

Bienvenido

A nuestra oficina

Por favor tomese unos minutos para responder las siguientes preguntas.
Entonces, Podemos ayudarlo mejor con sus necesidades dentales

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____ Soc. Sec. # _____ Nacimiento _____
Nombre _____ #De la casa _____
Direccion _____ # Del Celluar _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____ Email _____
Género: _____ Hombre _____ Hembra _____
Estado Familiar _____ Casado(a) _____ Soltero(a) _____ Niño(a) _____ Otro _____
Empleador _____ Telefono del trabajo _____
A quien deberiamos agradecerle por recomendarlo _____
En caso del emergencia, a quien debemos contactar? _____ # _____

INFORMACION DE FARMACIA

Nombre _____ Telefono _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

SEGURO PRIMARIO

Persona Responsable De La Cuenta _____
Relacion con Paciente _____ Nacimiento _____ Soc Sec. # _____
Nombre _____ # Del La Casa _____
Direccion _____ # Del Celluar _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Email _____
Empleador _____ Telefono del Trabajo _____
Compania De Seguro _____
Dirreccion de Seguro _____
Numero de Memberica ID # _____

SEGURO SECUNDARIO

Persona Responsable De La Cuenta _____
Relacion con Paciente _____ Nacimiento _____ Soc Sec. # _____
Nombre _____ # Del La Casa _____
Direccion _____ # Del Celluar _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Email _____
Empleador _____ Telefono del Trabajo _____
Compania De Seguro _____
Dirreccion de Seguro _____
Numero de Memberica ID # _____

HISTORIA DENTAL

Antiguo Dentista _____
 Ciudad, Estado _____
 ¿Fecha de su última visita _____

Fecha de sus últimos Rayos X _____
 Con que frecuencia usa el hilo dental? _____
 Con qué frecuencia te cepillas? _____

Por favor marque todos los que apliquen:

Mal Aliento _____
 Sangrando en la encías _____
 Ampollas en la boca _____
 Morderse La unas _____

Dientes Flojos _____
 Tratamiento de Ortho _____
 Dolor alrededor del oído _____
 Tratamiento Periodontal _____

Sensibilidad al lo dulce _____
 Sensibilidad al morder _____
 Frequent X-Rays _____
 Has herido la mandíbula, cabeza o el cuello _____
 Dolar en la mandíbula _____
 Dolor de muela _____

Rechinar los Dientes _____
 Mordida de labio o mejilla _____

Sensibilidad al frio _____
 Sensibilidad al calor _____

HISTORIAL MEDICO

(DEBE ESTAR LLENO EN SU TOTALIDAD)

Nombre del médico _____
 Estas acutalmente bajo tratamiento medico? _____
 Alguna vez ha tenido alguna enfermedad operacion grave? _____
 Acutalmente estas tomando algun medicamento _____
 Por favor describa : _____

Fecha De La ultima Visita _____
 Has tenido alguna reaccion alergica al anestesico (ej. Novocaine) _____
 Penicillin or other antibiotic _____
 Sulfamidas _____
 Barbituricos _____
 Sedante _____
 Yodo _____
 Aspirina _____
 Otro _____
 Tomando anticonceptivos _____

Fumas? _____
 Usas alcohol? _____
 Usas lentes de contacto? _____
 Estas embarazada or lactando? _____

Marque con "Si" o "No":

	Si	No		Si	No		Si	No
Amigdalitis	_____	_____	Enfermedad en la Sangre	_____	_____	Problemas Nerviosos	_____	_____
Anemia	_____	_____	Enfermedad Respiratoria	_____	_____	Problemas de Espada	_____	_____
Asthma	_____	_____	Enfermedad Venera	_____	_____	Presion Alta	_____	_____
Artritis, Reumatismo	_____	_____	Epilepsia	_____	_____	Presion Baja	_____	_____
Brote en la piel	_____	_____	Escarlatina	_____	_____	Quimioterapia	_____	_____
Cáncer	_____	_____	Fiebre Reumática	_____	_____	Sangrando Anormal	_____	_____
Cuidado Psiquiátrico	_____	_____	Glaucoma	_____	_____	Sensibilidad al látex	_____	_____
Diabetes	_____	_____	Hepatitis-Tipo	_____	_____	Sida	_____	_____
Dependencia Química	_____	_____	Herpes	_____	_____	Sindrome de fatiga Cronico	_____	_____
Derrame Cerebral	_____	_____	Hinchazón de pies Y tobillos	_____	_____	Tratamiento de Radiación	_____	_____
Desvanecimiento o Mareos	_____	_____	Lesiones Cardiacas Congénitas	_____	_____	Tratamiento con Cortisona	_____	_____
Dolor de Cabeza	_____	_____	Marcapasos	_____	_____	Tuberculosis	_____	_____
Dolor de mandíbula	_____	_____	Problema de tiroides	_____	_____	Tumor o crecimiento el la Cabeza y Cuello	_____	_____
Enfisema	_____	_____	Problema Sinusales	_____	_____	Tos Persistente	_____	_____
Enfermedad del Hígado	_____	_____	Problemas en el Corazón	_____	_____	Ulcera	_____	_____
Enfermedad del Riñón	_____	_____	Problemas Circulatorios	_____	_____	VIH Positivo	_____	_____

ASSIGMENT AND RELEASE

Por la presente autorizo el pago a _____ por todos los beneficios del seguro que de otro modo me pagarían por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro, y de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes.
 Autorizo al médico anterior y / o cualquier proveedor o proveedor de servicios en esta oficina a divulgar la información requerida para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de seguros.

*Signature of Responsible Party _____ Date _____

HIPAA Information and Consent

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) provides safeguards to protect your privacy.

A Notice of Privacy Practices should be available to you in the office. The notice provides information about how we may use and disclose protected health information about you in order to carry out treatment payment, and healthcare operations, and for other purposes permitted or required by law. The notice also contains information about your rights under the law.

By signing below, you understand and agree to the terms of our notice of privacy practices which include:

- Protected health information may be disclosed or used for treatment, payment, or health care operations.
- Authorization is required for certain disclosures of your Protected Health Information.
- You have the right to opt out of fundraising communications.
- You have the right to restrict disclosures of your Protected Health Information under certain circumstances.
- You have the right to be notified of a breach of unsecured Protected Health Information.

By signing below, you understand and agree that:

- The practice has a Notice of Privacy Practices that you have had the opportunity to review.
- The practice reserves the right to change the Notice of Privacy Practices and if we change our notice you may obtain a revised copy by contacting our office.
- You may revoke this consent in writing at any time and all future disclosures will cease.
- The practice may condition treatment upon the execution of this consent.

Signature _____ Date _____