



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 \_\_\_\_\_

### HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Fecha de la ultima visita dental \_\_\_\_\_ Motivo de la visita \_\_\_\_\_

**Por favor marque SI o NO si Su niño ha tenido algunas de estas condiciones medicas:**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SIDA                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Epilepsia                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 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 Sangrado excesivo        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Higado                     | <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 Erupciones               | <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 Artritis                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiebre del Heno          | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Embarazo                   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades Venereas    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Accidentes en la cabeza  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha de T: _____          | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alergico a la Codeina    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Asma                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del corazon | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tratamiento de Radiaciones | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alergico a la Penicilina |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO de la sangre                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Soplo en la corazon      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problemas Respiratorios    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otros: _____             |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cancer                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hepatitis                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiebre Reumatica           | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____                    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Diabetes                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alta Presion             | <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 Mareos                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ictericas                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problema Sininitis         | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____                    |

Medicación Actual \_\_\_\_\_

Nombre del Pediatra \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Ha tenido su niño alguna complicacion en tratmentios dentales?  SI  NO

Si lo ha tenido, por favor expliquelo \_\_\_\_\_

Su niño ha estado hospitalizado; o en la sala de emergencia los ultimos 2 años?  SI  NO

Si lo ha tenido, por favor expliquelo \_\_\_\_\_

Su niño esta siendo atendido por algun otro Doctor?  SI  NO

Si lo tiene; Por favor mencionelo \_\_\_\_\_

Tiene su niño alguna enfermedad importante que debamos 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 Padre/Tutor legal \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL PADRE/TUTOR LEGAL

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELÉFONO CASA \_\_\_\_\_ MOBILE \_\_\_\_\_ TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

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

RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DE EMPLEADOR \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELFONO # (CASA) \_\_\_\_\_ (TRABAJO) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIVADO

Compañía Aseguradora, Nombre y Dirección \_\_\_\_\_

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 efectivo 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 un 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 valor que elijan 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 en mi niño/nina.**

\_\_\_\_\_  
Firma De Pariente/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente

\_\_\_\_\_  
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 D. 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: \_\_\_\_\_