

REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

SEXO: M / F Numero De Seguro Social: _____

Direccion: _____

Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____

Telefono: _____ Celular: _____

Le Gustaria recibir recordatorios de cita por medio de mensaje de texto? SI / NO

Correo Electronico: _____

Le Gustaria recibir recordatorios de cita por medio de correo electronico ? SI / NO

PERSONA RESPONSABLE POR EL PACIENTE

(Completar solo si el paciente no sera responsable de pagar esta visita)

Nombre de la persona responsable de hacer citas o pagos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de seguro social: _____

Relacion del Paciente: () YO () ESPOSA/O () PADRE /GUARDIAN

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Telefono: _____

Relacion Del Paciente: _____

Nombre: _____ Telefono: _____

Relacion Del Paciente: _____

INFORMACION DEL SEGURO DENTAL

Compañia de Seguro: _____

Numero de Poliza: _____

Empleador: _____

Direccion de empleo: _____

Numero De Grupo _____

Nombre del Asegurado: _____

Numero de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sex: M / F

MUJERES

Esta Embarazada? SI / NO Semanas : _____ Fecha Approx. de Parto : _____

Recientemente ha dado a luz? SI / NO Cuando: _____

ALGUNA ALERGIA

CUESTIONARIO DE SALUD

Esta usted bajo algun tratamiento Medico? SI / NO

Para que condicion? _____

Esta usted bajo algun Medicamento? SI / NO

Nombre Del Medicamento? _____

As tenido alguna reaccion de Allegia con algun medicamento? SI / NO

Que tipo de medicamento? _____

Alguna vez ha tenido una hemorragia excesiva que requiere tratamiento? SI / NO

Ha sido un paciente en el hospital durante los últimos 2 años? SI / NO

Fecha de ultima cita dental: _____ Ultima Limpiesa Dental: _____

Rayo-X _____

Que Le Hisieron En Su Ultima Cita Dental? _____

Cada Cuanto Se Sepilla Los Dientes? _____

Cada Cuanto Se Pasa Hilo Dental? _____

Tiene Algun Problema Dental En Estos Momentos? SI / NO

Cual Es Su Problema Dental?

Son sus dientes sensible a culquiera de los siguientes? CALIENTE FRIO DULCE MUERDE/MASTICA

Le duelen O sangran las encías? SI / NO

Han experimentado sus padres enfermedad de las encías o la pérdida de dientes? SI / NO

Se le queda la comida atrapada entre los dientes? SI / NO

Se hace rechinar los dientes por la noche o durante el día? SI / NO

Usted Fuma /Mastica Tabacco? SI / NO

MANEJO DEL DOLOR

Se encuentra actualmente bajo el cuidado de un especialista en el *Manejo del Dolor*? SI / NO

Está actualmente inscrito en el Programa de *Manejo del Dolor*? SI / NO

Certifico que he respondido a las respuestas anteriores con la verdad a mi mejor capacidad

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

(Circula) Si ah tenido alguno de los siguientes:

PROBLEMA DEL CORAZON	LESIONES CONGENITOS DEL CORAZON	SOPLO EN EL CORAZON
PRECION ALTA	PRECION BAJA	ANEMIA
FIEBRE REUMATICA	SIDA	CANCER
ASMA	DIABETIS	TUBERCULOSIS
EPATITIS	ICTERCIA	ARTRITIS
EPILEPSIA	OPERACIÓN DEL CORAZON	REEMPLAZO DE CADERA
ENFERMEDA RESPIRATORIA	ENFERMEDAD EN LA SANGRE	ENFERMEDAD DEL HIGADO
ENFERMEDAD DE LOS RIÑONES	ENFERMEDAD VENERIA	HERPES
ARTICULACIONES ARTIFICIALES	SANGRADO ANORMAL	MARCAPASO

Firma del paciente o Guardian: _____ Fecha: _____

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

Remarcos:

Firma: _____ Firma: _____

Paciente/Guardian

Doctor

ACTUALIZACION MEDICA

Remarcos:

Firma: _____ Firma: _____

Paciente/Guardian

Doctor

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

AVISO DE CONSENTIMIENTO PREDUNTO A PRUEBA DE SANGRE **(VIH)**

Una ley fue aprobada en Virginia en 1989, que permite a los proveedores de atención médica para poner a prueba a sus pacientes de los anticuerpos del VIH, cuando un trabajador sanitario está expuesto a la sangre o los fluidos corporales de un paciente de una manera que puede transmitir el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus que se cree que causa el SIDA.

