

REGISTRO E HISTORIAL ODONTOLÓGICO

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

SS/HIC/ID Paciente _____

Nombre del paciente _____
Apellido

_____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre

Domicilio _____

Correo electrónico _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Sexo M F Edad _____

Fecha de nacimiento _____

Casado Viudo Soltero Menor

Separado Divorciado En pareja durante _____ años

Empleador/Escuela del paciente _____

Ocupación _____

Domicilio del empleador/escuela _____

Teléfono del empleador/escuela (____) _____

Nombre del cónyuge _____

Fecha de nacimiento _____

SS# _____

Empleador del cónyuge _____

¿A quién podemos agradecer su referencia? _____

2 SEGURO ODONTOLÓGICO

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros. _____

Grupo # _____

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? Sí No

Nombre del suscriptor _____

Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros. _____

Grupo # _____

CESIÓN Y DIVULGACIÓN
 Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de _____ y cedemos directamente al _____
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

_____ Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

_____ Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

_____ Fecha _____ Relación con el paciente

3 NÚMEROS DE TELÉFONO

Hogar (____) _____ Trabajo (____) _____ Ext. _____ Celular (____) _____

Trabajo del Cónyuge (____) _____ Mejor momento y lugar para contactarlo _____

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON (Especificar alguien que no viva en su hogar.)

Nombre _____ Relación _____

Teléfono del hogar (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

4 HISTORIAL ODONTOLÓGICO

Motivo de la visita de hoy _____	Ardor en la lengua <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	Masticación en un lado de la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dentista Anterior _____	Fumar cigarrillo, pipa o cigarro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de ortodoncia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudad/Estado _____	Chasquido o crujido mandibular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor alrededor del oído <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de la última consulta odontológica _____	Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento periodontológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de últimos rayos X odontológicos _____	Comerse las uñas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al frío <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcar "sí" o "no" para indicar si experimentó:	Acumulación de comida entre los dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al calor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mal aliento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Objetos extraños <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad a lo dulce <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangrado de encías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Rechinar de dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al morder <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ampollas en labios o boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Encías hinchadas o sensibles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Llagas o protuberancias en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dolor o cansancio mandibular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____
	Morderse los labios o las mejillas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____
	Dientes flojos o empastes rotos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

5 HISTORIAL DE SALUD

Nombre del médico _____ Fecha de la última consulta _____

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

- | | | | | | |
|--|---|----------------------------|---|-----------------------------------|---|
| SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sinusitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dieta especial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Apoplejía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis tipo _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de pies o tobillos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de glándulas en cuello | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas lumbares | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Sangrado anormal en caso de extracciones o cirugía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ictericia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad sanguínea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor mandibular | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumor o quiste en cabeza o cuello | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dependencia de fármacos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlcera | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión sanguínea baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso inexplicada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Lesiones cardíacas congénitas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas nerviosos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Tratamientos con cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Tos, persistente o con sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Asistencia psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Desmayos o mareos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre escarlata | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

¿Usa lentes de contacto? Sí No

Mujeres:

¿Está usted embarazada? Sí No Fecha de parto _____ ¿Está usted amamantando? Sí No

¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente y el diagnóstico correspondiente:

Nombre de la farmacia _____

Teléfono (_____) _____

ALERGIAS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Anestésico local |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos (Píldoras para dormir) | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Sulfa |
| <input type="checkbox"/> Iodina | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Latex | _____ |

6 ACTUALIZACIONES (Completar en todas las consultas futuras)

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica? Sí No

¿En qué sentido? _____

¿Está tomando alguna medicación nueva? _____ ¿Cuál? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

.....

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica? Sí No

¿En qué sentido? _____

¿Está tomando alguna medicación nueva? _____ ¿Cuál? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

Formulario de consentimiento del paciente para el cumplimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted comprueba con su firma que han revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos del aviso pueden cambiar, de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma / fecha. Tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago o operaciones de cuidado de salud. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La HIPAA (salud Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, pago o operaciones sanitarias.

Al firmar este formulario, acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y potencialmente anónima uso en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no ser retroactivo.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con los restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas? **SÍ** **NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? **SÍ** **NO**

¿Podemos discutir su condición médica con algún miembro de su familia? **SÍ** **NO**

En caso afirmativo, indique los miembros permitidos:

Este consentimiento fue firmado por: _____ Fecha de firma: _____

(ESCRIBA EL NOMBRE POR FAVOR)

Testigo: _____ Fecha: _____

A to Z Dental
6749 W. Bethany Home Rd, Suite 102
Glendale, AZ 85303
(623)849-1356

Nuevos Pacientes

Bienvenido, nuestro principal propósito es servir a usted y su familia y para proveer sus necesidades de salud dental de una manera considerada y cuidadosa.

Horas de oficina

Lunes a Jueves 9:00am -6:00pm

Viernes 8:00am- 1:00pm

Pagos

Los pagos se espera que se prestan los servicios de día, ofrecemos financiamiento por favor preguntar a nuestro personal para más información. En caso de incumplimiento de pago o saldo no cubierto por el seguro que más de 45 días vencidos, su cuenta será entregado a la Agencia de colección. La parte responsable pagará todos corte razonable costo, honorarios de abogados y / o colección gastos incurridos.

Seguro

Si usted tiene seguro dental, con mucho gusto Procesaremos sus formularios; sin embargo, solicitamos que usted pagará parte establecido cuando se procesa el servicio. Os recordamos que nuestro contrato para el pago es con usted y no su compañía de seguros. Estamos encantados de bill su seguro como una cortesía a usted, cuando usted nos ha proporcionado información completa de su seguro. Permitimos que 45 días desde la fecha de servicio para el pago de una compañía de seguros. Después de este período, le pedimos que se hace responsable por el pago de todos los cargos no remunerados.

Citas y registros cancelados/perdidas

Nos reservamos el derecho a cobrar por citas canceladas o roto sin un aviso previo de 24 horas. El cargo será de \$25 por persona y se pagará en o antes de la próxima cita. Si la oficina está cerrada, por favor deje un mensaje y la llamada se devolverá el siguiente día hábil.

Rayos x, fotografías, modelos de la boca y otras ayudas de diagnóstico utilizados para un diagnóstico preciso y la planificación del tratamiento. Esto es propiedad de A to Z Dental pero copias de determinadas ayudas están disponibles a petición para un honorario de \$25,00. Por favor espere 7 días hábiles para el procesamiento de archivos.

Nombre de Paciente _____

Los padres / Guardián impresos _____

Firma _____ Fecha _____