Fecha de hoy: / /

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Apellido Primer Nombre Segunda Inicial

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

_____ _____
Dirección: **# de Apartamento**

_____ _____ _____ _____
Ciudad **Estado** **Código Postal** **Condado**

Teléfono de casa: _____-_____-_____
Teléfono celular: _____-_____-_____
Teléfono de trabajo: _____-_____-_____
Otro: _____-_____-_____
Dirección de correo electrónico:: _____

☐ Masculino
☐ Femenino

☐ Niño/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a
☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

Nombre de la escuela a la que asiste el paciente: _____

Raza:
☐ Blanco ☐ Negro/Afro-Americano ☐ Asiático
☐ Indígena Americano ☐ Otro : _____

Etnicidad: ☐ Hispano ☐ No-Hispano

Idioma Preferido:
☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro:_____

Información de Referencia: *A quien le podemos agradecer por referirlo a nuestra práctica?*
☐ Amigo ☐ Páginas Amarillas
☐ Miembro de la familia ☐ Volante/Evento Comunitario
☐ Personal de CHA ☐ Servicios Sociales (DSS)
☐ Escuela o enfermera escolar ☐ CMC-NE Urgencias
Centros de Salud:
☐ China Grove
☐ McGill
☐ Logan
Cabarrus Health Alliance Dept:
☐ Maternidad ☐ Embarazo Centrado ☐ WIC ☐ Pediatría ☐ Coordinación de Servicios 4 Niños (CC4C)

PADRE / TUTOR LEGAL (si el paciente es un niño/a):

_____ **# de Seguro Social**
Apellido **Primer Nombre** **Segunda Inicial**

_____ **# de Seguro Social**
Apellido **Primer Nombre** **Segunda Inicial**

En mi ausencia, la persona que tiene mi permiso de traer a mi hijo/a su cita dental o con el/la cual está aprobado para discutir acerca de mi tratamiento dental es: ******Yo entiendo que si el plan de tratamiento de mi hijo/a cambia durante su visita, su cita puede ser <u>pospuesta</u> hasta que los cambios en el tratamiento hayan sido discutidos con el padre y/o guardián legal******

Nombre:	**Parentesco:**
Nombre:	**Parentesco:**

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Por favor marque ☑ todas las que correspondan) ☐ **Medicaid** ☐ **NC Health Choice** ☐ **Privado**

Compañía de Seguro Dental: _____ Nombre del dueño de póliza: _____

de Teléfono del Seguro: _____ Fecha de nacimiento del dueño: _____/_____/_____

de ID: _____ # de Seguro Social del dueño: _____-_____-_____

Empleador: _____ Relación al Paciente: _____

AVISO DE PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

Al firmar abajo, estoy reconociendo que:

Soy el paciente o el representante personal del paciente ;
He recibido una copia (a pedido) del "Aviso de Prácticas de Privacidad" para el Departamento de Salud del condado/districto de Cabarrus;
Entiendo que puedo contactar a la persona nombrada en el aviso si tengo preguntas sobre el contenido del aviso.

X_____ _____ _____

Firma del paciente o del padre/ guardián legal/persona legalmente responsable *Fecha* *Descripción de la relación al paciente*

TO BE COMPLETED BY STAFF

Complete all applicable parts—Please refer to instructions

Part 1. Complete if signature requested but not obtained:

Staff member sought but was unable to obtain an acknowledgment from the patient or the patient's personal representative for the following reason:
Patient/personal representative refused to sign form
Other _____

Part 2. Complete if patient/personal representative unavailable to sign form on first date of service delivery:

Form mailed/sent to patient/personal representative on _____
Date

Part 3. Complete if either Part 1 or Part 2 completed:

_____
Signature of staff member

DHHS 3096 S (Revised 01/13) LTAT (Review 1/13)

CABARRUS HEALTH ALLIANCE

300 Mooresville Rd – Kannapolis, NC 28081
280 Concord Pkwy S. Suite 110-A – Concord, NC 28027
Phone: 704-920-1070 Fax: 704-920-1071