

Historical Medico

Fecha: _____

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL

Número de seguro social _____ Sexo M / F Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Información de la Persona Responsable:

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Estado Marital _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de licencia de conducir _____ Telefono (casa) _____ Celular _____

Fecha de nacimiento _____ Relación al paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____

Nombre/Dirección/Teléfono del pariente más cercano que no viva con usted _____

Cómo escuchó acerca de nosotros? _____

Razón por la cual nos visita hoy _____

Fecha de la última visita dental _____ Razón _____

Ha tenido alguna vez una experiencia en alguna oficina de dentistas que nos quiera relatar? SI NO

Si La respuesta es sí, por favor explíquenos: _____

Le sangran las encías o las siente irritadas o sensitivas? SI NO

Están sus dientes sensitivos al calor, frio, dulces, presión? SI NO Estas interesado en usar Ortodoncia? SI NO

Nombre y dirección de su medico _____

Actualmente toma alguna medicina con o sin receta? _____

Si es mujer, esta Embarazada? SI NO # de semanas: _____

Marque cualquier que haya tenido o tenga en este momento:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Se le marca la piel fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Problema de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata | <input type="checkbox"/> Medicina con cortisona |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Nerviosidad | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Marcador de latidos del corazón |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Dolor en las quijadas | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> VIH+ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón |
| <input type="checkbox"/> Sonidos del corazón irregulares | | | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las células rojas en la sangre |

Marque cualquiera de las siguientes medicinas a las que Ud es alérgico:

- | | | | |
|------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirinas | <input type="checkbox"/> Droga de sulfa | <input type="checkbox"/> Codeína o otros narcóticos | <input type="checkbox"/> Alergia de látex |
| <input type="checkbox"/> Yodo | <input type="checkbox"/> Anestesia local | <input type="checkbox"/> Penicilina o otros antibióticos | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Al mayor conocimiento, todas las anteriores respuestas son ciertas y correctas. Si en algún momento yo tengo algún cambio en mi salud o algún cambio en las medicinas que yo tomo yo le informare a mi dentista en la próxima cita:

Firma del Paciente/Padre/Guardian

DR SIGNATURE:

Date:

FORMA DE CONSENTIMIENTO HIPAA

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Yo entiendo que tengo ciertos derechos a limitar información con respecto a mi salud. Estos derechos son dados a mi bajo la Transportabilidad de Seguro de Enfermedad y Acto de Responsabilidad (HIPAA) de 1996. Entiendo que firmando este consentimiento le autorizo utilizar y a divulgar mi información protegida de salud para realizar:

- * Tratamiento (incluyendo directo e indirecto por otros proveedores de asistencia sanitaria implicados en mi tratamiento)
- * Obteniendo pagos de pagadores de terceros (e.g. mi compañía de seguros)
- * Las operaciones diarias de la asistencia de su práctica.

He sido informado también de, y dado el derecho de revisar y asegurar una copia de la Nota de Practicas de privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información, y bajo mi derecho de HIPAA. En ella entiendo que usted merece el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo contactar esta práctica para obtener la copia más actual de este aviso.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar que las restricciones en como mi información protegida de salud se utiliza y es revelada para llevar a cabo tratamiento, pago, y operaciones de salud, pero eso no le requiere estar acuerdo con estas restricciones solicitadas. Sin embargo, ningún uso de la revelación que ocurrió antes de la fecha que yo revoco este consentimiento no se afecta.

Firma: _____

Fecha: _____

POLIZAS

Para evitar mal entendidos y reducir costos, nuestra oficina ha implementado lo siguiente referente a su cuenta y el procedimiento de cobrar a su aseguranza.

ASEGURANZA

Es importante entender que las aseguranzas son formadas para reducir el costo de su bolsillo, no eliminar el costo total. Lea su poliza para asegurarse de los beneficios y limitaciones. Al tiempo de su visita, será requisito pagar el porcentaje de su tratamiento dental. Usted es responsable por el total de su cuenta, sin importar su cobertura.

CITAS

Haremos lo posible por citarles a su conveniencia. **Favor de notificarnos con 24 horas de anticipación si piensa en cancelar su cita.** Favor de asistir a sus citas!

ARREGLOS FINANCIEROS

Pago se requiere al tiempo de su visita. Aceptamos Visa, MasterCard, o efectivo. Si su cuenta se manda a colección, se le aplicara un cargo más intereses y cargos de abogado.

He leído y entendido lo anterior, y acepto responsabilidad de mi cuenta como delineado. Autorizo dar información necesaria para mandar cobrar a mi seguro dental.

Firma: _____ Fecha : _____