



Fecha: _____

Chart : _____

Nombre Del Paciente: _____ **FDN:** _____ **Sex:** male/female
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado :** ____ **Código Postal:** _____
Teléfono de casa: _____ **Trabajo:** _____ **Teléfono Celular:** _____
#de Seguro Social _____ **Drivers Lic / ID #:** _____ **Apodo:** _____
Email: _____ **Estado Civil:** casado(a)/divorciado(a)/soltero(a)/viudo(a)

Nombre del responsable : _____ **FDN:** _____ **Sex:** male /female
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado :** ____ **Código Postal:** _____
Teléfono de casa: _____ **Trabajo:** _____ **EXT** ____ **Teléfono Celular:** _____
Seguro Social: _____ **Drivers Lic / ID # :** _____ **Titular de la póliza :** Y / N

Como escucho de nuestra oficina: Aseguranza Tarjeta Postal Paciente Google Facebook
Otro _____

Dentista anterior: _____ **Fecha de la última visita dental :** _____ **/Limpieza:** _____
Motivo de su visita hoy: _____

Primaria: Nombre del seguro: _____ **ID # :** _____
#Teléfono de seguro: _____ **Nombre del empleador :** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado :** ____ **Código Postal:** _____
Nombre del Asegurado / Tomador / Suscriptor : _____ **FDN:** _____
Seguro Social: _____ **Relación al paciente :** _____

Secundaria: Nombre del seguro: _____ **ID # :** _____
#Teléfono de seguro: _____ **Nombre del empleador :** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado :** ____ **Código Postal:** _____
Nombre del Asegurado / Tomador / Suscriptor : _____ **FDN:** _____
Seguro Social: _____ **Relación al paciente :** _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una 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 médico ahora? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Esta usted en una dieta especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usa tabaco? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usted usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Mujeres: ¿Está usted

Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
 Otros En caso afirmativo, sírvase 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 | Tratamiento con radiación | <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 | Pérdida de peso reciente | <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 o C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diálisis renal | <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 | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <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 | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <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 | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo | <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 |
| Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva | <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 |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / vértigo | <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 |
| Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente | <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 |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea 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 |
| Problemas respiratorio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza 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 |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas | <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 |
| Moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital | <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 |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <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 | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos | <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 | Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras | <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 | Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | La 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 En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

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 el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____

Formulario de Consentimiento general para Tratamiento

Nombre De Paciente: _____

(Chart#: _____)

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo doy permiso a Sol Dental y el personal de la oficina para tratar cualquiera de mis problemas orales y dentales relacionados. Estos incluyen pero no se limitan a un examen oral, limpieza profesional, relleno, extracción, etc. Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentran mientras se trabaja en los dientes que no fueron descubiertos durante los exámenes, la terapia de endodoncia es más común después de los procedimientos de rellenos de rutina. Doy permiso para que el dentista para hacer cualquier adición de los cambios necesarios. **(iniciales)** _____

2. CAMBIOS EN PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras otros dientes que no fueron descubiertos durante el examen, la terapia de conducto radicular ser más común siguiente procedimiento restaurador de rutina. Yo doy mi permiso al Dentista para hacer cualquier / todos los cambios y adiciones que sea necesario. **(Iniciales)** _____

3. DROGAS Y MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave) **(iniciales)** _____

4. OXIGENO NITROSO

Entiendo que la administración de óxigeno nitroso (gas hilarante) lleva a ciertos riesgos comunes; riesgos y posibles efectos secundarios desagradables que son poco frecuentes, pero sin embargo se producen. Estos incluyen, pero no se limitan a la sudoración, náuseas y vómitos. Informe al dentista si experimenta estos síntomas como el nivel de óxigeno nitroso se puede ajustar. El tiempo de recuperación es generalmente corto, pero puede ser prolongado, que requiere que usted permanecerá en el cargo de un adulto durante algún tiempo. Aunque no suele ser necesario, puede ser mejor tener un adulto responsable que lo acompañe o lo(a) lleve a su casa. Usted puede tener una comida ligera unas pocas horas antes del procedimiento. Si está embarazada o piensa que está embarazada por favor deje el dentista saber como el óxigeno nitroso puede causar parto prematuro. **(iniciales)** _____

