

**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 cobrarán \$25 por citas canceladas con un aviso de menos de 24 horas, si nos avisa antes se lo agradeceremos porque así podremos atender las necesidades de otros pacientes.

Entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable financieramente por los servicios otorgados para mi mismo o la persona que se menciona abajo, a menos que haya cobertura de seguridad en el día que se otorgue el servicio.

Todo trabajo deberá pagarse al tiempo de su cita. Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheques, master card, visa, american express y discover.

Como cortesía, aceptamos la asignación de beneficios de seguridad permitiendo así que pague su deducible y su porcentaje a la hora del tratamiento.

Entiendo que mi seguridad es un contrato entre la compañía de seguridad y yo, no entre la seguridad y Dr. Pérez.

También entiendo que las pólizas de la seguridad varían de una a otra y que Dr. Pérez y su personal no son responsables de saber todos los detalles de mi póliza.

Nosotros no tenemos control sobre el pago de los reclamos de la seguridad. Cualquier balance que quede sin pagar por la seguridad por 60 días después de que hicimos el trabajo deberá pagarlo por completo.

Entiendo que el personal de Dr. Pérez está autorizado para mandar mis reclamos a la seguridad como cortesía hacia mí.

Nuestra oficina siempre mantiene buena calidad en el procedimiento de esterilización para su protección y seguridad así como también la de nuestro personal.

Nos reservamos el derecho de establecer cobros por: Cheques sin fondos (\$25), Copias de expedientes (\$12-\$20), cargo por balances atrasados (4%).

Nuestros servicios son solo por cita. Aunque hacemos todo lo posible por ser puntuales, habrá emergencias o circunstancias fuera de nuestro control que quizá atrasara nuestro plan de citas. Solo un dentista está presente para atender sus necesidades dentales, Apreciamos su paciencia.

Por favor avísele al personal de oficina si tiene alguna necesidad especial cuando llegue.

La persona que firme a leído y aceptado lo arriba mencionado y está de acuerdo de todos los términos y condiciones establecidas.

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