

Información Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellido, Primer Inicial del Segundo Nombre (Nombre preferido)

Sexo: _____ Casado/a Soltero/a Niño/a Otra: _____

Numero Seguridad Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Celular): _____

Horario Preferido para sucita: Mañana Tarde Cualquier Hora Lunes Martes Miércoles

Dirección de la casa: _____
Calle Apartamento #

Ciudad Estado Código Postal

Correo Electronico: _____

Cambio de poliza en la oficina: Yo, _____ (NOMBRE DE PACIENTE/GUARDIAN) comprendo que desde ahora habrá un cargo de \$25 dólares por paciente, si cancelo una cita con menos de 24 horas de anticipación. Apreciamos su entendimiento y paciencia mientras que implementamos esta nueva política.

Historia de Salud

¿Cuándo fue su última visita al dentista?: _____ ¿Porque está aqui ahora?: _____

¿Usted ha tenido algunavez lo siguiente? Por favor marque el que aplique:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Crecimientos | <input type="checkbox"/> Esta usted embarazada | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | Fecha de Parto: _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de la |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Lesiones en la Cabeza | <input type="checkbox"/> Tratamiento de | Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | Radiacion | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Coyonturas artificiales | <input type="checkbox"/> Murmullos de Corazón | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea |
| <input type="checkbox"/> Asma | (Soplos) | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Alergia a la Codeína |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis _____ | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Alergia a Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Problemas del Seno | OTRA: |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ictericia | Nasal | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Problemas del | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | Estómago | |
| <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo | Trastorno Mental | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Desorden nervioso | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Marcapasos | | |

• Ha tenido problemas serios asociados con tratamiento dental? Sí No
 Si contesta afirmativamente, explique: _____

• Durante los últimos dos (2) años ha sido hospitalizado? Sí No
 Si contesta afirmativamente, explique: _____

• Está ahora bajo atención médica Sí No El nombre y domicilio de el médico: _____
 Si contesta afirmativamente, explique: _____

• Lista de medicamentos: _____

• Tiene usted alguna problema de salud no enumerado anteriormente que usted crea que yo deba saber? Sí No
 Si contesta afirmativamente, explique: _____

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas e información anteriores proporcionadas están verdaderas y correctas. Si tengo algún cambio en mi salud, informaré a los doctores en la cita siguiente sin falta.

 FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR LEGAL (SI EL PACIENTE ES MENOR DEL EDAD) Fecha: _____

Información de remisión

¿Aquién podemos agradecer por referirle a nuestra práctica? Otro paciente, amigo Otro paciente, familia

Nombre de la persona o de la oficina que le refirio a nuestra práctica: _____

Oficina Dental Paginas Amarillas Periódico Escuela Trabajo Otra _____

Información de empleo

Lo que sigue es para:

Nombre del Patrón: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____

Calle

Ciudad,

Estado

Código Postal

teléfono

Información de la Persona Responsable

Lo que sigue es para:

Nombre: _____

Masculino Femenino

Casado/a Soltero/a Niño/a Otra _____

Numero Seguridad Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____

Domicilio: _____

Calle

Apartamento #

Ciudad

Estado

Código Postal

Información del Seguro

Primario

Nombre de asegurado: _____ Se asegura el paciente? Yes No

Apellido

Primer

Inicial del Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Dirección de la casa del asegurado: _____

Calle

Ciudad

Estados

Código Postal

Numero de Teléfono del empleador: _____

Dirección de la compañía del empleador: _____

Calle

Ciudad

Estados

Código Postal

Relación del paciente con el asegurado: Mismo Esposa Hijo Otra

Nombre y Dirección de la compañía del seguro: _____

Secundario

Nombre de asegurado: _____ Se asegura el paciente? Yes No

Apellido

Primer

Inicial del Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento de Asegurado: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Dirección de la casa del asegurado: _____

