

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Paciente: _____

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de la boca, esta forma parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que pueda estar tomando, podrían tener una interrelación importante con la atención dental que recibirá.

¿Está bajo el cuidado de un médico ahora? Si No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tuvo una cirugía mayor? Si No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Si No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Está tomando algún medicamento, píldora o droga? Si No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Usa tabaco o consume alcohol? Si No En caso afirmativo, ¿Con qué frecuencia?: _____

MUJERES: ¿Estás embarazada o tratando de quedar embarazada? Si No ¿Tomando anticonceptivos orales? Si No ¿Amamantando? Si No

¿Es usted alérgico a alguna de las siguientes? Si No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Aspirina Penicilina Codeína Anestésicos Locales Acrílico
 Metal Latex Drugos de Sulfa Otra(o) En caso de otra(o), explíquelo por favor: _____

¿Tiene usted o ha tenido usted alguna de las siguientes condiciones? **Por favor marque sí o no en cada una de las siguientes.**

SIDA/VIH Positivo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hemophilia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamientos de Radiación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Medicina de cortisona <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B or C <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Abuso de drogas o alcohol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Angina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Falta de aliento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión alta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reumatismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis/Gota <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfisema <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alto colesterol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Escarlatina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Válvula Artificial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia/Convulsiones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hives/Rash <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes zoster <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Articulación Artificial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sangrado en exceso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hypoglycemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sed en exceso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Palpitaciones Irregulares <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problema sinusal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la sangre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desmayos/Mareos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de Riñón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Espina Bífida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tos Frecuente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Leucemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad estomacal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problema respiratorio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diarrea Frecuente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad al Hígado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fácilmente abollado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión baja <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de las extremidades <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cancer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes genitales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad en el Pulmón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mitral Valve Prolapse <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hay fever <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/ampollas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pain in Jaw Joints <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tumores o Crecimientos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Trastorno cardíaco congénito <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Soplo al corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Parathyroid Disease <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Úlceras <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Marcapasos Cardíaco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cuidado Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Venérea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Problemas al corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	ictericia amarilla <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Trastorno cardíaco congénito <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			ADD / ADHD <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? Si No

Comentarios: _____

Hasta donde sé, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental sobre cualquier cambio en el estado médico.

Nombre del Paciente ó Padre ó Adulto Responsable

Relación con el paciente

Firma del Paciente ó Padre ó Adulto Responsable

Fecha

POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN A SU CITA o CITA PERDIDA

Cuando nuestra oficina programa su cita, reservamos un espacio y un horario exclusivos para usted. Solo le pedimos que si tiene que reprogramar su cita, nos avise con al menos 48 horas de anticipación. Esta cortesía permite ceder su franja horaria reservada a otro paciente que espera pacientemente una cita más temprana.

Hay un cargo de \$25 por visita por no presentarse a las citas programadas.

***Las cancelaciones repetidas o las citas perdidas resultará en la pérdida de los privilegios de citas futuras.**

Cada paciente en nuestra práctica recibe una reserva única. Cuando se programa su cita, se reserva tiempo de calidad, se ordenan sus materiales y hacemos arreglos especiales para estar preparados para su visita.

A excepción del tratamiento de emergencia para otro paciente, podemos garantizarle que seremos puntuales.

Nosotros, por supuesto, agradeceríamos la misma cortesía por parte de nuestros pacientes.

Al firmar a continuación, reconoce que ha leído y comprende nuestra política de cancelación/falta de citas.

¡Esperamos brindarle atención de calidad a usted y a sus seres queridos!

Nombre del Paciente ó Padre ó Adulto Responsable

Relación con el paciente

Firma del Paciente ó Padre ó Adulto Responsable

/ /
Fecha

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Consentimiento informado para el tratamiento dental

Entiendo que yo o mi hijo: _____ haremos el siguiente trabajo:
(NOMBRE DEL PACIENTE)

RAYOS X EXAMEN HOME CARE OTRO: _____ Iniciales _____

PROFILAXIS:

Durante la profilaxis dental (limpieza dental), entiendo que implica eliminar la placa y los cálculos por encima de la línea de las encías y no incluirá infecciones de las encías por debajo de la línea de las encías llamadas enfermedad periodontal. Entiendo que el sangrado puede durar varias horas. Si persiste o es grave, debe recibir atención de inmediato y debe comunicarse con esta oficina. Me han explicado que existen ciertos riesgos potenciales del procedimiento que incluyen, entre otros, molestias e hinchazón postoperatorias. Estirar las dos comisuras de la boca podría provocar grietas y moretones en la boca. Hinchazón, moretones y sangrado del tejido de las encías. Contracción del tejido de las encías. Sensibilidad de los dientes. Aflojamiento de los dientes. Fractura de empastes y porcelana de coronas. Exposición de márgenes de coronas o cofias anteriores. Iniciales _____

Nombre del Paciente ó Padre ó Adulto Responsable

Relación con el paciente

Firma del Paciente ó Padre ó Adulto Responsable

_____/_____/_____
Fecha

Formulario de consentimiento informado de HIPAA
(Todos os pacientes mayores de 18 años deben completar este formulario)

-Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida. El Aviso contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos según la **Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico**. Tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este consentimiento, solicitando una copia en la recepción. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

-Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que se usa o divulga su información de salud protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo.

-Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información de salud protegida para tratamiento, pago y operaciones de salud. Tiene derecho a revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos realizado en función de su consentimiento previo. La Práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médicos de 1996 (HIPAA). El paciente entiende que:

La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

La Práctica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso.

La Práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.

El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.

El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones futuras. La Práctica puede condicionar el tratamiento a la ejecución de este Consentimiento.

A continuación se muestra una lista de las formas en que la oficina podría comunicarse con usted. Por favor marque todos los que apliquen. Proporcione cualquiera de las siguientes para que la administración pueda enviar sus registros tan completos como sea necesario de su consultorio dental.

Correo Electrónico Personal _____ # de Celular personal (_____) _____ - _____
 Correo electrónico del trabajo _____ # de Fax de casa (_____) _____ - _____
 # de Teléfono del trabajo (_____) _____ - _____ # de Fax del trabajo (_____) _____ - _____
 Dirección de la casa _____
 Dirección del trabajo _____

Proporcione los nombres de quién puede tener acceso a su información médica / ¿A qué partes de la tabla se les permite el acceso?

_____ Acceso total / Acceso parcial _____
 _____ Acceso total / Acceso parcial _____
 _____ Acceso total / Acceso parcial _____

Nombre del Paciente ó Padre ó Adulto Responsable

Relación con el paciente

Firma del Paciente ó Padre ó Adulto Responsable

Fecha

Si el paciente/padre o tutor legal se niega a firmar, el personal y un testigo deben firmar a continuación:

Nombre y firma del personal _____ FECHA _____ / _____ / _____

Nombre y firma del testigo _____ FECHA _____ / _____ / _____

Política Financiera

Gracias por elegir nuestra oficina como su proveedor de atención de la salud dental. Nuestra principal responsabilidad es brindar atención dental de la más alta calidad para usted y sus dependientes. Parte de nuestro compromiso es su comprensión y responsabilidad por el pago del saldo de su cuenta.

Nuestra política financiera básica es la siguiente: EL PAGO TOTAL SE DEBE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO, SE PUEDEN HACER ARREGLOS DE PAGO SI EL GERENTE DE LA OFICINA PLANEA Y APRUEBA UN TRATAMIENTO EXTENSIVO. ACEPTAMOS EFECTIVO, VISA, MASTERCARD, DISCOVER, AMERICAN EXPRESS Y CARE CREDIT. Los pacientes adultos son responsables del pago completo en el momento del servicio, a menos que se hagan arreglos específicos antes del inicio del tratamiento. Requerimos al menos la mitad de la porción estimada del paciente para dentaduras postizas, coronas, puentes y cualquier otro aparato en la fecha de inicio de los procedimientos. El saldo restante adeudado se requiere en la fecha de colocación o entrega. El Adulto que acompaña a un Menor y los pacientes/tutores son responsables del pago total en el momento del servicio. Para menores no acompañados, se negará el tratamiento que no sea de emergencia a menos que los cargos hayan sido pre autorizados con tarjeta de crédito o en efectivo al momento de verificar los servicios.

CON RESPECTO AL SEGURO: Aceptamos seguro. Se requiere el pago completo en el momento del servicio, aceptaremos la asignación de planes de seguro participantes y nosotros presentaremos reclamos dentales en nombre de *nuestros pacientes*, y enviaremos un reembolso por el pago de la compañía de seguros a nuestros pacientes de manera oportuna. No podemos predeterminar ni facturar únicamente los beneficios del seguro. Será necesario enviar un presupuesto previo al tratamiento a su compañía de seguros para determinar el programa de beneficios para los servicios que se prestarán. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros: *nosotros no somos parte de ese contrato*. Cualquier reclamo de seguro que no se resuelva dentro de los 45 días se deberá pagar en su totalidad. Es su responsabilidad pagar nuestra práctica en su totalidad por la factura del tratamiento. Tenga en cuenta que algunos y quizás todos los servicios proporcionados pueden ser servicios no cubiertos. Usted es responsable del saldo total sin importar cuál sea el resultado con su proveedor de seguros.

TARIFAS HABITUALES Y COSTUMBRES: Nuestra práctica se compromete a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes y cobramos lo que es habitual y acostumbrado por la calidad del tratamiento que se brinda. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas usuales y habituales de cualquier compañía de seguros. Haremos todo lo que sea razonable y apropiado para recibir los máximos beneficios de seguro a los que usted tiene derecho.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Y TÉRMINOS ADICIONALES: Las cuentas sin pagar después de 60 días desde el día del servicio están sujetas a un cargo por mora de \$35.00. Además, el saldo sin pagar está sujeto a un cargo por financiamiento del 1,5 % mensual (18 % anual). Si tenemos que enviar su cuenta sin pagar al departamento de colección, usted será responsable de todos los cargos en los que incurra nuestra práctica; incluidos los gastos de cobro, las costas judiciales y los honorarios razonables de los abogados. Todo nuestro personal está dedicado a USTED, el paciente. Gracias por entender y aceptar nuestra Política Financiera. Háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

Iniciales: **Consentimiento del Paciente:** He leído la Política Financiera. Entiendo y acepto los términos de la Política financiera de Portal Cypress Family Dentistry and Orthodontics. También se requiere una identificación con foto con su firma.

Nombre del Paciente ó Padre ó Adulto Responsable

Relación con el paciente

Firma del Paciente ó Padre ó Adulto Responsable

Fecha