

Fecha: _____

PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Femenino Masculino
Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ Email: _____
Numero del telefono: _____ Numero alternativo: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Zip: _____
Nombre del dentista Previo/Actual: _____
Como supo de nuestra oficina: _____
Familiares que se han visto con nosotros: _____

INFORMACION DEL ESPOSO O ESPOSA/PADRE O MADRE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Numero de telefono: _____ SS#: _____
Relacion: _____

SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre del subscriptor: _____ Relacion: _____
Fecha de Nacimiento: _____ SSN#: _____ Trabajo: _____
Nombre del Seguro: _____
ID: _____ Grupo: _____

SEGURO DENTAL SEGUNDARIO

Nombre del subscriptor: _____ Relacion: _____
Fecha de Nacimiento: _____ SSN#: _____ Trabajo: _____
Nombre del Seguro: _____
ID: _____ Grupo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relacion: _____
Numero de telefono: _____

Entiendo que la informacion que he dado hoy es correcta basado en mi conocimiento. Tambien entiendo que soy responsable de comunicarme con la oficina si existe algun cambio en mi estado medico o informacion personal. Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios que recibo que si la oficina participa en la red de mi Seguro, entiendo que soy responsable por cualquier copago o deducible.

Firma: _____ Fecha: _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente trata el área alrededor de su boca, su boca es parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un medico ahora? Sí No En caso afirmativo, explicar: _____
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? Sí No En caso afirmativo, explicar : _____
- ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? Sí No En caso afirmativo, explicar : _____
- ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o Drogas? Sí No En caso afirmativo, explicar : _____
- ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Sí No
- Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? Sí No
- Esta usted en una dieta especial? Sí No
- ¿Usa tabaco? Sí No
- ¿Usted usa sustancias controladas? Sí No

¿Está usted Embarazada o tartando o quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos? Sí No Está amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

- Aspirina Penicilina Codeina Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
- Otros En caso afirmativo, sirvase explicar: _____

¿ Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|--|---|-----------------------------------|---|
| SIDA/HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diálisis renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B or C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula artificial del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos/vertigo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades | <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 | Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes genital | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la valvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falla del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulacion de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sopio cardiac | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ulceras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades Venereas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ictericia Amarilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No Explicar: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi estado medico.

Firma: _____ Fecha: _____



HIPPA AUTORIZACION DE UNO O DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

La ley requiere mantener su privacidad, darle esta informacion y seguir los terminos en esta carta. Esta informacion describe como su informacion medica puede ser usada, divulgada y como uste puede acceder su informacion.

La ley nos permite divulgar su informacion medica con las personas involucradas en su tratamiento. Por ejemplo: una revision de su archivo por un especialista a quien podamos agregar a su caso y cuidado. Puede que usemos o divulguemos su informacion medica para obtener pago por los servicios prestados. Por ejemplo: si usted tiene seguro dental, puede que enviemos un reporte de su progreso a su seguro dental. Puede que tambien compartamos informacion con nuestros profesionales, asi como el departamento de cuentas. Tendremos un contrato escrito con cada profesional que los requiera para proteger su privacidad. Todos los registros que contengan informacion medica o personal seran triturados si no se necesitan, y toda la informacion necesaria sera protegida.

Puede que usemos o divulguemos informacion para contactarlo a usted. Por ejemplo: enviandole una carta con cualquier tipo de informacion. Tambien lo llamaremos para confirmar el dia y la hora que temenos reservada para su cita dental. Si usted no se encuentra en casa, podremos dejar un mensaje en el buzón de mensajes or con la persona quien conteste el telefono. Puede que necesitemos contactarnos con usted de vez en cuando. Usaremos la direccion y telefono de su preferencia. En caso de emergencia, podremos divulgar informacion medica a su contacto de emergencia o alguna otra persona responsable de su cuidado.

Puede que podamos liberar un poco o toda la informacion medica requerida por la ley. Si esta oficina es vendida, su informacion sera propiedad de los nuevos duenos. Excepto como descrito mas arriba, esta oficina no usara o divulgara su informacion medica sin su autorizacion escrita. Usted puede pedir en escrito que no usemos o divulguemos su informacion en la formas antes mencionadas.

Usted tiene el derecho de saber de algun uso o divulgacion que hagamos con su informacion medica que vaya mas alla de los usos normales.

Usted tiene el derecho de transferir copias de su informacion medica a otra oficina. Le enviaremos los documentos por usted. Necesitaremos su firma y autorizacion antes de enviar algun tipo de document.