Calle

Ciudad

Estados

Código Postal

Numero de Teléfono del empleador: _____

Dirección de la compañía del empleador: _____

Calle

Ciudad

Estados

Código Postal

Relación del paciente con el asegurado: Mismo Esposa Hijo Otra

Nombre y Dirección de la compañía del seguro: _____

Consentimiento para los Servicios

Como condición de su tratamiento por esta oficina, las medidas financieras se deben tomar por adelantado. La práctica depende de desembolsos de los pacientes para los costes contraídos en su cuidado; la responsabilidad financiera de cada paciente debe ser resuelta antes del tratamiento. Todos los servicios dentales y/o de emergencia se realizaron sin arreglos financieros anteriores, se deben pagar en efectivo cuando se llevan a cabo los servicios. Un precio de servicio de 1 ½ % por el mes (el 18% per annum) en el equilibrio sin pagar será cargado en todas las cuentas que exceden 60 días a menos que se satisfagan los arreglos financieros anteriormente escritos. Todas las estimaciones del honorario enumeradas para cualquier cuidado dental pueden solamente ser extendidas por un semestre a partir de la fecha de la examinación del paciente.

Los pacientes que llevan seguro dental entienden que todos los servicios dentales equipados están cargados directamente al paciente y ése él es personalmente responsable del pago de todos los servicios. Esta oficina ayudará a preparar las formas del seguro de los pacientes o a asistir a hacer colecciones de las compañías de seguros y acreditará tales colecciones al patient' cuenta de s. Esta oficina no puede, sin embargo, esta oficina dental no puede hacer servicios en la asunción que nuestras cargas serán pagadas por una compañía de seguros.

Entiendo que la estimación del honorario enumerada para este cuidado dental puede solamente ser extendida por un período de seis meses a partir de la fecha de la examinación paciente.

En la consideración para los servicios profesionales hechos a mí, o conforme a mi petición, por el doctor, acuerdo pagar por lo tanto el valor razonable del doctor dicho dicho de los servicios, o a su cesionario, cuando se hacen los servicios dichos, o en el plazo de cinco (5) días de facturación si el crédito es extendido. Convengo más lejos que el valor razonable de los servicios dichos estará según lo mandado la cuenta a menos que sea opuesto a, por mí, en la escritura, dentro de la época para el pago de eso. Convengo más lejos que una renuncia de cualquier abertura de en cualquier momento o condicio abajo no constituiré una renuncia de cualquier término más otro o condicionar y acuerdo más lejos pagar todos los costes y honorarios razonables del abogado si el juego se instituya abajo.

Concedo mi permiso usted o a su cesionario, para llamarme por teléfono en el país o en mi trabajo para discutir las materias relacionadas con esta forma.

He leído las condiciones antedichas del tratamiento y del pago y convengo su contenido.

Fecha: _____ Relación al paciente: _____

Firma del paciente, del padre o del guardian

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRACTICA PRIVADA

Entiendo que, bajo el aislamiento del seguro médico y Acto de la responsabilidad de 1996 (HIPPA), tengo cierto derecho a la intimidad con respecto a mi información de la salud. Entiendo que esta información puede y será utilizada:

- En conducir, planear y dirigir mi tratamiento y continuar entre los múltiples proveedores de asistencia sanitaria que estén implicados en mi tratamiento directamente e indirectamente
- Obtener el pago de terceras personas
- Conducir operaciones normales del cuidado médico tales como exámenes de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y entendido que su aviso del aislamiento de prácticas privadas contienen una descripción más completa de las aplicaciones y de las divulgaciones de mi información de la salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su aviso de las prácticas de aislamiento privacidad de vez en cuando y que puedo entrar en contacto con esta organización en cualquier momento en la dirección arriba para obtener una copia actual del aviso de las prácticas de aislamiento (privacidad).

Entiendo que puedo pedir por escrito que usted restrinja cómo mi información privada sea utiliza o da divúlguela para realizar el tratamiento, el pago, u operaciones del cuidado médico. También entiendo que usted no requiere convenir a mis restricciones requiere, pero que si usted acepta, usted esta dispuesto a respetar mis restricciones.

