

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono de casa: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Empleador: _____ Teléfono de trabajo: _____
Correo electrónico: _____

Nombre del cónyuge o persona responsable: _____ Fecha de nacimiento _____
Teléfono móvil _____ Home Phone: _____ SSN: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Zip: _____ Empleador: _____
Teléfono de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Seguro dental primario

Nombre del asegurador: _____ Nombre del grupo: _____
Nombre de la persona principal cubierta por este seguro: _____
Fecha de nacimiento de la persona principal: _____ SSN: _____

Seguro dental secundario

Nombre del asegurador: _____ Nombre del grupo: _____
Nombre de la persona principal cubierta por este seguro: _____
Fecha de nacimiento de la persona principal: _____ SSN: _____

Seguro dental terciario

Nombre del asegurador: _____ Nombre del grupo: _____
Nombre de la persona principal cubierta por este seguro: _____
Fecha de nacimiento de la persona principal: _____ SSN: _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____ Teléfono: _____
Farmacia preferida con ubicación: _____
Remitido por (marque con un círculo): Redes sociales Amigos/Familia Google Mailer Cartelera
Doctor Drive/Pasear De boca en boca Doctor: _____ Otros: _____

Contacto en caso de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Historial médico

Nombre del paciente _____ Edad _____

Indique si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades. (Marque con una X)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tomar anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Diálisis |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Enfermedades hepáticas |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco - Año _____ | <input type="checkbox"/> Tipo de glaucoma: _____ |
| <input type="checkbox"/> Infección cardíaca | <input type="checkbox"/> Medicación para la osteoporosis / Nombre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas/Defectos cardiacos - Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Medicamentos intravenosos - Tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> Nacido con un defecto cardíaco - ¿Reparado? Sí No | <input type="checkbox"/> Sustitución articular - Fecha de la intervención _____ |
| <input type="checkbox"/> Sustitución de válvulas cardíacas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis - ¿Autorizado por el médico? Sí No |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca - Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Antecedentes de drogodependencia |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma | <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco o vapeo - Tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido (ERGE) |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular - Año _____ | <input type="checkbox"/> Asma - (Leve / Mod / Grave) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer - (¿Activo o antecedentes?) Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos contra el cáncer y quimioterapia: ¿cuándo? _____ | <input type="checkbox"/> Ansiedad dental (Leve / Mod / Grave) |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia - Localización _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Problemas de procesamiento sensorial |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis - Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Otras enfermedades infecciosas _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Embarazada - Trimestre _____ | <input type="checkbox"/> Historia de los tratamientos prolongados con esteroides |
| <input type="checkbox"/> Intentar quedarse embarazada | <input type="checkbox"/> Anafilaxia o reacción alérgica grave |
| <input type="checkbox"/> Lactancia materna | <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunes _____ |
| <input type="checkbox"/> Hormonas anticonceptivas | <input type="checkbox"/> Problemas del sistema inmunitario _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes - Bien controlada / Regular / Mala | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios o enfisema |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Otra condición no enumerada _____ |

(si / NO) ¿Es alérgico a algún medicamento o material? Por favor, marque o enumere **TODAS** las alergias

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amoxicilina/Penicilina | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Tylenol/Acetaminofeno |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Narcóticos/Norco/Vicodina |
| <input type="checkbox"/> Lidocaína/Anestésico | <input type="checkbox"/> Advil/Ibuprofeno | <input type="checkbox"/> Valium/Xanax/Halcion |

Other: _____

(si / NO) ¿Está tomando algún medicamento? - por favor enumere **TODOS** los medicamentos

He rellenado este formulario con exactitud y según mi leal saber y entender. He recibido respuesta a todas mis preguntas y comprendo que un historial médico preciso es vital para mi bienestar.