Además, en 1993, la capacidad de la prueba de la hepatitis B y C se modificó en esta ley. (Esta prueba también se puede hacer a la gente que le proporciona el tratamiento si está en contacto).

En el caso de que tal exposición, se le considera que ha dado su consentimiento a dicha prueba, y haber dado su consentimiento para la publicación de los resultados de las pruebas al proveedor de atención médica que pueda haber estado expuesta. Sin embargo, debe ser informado antes de cualquiera de su sangre se pondrá a prueba para el virus que causa el SIDA (H.I.V). La prueba se explica y se le daría la oportunidad de formular las preguntas que pueda tener. Usted proyecto de ley no se le cobrará por cualquiera de estas pruebas.

He leído y entiendo el aviso anterior "*del consentimiento presunto*"

Firma: _____

Fecha: _____

Paciente/Guardian

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

POLITICA DE PAGO

Con el fin de ayudar a proporcionarle el mejor servicio posible, hemos adoptado la siguiente política:

En el caso de que sea necesario que nos referimos su cuenta a una agencia de colección del firmante se compromete a pagar todos los costos de las comisiones de cobro. El suscrito también se compromete a pagar intereses a razón de (2%) por mes, (27% anual) sobre el saldo pendiente de la fecha en que los servicios fueron prestados. El abajo firmante también entiende y está de acuerdo en que han de ser plenamente responsable por cualquier y todos los gastos incurridos y se entera que la cobertura del seguro no les exime de la responsabilidad para el pago de la cuenta.

Si usted tiene un seguro regular a través de su trabajo Ex: Aetna PPO, PPO de Anthem, Cigna PPO, Delta PPO, PPO Guardián y MetLife PPO; usted será responsable de su (1) deducible anual de tiempo y cualquier co-pagos para cualquier trabajo que no está cubierto en (100%) de su plan.

Si usted tiene Medicaid Seguros y un servicio no está cubierto por su seguro que entender que será responsable de la diferencia.

Si usted es paciente de auto-pago usted será responsable de todos los servicios prestados en esa fecha del servicio.

El abajo firmante está haciendo este acuerdo con:
Ideal Dental Care, Inc.

Fecha

Firma del Paciente/Guardian

Numero de Seguro Social

Firma de Esposa/o (*si le aplica*)

Numero de Seguro Social de Esposa/o (*si le aplica*)

Si usted tiene seguro estaremos encantados de procesar sus formas, pero requerir el pago de su porción estimada cuando se prestan.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
DEL PACIENTE

Yo entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos son dados a mí bajo la Ley de Responsabilidad de 1996 Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento le autorizo a utilizar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- > El tratamiento (incluyendo el tratamiento directo o indirecto por otros profesionales de la salud involucrados en mi tratamiento).
- > Obtener el pago de los pagadores de terceros (por ejemplo, mi compañía de seguros).
- > Las operaciones de atención médica del día a día de su práctica.

También se me ha informado de, y dado el derecho de revisar y obtener una copia de su Aviso de prácticas de privacidad, que contienen una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud protegida, y mis derechos bajo HIPAA. Yo entiendo que se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo contactar con usted en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se utiliza mi información de salud protegida y revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, pero que no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si usted no está de acuerdo, entonces usted está obligado a cumplir con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o revelación que ocurrió antes de la fecha de revoco este consentimiento no se ve afectada.

Firma del paciente O Guardian: _____ Fecha: _____

