



APPT TIME _____
 ASSISTANT _____ LDV _____
 NEW PATIENT / EXISTING PATIENT
 CHART # _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____
APPELLIDO, PRIMER NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEXO MASCULINO FEMENINA

NUMERO DE TELÉFONO CASA _____ MOBILE _____ TRABAJO _____

DIRECCION _____
CALLE, CUIDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL,

CORREO ELECTRONICO _____ NOMBRE DE EMPLEADOR _____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Fecha de la ultima visita dental _____ Motivo de la visita _____

HA TENIDO ALGUNAS DE ESTAS CONDICIONES MEDICAS? POR FAVOR MARQUE SI o NO

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SIDA | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad del Rinon | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problemas Estomacales |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alergias | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desmayos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad del Hgado | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Embolia |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Anemia | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Glaucoma | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desordenes Mentales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Artritis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Erupciones | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desorden Nervioso | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tumores |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiebre del Heno | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Marcapaso | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ulceras |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Asma | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Lesion Craneal | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Embarazo | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alergico a la Codeina |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Soplo en la corazon | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha de T: _____ | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alergico a la Penicilina |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cancer | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad del corazon | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tratmiento de Radiaciones | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Diabetes | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hepatitis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Respiratorios | _____ |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Mareos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alta Presion | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiebre Reumatica | _____ |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Epilepsia | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ictericia | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Reumatismo | _____ |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades Venerea | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problema Sinistis | |

Medicación Actual _____

Nombre de su Doctor Familiar _____ Telefono _____

Ha tenido alguna complicacion en tratmentios dentales? SI NO

Si lo ha tenido, por favor expliquelo _____

Ha estado hospitalizado; o en la sala de emergencia los ultimos 2 anos? SI NO

Si lo ha tenido, por favor expliquelo _____

Esta siendo atendido por algun otro Doctor? SI NO

Si lo tiene; Por favor mencionelo _____

Tiene alguna enfermedad importante que debemos saber? SI NO

Si lo tiene; Por favor expliquelo _____

Se me han informado todos los procedimientos; y las respuestas e informacion requerida es la correcta. Si existe algun cambio en la salud del paciente se informara inmediatamente.

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____

Como escucho de nuestra oficina? Por otro paciente, amigo Por otro paciente, pariente Nombre: _____

Paginas Amarillas Radio Internet Facebook Television Oficina Dental _____ Otros _____

FOR OFFICE USE ONLY

BP: _____ / _____ Pulse _____ TIME OF EXIT _____ DR REVIEWING MEDICAL HISTORY _____

REFERRAL TO SPECIALIST YES NO _____

NEXT VISIT _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NUMERO DE TELÉFONO CASA _____ MOBILE _____ TRABAJO _____

DIRRECCIÓN _____
CALLE, # DE APARTAMENTO, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL

RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIVADO

Compañía Aseguradora, Nombre y Dirrección _____

Nombre del asegurado _____

Numero Social / Identificación _____

Fecha de Nacimiento del asegurado _____ ID # _____ Group # _____

Dirección del asegurado _____

Nombre del empleador del asegurado _____

Relacion del paciente con el asegurado Mismo Esposo/Esposa Hijo/Hija Otro _____

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS

Una condicion para recibir tratamiento por esta oficina es hacer arreglos financieros con anticipacion. El consultorio depende sobre los reembolsos de costos de los pacientes que se agregaran a los tratamientos hechos en la oficina y es responsabilidad de cada paciente hacer el pago antes del tratamiento. Todos los servicios de emergencia dental que se realice sin una cita tendran que pagar en efective y antes de realizar el tratamiento. Pacientes con seguro dental entienden que los servicios dentales y tratamientos seran cargados directamente al paciente o a la persona responsable. Esta oficina ayuda a los pacientes a preparar formas del seguro del paciente o asistir a colectar de la compania de seguros el pago y hacerlo; y si el credito llega a sobrar se depositara a la cuenta del paciente directamente. Sin embargo la oficina no puede dar servicio y asumir los cargos que van a ser pagados por la compania de seguros. Un balance que no se ha pagado en mas de 60 dias se hara un cargo de 1 1/2 % por mes (18% anual). A menos que se haga un arreglo financiero satisfactorio. Entiendo que los honorarios calculados por el tratamiento solo son validos por us periodo de 6 meses a partir de la fecha de la examinacion del paciente. En consideracion con los servicios profesionales prestados que me son solicitados por el Doctor; por lo tanto estoy de acuerdo a pagar el valor del tratamiento que indique el Doctor o el asignee en el tiempo prestado al servicio. Ademas estoy de acuerdo en aceptar el valr que eligan por los servicios que pagare a menos que tuviera una objesion por mi.