Firma: _____ Fecha _____

Historia dental

Nombre del paciente _____ Edad _____

Indique si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad dental (leve) (moderada) (grave) | <input type="checkbox"/> Úlceras o bultos alrededor o dentro de la boca |
| <input type="checkbox"/> Deficiencia (del habla) (auditiva) (visual) | <input type="checkbox"/> Cualquier diente roto o defectuoso/restauraciones |
| <input type="checkbox"/> Dolor o molestias dentales | <input type="checkbox"/> Terapia periodontal |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de Ortodoncia (Brackets/
Invisalign) | <input type="checkbox"/> ~Encías sangrantes |

Por favor, indique si tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas Dolor articular o facial:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor en la articulación mandibular | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza o faciales |
| <input type="checkbox"/> Chasquido o estallido de la articulación mandibular | <input type="checkbox"/> Latigazo cervical o traumatismo craneoencefálico |
| <input type="checkbox"/> La mandíbula se bloquea o no se puede abrir o cerrar | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes |

Por favor, indique si tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas de apnea del sueño.:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cansancio diurno o ganas de dormir la siesta | <input type="checkbox"/> Mojar la cama |
| <input type="checkbox"/> Ronquidos u otros ruidos durante el sueño | <input type="checkbox"/> TDAH en niños |
| <input type="checkbox"/> Caminar o hablar dormido | <input type="checkbox"/> Despertar frecuente |

¿Qué importancia tiene para usted su salud dental? (siendo 10 la puntuación más alta)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cómo calificaría su salud dental actual? (siendo 10 la puntuación más alta)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Por favor, indique si desea obtener más información de forma inmediata sobre lo siguiente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanqueamiento dental | <input type="checkbox"/> Sustitución de dientes ausentes |
| <input type="checkbox"/> Odontología estética | <input type="checkbox"/> Ortodoncia/Invisalign |
| <input type="checkbox"/> Sustitución de empastes metálicos | <input type="checkbox"/> Implantes dentales |

¿Cuándo fue su última limpieza dental?

_____ hace un mes o _____ año(s)

¿Cuándo fue su último tratamiento dental?

_____ hace un mes o _____ año(s)

Cuéntenos cualquier otro antecedente dental que nos ayude a conocerle:

Política de pagos/seguros

- **Política de pagos:** El pago total debe efectuarse en el momento del servicio. Aceptamos las principales tarjetas de crédito, efectivo o cheques personales. No podemos garantizar ninguna cobertura estimada al facturar al seguro. Los pacientes son responsables de determinar si su seguro está contratado para los servicios que se prestarán. Los pacientes son responsables de todos los saldos impuestos por su seguro. Usted es responsable en última instancia de cualquier cantidad restante no pagada por el seguro. Habrá un honorario de servicio \$50 en cualquier cheque vuelto. Todos los saldos impagos están sujetos a una tasa de tramitación del 10% e incurrirán en un cargo financiero mensual del 1,5%. Todos los saldos morosos deben pagarse antes de incurrir en nuevos cargos. Los pacientes son responsables de determinar si nuestros proveedores se consideran parte de la red de su aseguradora y serán responsables de todos los saldos impuestos por su compañía de seguros. Cualquier servicio pagado en exceso se reembolsará automáticamente al método de pago original del paciente en un plazo de 60 días. Los cheques se emitirán en un plazo de 60 días a partir de la fecha de pago para los pacientes que hayan efectuado un pago en efectivo.
- **Firmas de los pacientes Cesión de información a las aseguradoras y cesión de prestaciones:** En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para que mis consultorios (o sus designados) utilicen y divulguen mi Información Médica Protegida para llevar a cabo actividades de pago en relación con mi reclamo de seguro. Esta información se utilizará exclusivamente para evaluar y administrar las reclamaciones de prestaciones. Además, autorizo y dirijo el pago a mi práctica de los beneficios dentales de otro modo pagaderos a mí.
- **Confirmación de nombramientos:** Se intentará confirmar las citas antes de su cita programada. Debe confirmar su cita o ésta se cancelará.
- **Citas perdidas o incumplidas:** Si no acude a su cita o la incumple con menos de 24 horas de antelación, se le aplicará una tasa de cancelación de entre 50 y 100 dólares.
- **Redes sociales/Foto Consentimiento:** Doy mi consentimiento para utilizar las imágenes tomadas de mí / mi hijo para mostrar nuestra extraordinaria atención. Entiendo que la oficina puede publicar mis imágenes en cualquier / todas las plataformas de medios sociales y sitios web.
- **Consentimiento para el tratamiento:** Doy permiso a los dentistas e higienistas dentales para que me traten en el consultorio dental con exámenes, limpiezas, radiografías, empastes, coronas y otros procedimientos dentales que nuestros clínicos consideren aconsejables. Aunque la gran mayoría de los procedimientos dentales causan poco o ningún efecto secundario indeseado, entiendo que hay riesgos al tratamiento dental, incluyendo pero no limitado a lo siguiente:
 - Las complicaciones postinyección anestésica pueden ser psicológica y físicamente incapacitantes, incluyendo hematomas, apertura limitada, dolor, disfunción, así como daños nerviosos. En muy raras ocasiones las agujas pueden separarse dentro del tejido y requerir cirugía para extraerlas.
 - Aspiración de materiales dentales que conduce a una intervención quirúrgica de urgencia.
 - Las personas susceptibles pueden sufrir daños en la articulación de la mandíbula, lo que provoca dolor y disfunción de la articulación mandibular, que puede ser psicológica y físicamente incapacitante.
 - Pueden producirse infecciones postquirúrgicas, hinchazón, dolor, fiebre y daños en los nervios. Entiendo que debo notificar inmediatamente a mi dentista si se produce cualquiera de estas condiciones. Buscaré atención médica de emergencia si la infección parece ser más que menor.
 - El tratamiento dental es altamente eficaz y predecible; sin embargo, en algunos casos, el tratamiento fracasa debido a varias razones, incluyendo, pero no limitado a, condiciones preexistentes tales como grietas en los dientes, caries severas y pérdida ósea, pacientes que no siguen las citas a tiempo para completar el tratamiento, problemas de salud como la diabetes y las complicaciones del tabaquismo, sistemas de conductos radiculares complejos que conducen a infecciones residuales, dietas altas en azúcar o refrescos, y su salud general.
 - En la consulta dental pueden producirse reacciones alérgicas. En muy raras ocasiones, estas reacciones pueden ser potencialmente mortales.
 - Puede producirse sensibilidad tras la limpieza. Esto es especialmente cierto si usted tiene enfermedad periodontal. Si esto sucede, por favor póngase en contacto con la oficina, ya que tenemos medicamentos tópicos para ayudar.
- **Comunicación de Bluetree Brands:** Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones relevantes de Bluetree Brands y sus socios afiliados.