Nombre del Paciente: _____

Relación al Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Intento obtener la firma del paciente en el reconocimiento de este aviso del reconocimiento de las prácticas de la aislamiento (privacidad) fue posible como esta documentado en lo siguiente

Fecha:

Inicial:

Razón:

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO

DROGAS, MEDICAMENTOS, Y ANESTESIA:

Entiendo que los antibióticos, las analgesias, y otros medicamentos pueden causar reacciones adversas, algunos cuyo sea, pero no se limitana a, rojez e hinchazón de tejidos, dolor, picazón, vomito, mareos, aborto involuntario, fallo cardiaco.

Entiendo que los medicamentos, las drogas y los anestésicos pueden causar mareos y la carencia de coordinación, que se puede aumentar en el uso del alcohol y de drogas, he sido avisado de no consumir alcohol, ni condycir cualquier vehículo o dispositivo peligroso mientras que tome los medicamentos hasta recuperado completamente de sus efectos (ésta incluye un período por lo menos de veinticuatro [24] horas después de mi lanzamiento de la cirugía.)

Entiendo que de vez en cuando, con la inyección del anestésico local, puede haber prolongada, anestesia, entumecimiento, e irritación persistentes en las áreas de inyección. Entiendo que si selecciono para utilizar el óxido nitroso, el hidrato de "Atarax", de Chloryl, "Zanax", o cualquier otro sedativo, los riesgos posibles incluyen, pero no están limitados a, pérdida del sentido, obstrucción de la vía respiratoria, choque anafiláctico, y fallo cardiaco, entiendo que alguien necesita mantenerme bajo observación por un período de 8 a 10 horas, después de mi cita dental, para observar posibles efectos secundarios, tales como obstrucción de la vía respiratoria.

Iniciales _____

HIGIENE Y PERIODONTITIS (TEJIDO Y PERDIDA DE HUESO):

Entiendo que el éxito del tratamiento y del estado de mi condición oral depende de mis esfuerzos en la higiene oral apropiada (es decir cepillando y usando el hilo dental) y las visitas regulares de mantenimiento.

PERIODONTITIS - Entiendo que tengo una condición seria, causando la inflamación de mis encías y/o pérdida del hueso, y que puede llevar a la pérdida de mis dientes y de otras complicaciones, los varios planes del tratamiento se me han explicado a mí, incluyendo cirugía de las encías, los reemplazos y/o las entiendo, yo también entiendo que aunque este el tratamiento tenga alto nivel de éxito, no pueden ser garantizados, de vez en cuando, los dientes pueden tratados requerir extracción.

Iniciales _____

ENTIENDO QUE NO SE HA OFRECIDO NINGUNA GARANTÍA O SUCESSO Y QUE EL TRATAMIENTO PROPUESTO SERÁ CURATIVO Y/ACERTADO A MIS SATISFACCIONES COMPLETAS. ACUERDO YO ESTOY DE COOPERAR TOTALMENTE CON LAS RECOMENDACIONES DEL DOCTOR MIENTRAS ESTOY A SU CUIDADO, DA DO QUE CUALQUIER CARENCIA DE ELLA PODRÍA DAR LUGAR A RESULTADOS MENOS QUE ÓPTIMOS.

CERTIFICO QUE HE TENIDO OPORTUNIDAD DE LEER Y DE ENTENDER COMPLETAMENTE LOS TÉRMINOS Y LAS PALABRAS DENTRO DEL ANTEDICHO Y CONSIENTO A LAS PREGUNTAS, Y LAS HE TENIDO CONTESTÉ A MI SATISFACCIÓN.

ENTIENDO QUE ESTOS SERVICIOS DENTALES ESTÁN PROPORCIONADOS SIN LA DISCRIMINACIÓN BASADA EN LA RAZA, RELIGIÓN, COLOR, ORIGEN NACIONAL, SEXO, ORIENTACIÓN SEXUAL, INHABILIDAD FÍSICA O MENTAL, EDAD O ESTADO CIVIL Y PROTEJEN LA PRIVACIDAD DE CADA UNO DE SUS PACIENTES.

Firma _____ **Relación** _____ **Fecha** _____

Paciente del representante legal

Doctor _____ Testigo _____