Yo leí las condiciones de tratamiento dental y de pago y estoy de acuerdo al consentimiento de estas. Doy mi consentimiento para usar los servicios dentales, anestesiólogo local, y el uso de los medios propios y aceptables para completar el tratamiento.

Firma Del Paciente / Guardian

Fecha



1. ¿Que significa HIPAA?

HIPAA significa Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 y es una ley federal que establece normas acerca de quienes pueden ver y recibir informacion sobre su salud.

2. ¿Por que debo de firmar ahora?

Firmando hoy simplemente no avisa que si recibio el aviso de HIPAA. Por supuesto, usted puede elegir no firmar.

3. ¿Que pasa si no firmo estas formas de Aviso de Privacidad?

1, necesita saber como nosotros podemos proporcionar cuidado y tratamiento aun no firmando la forma. 2, si usted elige no firmar, nosotros mencionaremos su decision en la parte final de la forma y esperamos que tome una copia del Aviso.

4. ¿Es mi firma solamente un aviso que recibi este Aviso de Privacidad?

Sí, Mediante la firma de esta form de Aviso podemos mostrar al departamento de Servicios Humanos y Salud que estamos cumpliendo con una de las principals reglas de HIPAA para asegurarnos que le damos a cada paciente la oportunidad de obtener el aviso. Usted puede negarse a firmar la forma.

5. ¿Por que esta tan largo este aviso comparado al que recibi de mi institucion financier, la compania de la tarjeta del credito, o de mi compania de seguro de vida?

Estas compañías estan sujetas a un conjunto de diferentes reglas privadas bajo la organizacion de Graham/Leach Act, mientras que la organizacion al cuidado de la salud estan sujetas a HIPAA y a leyes del Estado.

6. ¿Estas hacienda ahora halgo diferente con mi informacìon de salud antes de que existiera HIPAA?

En realidad, vamos a guardar su informacìon mèdica mas de cerca. Hemos creado politicas y procedimientos para todo nuestro personal en Heroes Dental para asegurarnos que su informacion dental será solo compartida con aquellos que necesitan informacìon al cuidado de la salud.

7. ¿Es solamente este Aviso de HIPAA, para el uso de Heroes Dental?

Sí, sin embargo todas las organizaciones de salud, como hospitals, centros de cirugia ambulatoria y oficinas de Doctores, estan sujetos a HIPAA desde April 14 del 2003 estas organizaciones tienen sus propios Avisos de Privacidad que se necesitan firmar cuando vayan a recibi sus servicios.

8. ¿Despues que firmo este aviso y reconocimiento, que va pasar?

Pondremos su forma en el expediente y mencionaremos su eleccìon en nuestro sistema electronico, cuando regrese a su síguiente cita en Heroes Dental le preguntaremos sí ya recibio el Aviso de Privacidad. Sí ya recibió una copia, solo haganolo saber .

9. ¿ Que es lo que voy a pagar por firmar este Aviso de Privacidad?

No hay nungun cobro por firmar nuestro Aviso de Privacidad.

10. ¿Puedo firmar Este reconocimiento sin leer el Aviso de Privacidad?

Sí, es simplemente para documentar que recibiste el Aviso de Privacidad que es requerido por la ley de Denta. Su firma no indicara que has leído esta notificacion o que estas de acuerdo con lo que dice.



RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que me han proporcionado la oportunidad de leer una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Heroes Dental

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente o Tutor Legal _____

Fecha _____

La información clínica no se proporcionará a ninguna persona solo Usted como se señala en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Si desea que algun otro miembro de su familia y otras personas se informen de su condicion medical general o diagnostico incluyendo tratamiento, pagos o atenciones del cuidado del salud, por favor de anotar los nombres aqui:

SOLO PARA EL USO DEL OFICINA / FOR OFFICE USE ONLY:

We have made every effort to obtain written acknowledge of receipt of our Notice of Privacy from this patient but it could not be obtained because:

- Individual refuse to sign
- Due to an emergency situation it was not possible to obtain an acknowledgment
- A communication barrier prevented ECT from obtaining acknowledgment
- Other: (please provide specific details) _____

Employee Signature: _____

Date: _____