Haremos todo lo posible para garantizarle la mejor atención en nuestra consulta. Por favor, siéntase libre de hacer cualquier pregunta con respecto a su tratamiento.

He leído atentamente todas las secciones de este formulario y he dado mi consentimiento a las mismas. He recibido respuesta suficiente y satisfactoria a cualquier pregunta relacionada con este formulario.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del tutor, si procede: _____

Firma del paciente/tutor: _____

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

****Puede negarse a firmar este reconocimiento****

Al firmar a continuación, declaro que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina: _____

Nombre del paciente en letra de imprenta

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

El aviso contiene una sección de derechos del paciente en la que se describen los derechos que le otorga la ley. Con su firma certifica que ha revisado nuestros avisos antes de firmar este consentimiento. Los términos de los avisos están sujetos a cambios.

Usted tiene derecho a restringir la forma en que se utilizan y divulgan sus datos sanitarios protegidos para tratamientos, pagos u operaciones de asistencia sanitaria. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero la respetaremos si la aceptamos. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, pago u operaciones de atención sanitaria. Al firmar este formulario, da su consentimiento para que utilicemos y divulguemos su información sanitaria protegida y para que la utilicemos potencialmente de forma anónima en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo.

Al enviar este formulario, entiendo que:

- La información sanitaria protegida puede divulgarse o utilizarse para tratamientos, pagos u operaciones sanitarias.
- El bufete se reserva el derecho a modificar la política de privacidad según lo permita la ley.
- El consultorio tiene derecho a restringir el uso de la información, pero no tiene por qué aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, y cesarán todas las divulgaciones completas.
- La consulta puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos utilizar o divulgar información médica protegida. Puede comunicarse con las siguientes personas en relación con la información médica o de pago del paciente:

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Se intentó obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, sin embargo no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

- El individuo se negó a firmar
 - Las barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo
 - Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo
 - Otros (especifique)
- _____