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad en cuestiones médicas, puede presentar una queja ante el Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141 y con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ teléfono 202-619-0257 o línea de llamada gratuita 877-696-6775.

La queja se debe hacer por escrito, describir los actos u omisiones que considera que violan sus derechos de privacidad, y presentarse dentro de los 180 días después de enterarse o de cuando debió haber sabido que ocurrió el acto o la omisión. El Departamento de Salud no tomará represalias en su contra por presentar una queja.

PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL

Las solicitudes de información adicional sobre los temas cubiertos por este aviso pueden dirigirse a la persona que le entregó el aviso, al director o administrador de la oficina del Departamento de Salud donde recibió este aviso o al Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141.

FECHA DE VIGENCIA

Este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigencia a partir del 1 de julio del 2013 y se mantendrá vigente hasta que se pruebe y publique un nuevo Aviso de prácticas de privacidad.

REFERENCIAS

“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule.” 45 CFR Partes 160 a164. *Federal Register* 65, no. 250 (28 de diciembre, 2000).
“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule” 45 CFR Partes 160 a 164. *Federal Register*, Volumen 67 (14 de agosto, 2002).
HHS, modificaciones a las Reglas de aviso de violación, privacidad, seguridad y aplicación de HIPAA de acuerdo con la Ley de tecnologías de la información para la salud económica y clínica y la Ley de no discriminación por información genética, otras modificaciones a las Reglas de HIPAA, 78 Fed. Reg. 5566 (25 de enero, 2013).