

**NOS COMPLACE DARLE LA BIENVENIDA A NUESTRA OFICINA, POR FAVOR
TOMESE UNOS MINUTOS PARA LLENAR ESTA FORMA.**

Información del Paciente

Fecha _____

Nombre _____ Teléfono() _____
Primer nombre Apellido

Sexo M__F__ Fecha de Nacimiento _____

de S.Social _____ # de Lic. de Manejar _____

Nino/a__ Soltero/a__ Casado/a__ Viudo/a__ Separado/a__ Divorciado/a__

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Donde trabaja? _____ Ocupacion _____

Ha venido aqui alguien de su familia? _____ Nombre _____ Parentezco _____

Si es estudiante, Nombre de la Escuela _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Nombre de la Seguranza _____ # de Teléfono _____

A quien le agradecemos la referencia? _____

En caso de emergencia, a quien le podemos llamar? _____

de Telefono() _____ Parentezco _____

Si el paciente es un niño/a llene lo siguiente

Persona responsable _____ Parentesco al Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ # de S.Social _____

de Licencia de Manejar _____ # de Teléfono() _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Sexo M__F__ Soltero/a__ Casado/a__ Viudo/a__ Separado/a__ Divorciado/a__

Donde trabaja? _____ Ocupacion _____

LA SIGUIENTE PAGINA POR FAVOR

HISTORIA DENTAL

Razón por la que vino hoy _____

Fecha de su ultima visita al dentista _____ Nombre de el Dentista _____

Marque si ha tenido algún problema de los siguientes:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Rechina los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible a lo caliente |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de encía | <input type="checkbox"/> Dientes flojos | <input type="checkbox"/> Sensible a lo dulce |
| <input type="checkbox"/> Ruido en la quijada | <input type="checkbox"/> Rellenos quebrados | <input type="checkbox"/> Sensible cuando muerde |
| <input type="checkbox"/> Se junta comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible a lo frio | <input type="checkbox"/> Bultos o llagas cerca de su boca |

Cada cuando usa el hilo dental? _____ Cada cuando se cepilla? _____

HISTORIA MEDICA

Nombre de su doctor _____ Fecha de su ultima visita _____

Ha tenido alguna operacion o enfermedad grave? _____ Explique _____

Ha tenido transfusion de sangre? Si No Que fecha? _____

Anote cualquier medicamento que este tomando _____

Es alergico a algun medicamento? _____

Ha tomado alguna vez Phen-Fen o Redux? _____

(Mujeres) Embaraza? Si No Amamantando? Si No Toma pastillas anticonceptivas? Si No

Marque si tiene o ha tenido algo de lo siguiente: _____

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tratamiento de cortisone | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumas | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Salpullido en la piel |
| <input type="checkbox"/> Valvulas artificiales del Corazon | <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Sida o HIV | <input type="checkbox"/> Embolia |
| <input type="checkbox"/> Coyonturas artificiales | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dolor de quijada | <input type="checkbox"/> Pies/tobillos hinchados |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hgado | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Rinon | <input type="checkbox"/> Habito al Tabaco |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Anginas |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Murmullo al Corazon | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radicion | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Quimoterapia | <input type="checkbox"/> Problemas del corzaon | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> Enfermedad venerea |

ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE SOY RESPONSIBLE DE PAGAR ODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS A FAVOR DE MI O MIS DEPENDIENTES.

Firme _____ Fecha _____

REGLAS DE LA OFICINA

Se cobrará una tarifa de \$ 25 en citas perdidas con menos de 24 horas de aviso, después de 3 citas perdidas sin aviso de 24 horas, ya no podremos programar una cita para usted. Nuestro tiempo es muy importante al igual que nuestros pacientes comprometidos.

Entiendo y reconozco que soy financieramente responsable de los servicios prestados para mí o para la persona mencionada a continuación, independientemente de la cobertura de seguro en el día en que se presten los servicios. Todas las tarifas vencen y son pagaderas en el momento de su cita. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheque, MasterCard, Visa, American Express y Discover.

Como cortesía, aceptamos la cesión de los beneficios del seguro, permitiéndole pagar su deducible y/o copago estimado al momento del tratamiento.

Entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre mi proveedor de seguros y yo, no entre la compañía de seguros y el Dr. Pérez.

También entiendo que las pólizas de seguro varían mucho de una póliza a otra y que la Dra. Pérez y su personal no son responsables de conocer todos los detalles de mi póliza.

No tenemos control sobre el pago de reclamaciones de la compañía de seguros. Cualquier saldo que su compañía de seguros deje sin pagar 60 días después del servicio debe pagarlo en su totalidad.

Entiendo que el personal de la oficina del Dr. Pérez está autorizado por el Dr. Pérez para presentar mi seguro como una cortesía hacia mí.

Nuestra oficina siempre mantiene procedimientos de esterilización de calidad para su protección y seguridad, así como para salvaguardar a nuestro personal.

Nos reservamos el derecho de cobrar cargos por: Cheques devueltos (\$25), Duplicación de registros (\$12-20), Cobros pendientes (4%).

Brindamos servicios con cita previa. Si bien hacemos todo lo posible por ser puntuales, habrá emergencias o circunstancias fuera de nuestro control que pueden retrasar nuestro horario de citas. Solo un dentista está presente para atender sus necesidades dentales. Su paciencia es apreciada.

Notifique al personal de la oficina si tiene alguna necesidad especial cuando llegue.

Doy mi CONSENTIMIENTO para cualquier procedimiento dental, medicamento o anestésico aconsejable y necesario que sea administrado por el dentista tratante o por su personal supervisado con fines de diagnóstico o tratamiento dental.

El abajo firmante ha leído y acepta lo anterior, y acepta cumplir con todos los términos y condiciones establecidos.

FIRME DE EL PACIENTE _____

(Si es menor de edad, firme el papa o la mama)

Fecha _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SA INFORMACION MEDICA/ DE SALUD ESTA PROTEGIDA Y COMO PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

RESUMEN:

Por ley estamos obligados a ofrecerle nuestro Aviso de Practicas de Privacidad (NPP). Este aviso describe como su información médica puede ser usada y divulgada por nosotros. También le explica cómo puede obtener acceso a esta información.

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información;
2. El derecho a solicitar correcciones de su información;
3. El derecho a solicitar que su información sea restringido;
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales;
5. El derecho a informar de las divulgaciones de su información;
6. El derecho a una copia en papel de este aviso

Queremos asegurarle que su información médica / está protegida es segura con nosotros. El Aviso de Practicas de Privacidad contiene información acerca de cómo vamos a asegurar que su información permanezca privada.

A note todos los números de teléfono donde podamos comunicarnos con usted:

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

INDIQUE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS (por ejemplo, cónyuge, padres, abuelos, etc....) Que usted autoriza PARA DIVULGAR SU INFORMACION incluyendo las copias de sus registros SI ES NECESARIO:

Nombre _____ Relación _____
Nombre _____ Relación _____
Nombre _____ Relación _____
Nombre _____ Relación _____

Reconocimiento recibo del Aviso de Practicas de Privacidad

Yo declaro que he revisado el Aviso de Practicas de Privacidad. Además, entiendo que la practica me ofrecerá notificaciones acerca de los Aviso de Practicas de Privacidad. ¿Debe ser enmendada, modificada o alterada de alguna manera voy a recibir una copia.

Nombre Del Paciente

Firma de Paciente/Padre/Tutor