Yo, _____ he leído el contenido de esta autorizacion, y confirm que es consistente con mis intenciones. Entiendo que al firma esta autorizacion, estoy permitiendo que "The Denture Place" libere, use o divulgue mi informacion medica protegida.

Firma: _____ **Fecha:** _____



ACUERDO FINANCIERO

Gracias por elegirnos como su oficina dental. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Por favor entienda que pagos a su cuenta seran considerados como parte de su tratamiento. La siguiente informacion se trata sobre nuestras reglas financieras que requieren que las lea cuidadosamente y las firme antes de proveerle cualquier tratamiento.

GENERAL

Entienda que sin importar el estado de su seguro dental, usted es responsable por cualquier balance pendiente en su cuenta. Usted es responsable for cualquier servicio profesional que se le preste. Estos incluyen pero no son solo limitados a: tarifas dentales, procedimientos de cirujias, examines, procedimientos en la oficina, medicamentos, y tambien otros servicios que no sean necesariamente prestados por el dentista.

CITAS PERDIDAS

A menos que recibamos notificacion con 48 horas de anticipacion, se le cobrara \$50.00. Por favor ayudenos a dar el mejor servicio manteniendo sus citas.

SEGURO DENTAL

Por favor recuerde que su poliza es un contrato entre usted y su seguro. Nosotros no formamos parte de ese contrato. Como cortesia hacia usted, nuestra oficina ofrece ciertos servicios, incluyendo estimados de tratamiento lo cual podemos enviar a su Seguro a su peticion. Es fisicamente imposible para nosotros tener completo conocimiento sobre su plan y saber cualquier detalle y aspect sobre su plan. **Depende de usted contactar a su seguro y preguntar lo beneficios que su trabajo le este brindando en su plan.** Si usted tiene preguntas referente a los estimados y/o tarifas por los servicios, es su responsabilidad que sus preguntas queden claras antes de empezar con cualquier tratamiento para minimizer cualquier confusion de su parte.

Por favor sepa que algunos o todos los servicios que proveemos puede y puede que no este cubiertos por su plan dental. Cualquier balance es su responsabilidad sin importar si su seguro envie o no pago por sus servicios. Cualquier diferencia no cubierta por su seguro, es su responsabilidad.

Pago: Su pago completo es necesario el dia de su cita. Si tiene seguro, SU PORCION and DEDUCIBLE estan pendientes el dia de su cita, a menos que se haya acordado algo diferente.

Aceptamos **VISA, MASTER CARD, AMERICAN EXPRESS, DISCOVER, EFECTIVO, CHEQUES, CARECREDIT** y mas.

Firmando este acuerdo financiero, entiendo, he leído y estoy de acuerdo con lo explicado arriba.

Firma: _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS

Yo, _____ autorizo a "The Denture Place" a usar mis fotos y videos (sonrisa solamente), sin mi nombre con el propósito de representación educativa y de ejemplo ("Tomas de antes y después") en publicaciones que pueden incluir pero no se limitarán a: publicaciones electrónicas, publicidad, promociones, contenido de sitios web, redes sociales y otras formas similares, sin compensación o reconocimiento.

He leído y entendido lo de arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE SALUD Y CUIDADO

Debido a que la odontología es un servicio tan personalizado, una buena relación entre el dentista y el paciente es de vital importancia. Creemos en una relación de comunicación mutua, confianza y comprensión. El comportamiento disruptivo o inapropiado, como el abuso verbal o físico, la destrucción de la propiedad de la oficina o las acusaciones y afirmaciones falsas con la intención maliciosa de dañar la reputación, darán lugar a la terminación del paciente en nuestra oficina. Estos comportamientos afectan nuestra capacidad de brindar la mejor atención para usted y otros pacientes.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo el contenido de este acuerdo.

Firma: _____ Fecha: _____



CITAS PERDIDAS

Cada vez que un paciente pierde una cita sin avisarnos apropiadamente, otro paciente pierde la oportunidad de recibir cuidados.

Debido a la cantidad de pacientes y la disponibilidad limitada de citas, tenemos una tarifa para citas perdidas que requiere cancelación con 48 horas de anticipación. Nosotros no agendamos doble citas a la misma hora, la hora de su cita está reservada exclusivamente para usted.

Cualquier cita que sea perdida, tendrá un cargo de \$50.00. Este balance será su responsabilidad, ya que los seguros dentales no consideran citas perdidas.

Al firmar, certifico que he leído y entiendo las reglas de la oficina.

Firma: _____ Fecha: _____