5. CORONAS, PUENTES

Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarse de que se mantienen hasta que se entregan las coronas permanentes. Me doy cuenta de la última oportunidad de hacer cambios en mi nueva corona, puente o cubierta (incluyendo la forma, en forma, tamaño y color) será antes de la cementación. **(Iniciales)** _____

6. DENTADURA COMPLETA O PARCIAL

Me doy cuenta de que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal y / o porcelana. Los problemas de usar estos aparatos han sido explicados, incluyendo aflojamiento, dolor, y posible rotura. Me doy cuenta de la última oportunidad de hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo la forma, tamaño, ubicación y color) será en la visita de trato de los "dientes en cera". Entiendo que algunas dentaduras necesitan revisiones y cambios, aproximadamente después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en la tarifa inicial de la dentadura. **(iniciales)** _____

7. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que si no se hace nada para corregir mi condición dental cualquiera de los siguientes puede ocurrir: la goma de función limitada o enfermedad de los huesos, pérdida de soporte óseo, inflamación, infección, aflojamiento de los dientes, el cambio de los dientes, y el posible deterioro de tal manera que el tratamiento no será posible en el futuro. Entiendo, además, que la enfermedad periodontal es crónica y progresiva y después de la corrección a través del tratamiento pueden reaparecer y causar una mayor pérdida de hueso de soporte, bolsas periodontales y la pérdida ósea. Tratamiento periodontal adicional puede ser necesario y se sugiere en el futuro y / o pérdida de dientes. **(iniciales)** _____

8. RELLENOS

Entiendo que se debe tener cuidado en la masticación en los rellenos. Entiendo que un relleno más caro que inicialmente diagnosticada puede ser necesaria debido a la descomposición adicional. Entiendo que la sensibilidad es común después del efecto de un relleno recién colocado o grande llenado. **(iniciales)** _____

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, de buena reputación, los profesionales no puede garantizar plenamente los resultados. Reconozco que hay garantía o seguridad se ha hecho nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto. **(iniciales)** _____

Yo, Dr. _____ he explicado verbalmente los riesgos y complicaciones de este tratamiento para el paciente, así como la presentación del plan de tratamiento alternativo.

Firma del Paciente / Tutor _____ Fecha _____

Firma del Dentista _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

Acuerdo financiero y asignación de beneficios de seguros

Nombre de paciente: _____

Fecha: _____

Autorizo a mi compañía de seguros para emitir los beneficios dentales de mi plan directamente en el consultorio dental. Yo también autorizo la entrega de información necesaria para procesar el seguro dental. **Entiendo que independientemente de los seguros, yo soy responsable por el monto total para el tratamiento realizado.**

Entiendo que, con la firma de este formulario no implica en modo alguno que mi compañía de seguros cubrirá cualquiera de los servicios prestados por el personal de *Sol Dental*. Nuestra oficina o sus empleados no pueden garantizar la exactitud de la información dada por mi compañía de seguros sobre mis beneficios. En base a dicha información dada por mi compañía de seguros, el personal de *Sol Dental* calculará una estimación de pago debido, tal y como se describe en el documento "plan de tratamiento". El pago es debido en el día que los servicios son prestados (referido a la fecha del Servicio de aquí en adelante).

Entiendo que el personal de nuestra oficina puede mandar procesar pagos a mi compañía de seguros. Si mi compañía de seguros no paga a *Sol Dental* para todos los servicios dentales prestados, en su totalidad, dentro de los 90 días a partir de la fecha de servicio, soy responsable por la cantidad restante exigible inmediatamente.

Entiendo que cualquier cantidad no pagada dentro de los 90 días a partir de la fecha de servicio se considera "Vencido". Un cargo del 1.5% por mes será aplicada en todo el "balance vencido" a partir de la fecha de servicio en adelante, hasta que todo el "balance vencido" sea pagado en su totalidad.

Tengo entendido que existe un "**cobro por cheque devuelto**", más una tarifa de manejo de cheques de **\$35** por cheque devuelto. Únicamente a discreción de nuestra oficina, el control puede ser entregado a la oficina del Fiscal de Distrito para la acción legal. Si la cuenta es "Vencido" cargos de financiación del 1.5% por mes se aplicará a dichas tarifas.

Tengo entendido que después de intentos razonables en la recaudación de los pagos por los servicios prestados y los cargos por financiamiento y otros cargos a la cuenta, *Sol dental* puede enviar la cuenta para la colección a una agencia de cobranza o corte de reclamos pequeños, a discreción de la oficina. Si la agencia de cobranza o corte de reclamos pequeños es incapaz de recoger el pago completo dentro de una duración razonable, la cuenta puede ser reportada como delincente a las agencias de informes de crédito. Todos los derechos reservados por *Sol Dental*.

Paciente/Padre/Madre/Tutor

Fecha de firma:

Testigo _____

HIPAA & Your Privacy Rights

We strongly believe in doing everything we possibly can to safeguard the privacy and security of your health information and records. As a result, we have made some change in our office management procedures to make sure we follow the health information Portability and Accountability Act (HIPAA). Passed into law in 1996, HIPAA sets federal standards for the privacy and security of patient information for all healthcare providers, plans, insurance companies and anyone they do business with. HIPAA gives you additional rights regarding control and use of your health information, meaning you have more access and control than ever. Please take a few minutes to review these new rights. We are happy to answer any question you may have.

Control Over Your Health Information

All health care providers (and health plans) are now required to give you a written explanation of how they use and disclose your personal health information before they can treat you. This way, you can decide if a provider is doing everything they should to protect your privacy before you choose them as your caregiver. We must by law, post a Notice of Privacy Practices, which outlines how we secure the privacy of patient information, in a place where you can easily see it. We must get your signature for non-routine users and disclosures of your information. A non-routine use is any situation not directly related to treatment, payment or operations. For example, if your child is going to summer camp and the camp needs a medical history, you will be asked to authorize us to release it before we can send the information. You have the right to say no, and you don't have to tell anyone why. Authorizations of non-routine information are one-time –only, case by case, for the use defined by you.

Access to Your Health Information

You can get copies of your medical records simply by asking for them. Healthcare providers are required to get your a copy of your records within 60 days of your request. There may be a cost for this service. Providers also must give you a history of non-routine disclosures if you ask for it. All you need to do is ask for the record and it is provided to you – no justification is needed. You can also amend your medical records. You cannot change the existing record, but you can add notes or comment on any procedures, treatments, payments or operations. The provider then has the right to respond to your amendment. This way, you can be sure your records reflect your side of the story about treatment and payment issues.

Patient Recourse if Privacy Protections Are Violated

Every healthcare provider must also inform you of grievance procedures. If your privacy is violated, report the incident to our Privacy Officer immediately. You also have the right to report any violation to the Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights. 200 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20201. If you decide to file a grievance either with us or with the Department of Health and Human Services, we are not allowed to discriminate or retaliate against you in any way. Aside from these new rights to access and control of your medical information under HIPAA, there are also clear limits on all healthcare providers regarding how they disclose medical information. Here are some of the key aspects of these boundaries: Providers must ensure that health information is not used for non-health purposes. Health information (covered by the privacy rules) generally may not be used for purposes not related to health care – such as disclosures to employers to make personnel decisions, or to financial institutions – without your explicit authorization. There are clear, strong protections against using health information for marketing. The privacy rules set new definitions, restrictions and limits on the use of patient information for certain marketing purposes. Providers must get your specific authorization before sending you any materials other than those related to treatment. Use only the minimum amount of information necessary. In General, use or disclosures of information will be limited to the minimum necessary. This does not apply to disclosure of records for treatment purposes, because physicians, specialists and other providers may need access to the full record to provide quality care.

Exceptions

There are situations where healthcare providers may not have to follow these privacy rules. They include: emergency circumstances; identification of a body or the cause of death; public health needs; judicial and administrative proceedings; limited law enforcement activities; and activities related to national defense and security.

We understand your right to have your medical information kept confidential. Out compliance with the Health Information Portability and Accountability Act is one example of our advocacy and leadership on issues of patient's rights and privacy of information. We encourage you to ask questions and look forward to working together to improve the quality of your healthcare experience.

Patient/Guardian Signature

Print Name

Date