



Formulario de historia de salud

Correo electrónico

Fecha de hoy

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información sobre usted que creamos, recibimos o mantenemos. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán confidenciales sujeto a las leyes aplicables. Tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y es posible que haya preguntas adicionales sobre su salud. Esta información es vital para permitirnos brindarle la atención adecuada. Esta oficina no usa esta información para discriminar.

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre

Apellido

MI

Teléfono de casa

Teléfono móvil

Teléfono del trabajo

Método de contacto preferido

Teléfono Mensaje de texto Correo electrónico

Dirección de envío

Ciudad

Estado

Código postal

Altura

Peso

Fecha de nacimiento

Sexo

Ocupación

Contacto de emergencia

¿Cómo te enteraste de nosotros?

Si está completando este formulario para otra persona, ¿cuál es su relación con esa persona?

Tu nombre

Relación

Teléfono de casa

Teléfono móvil

INFORMACIÓN DENTAL *Para las siguientes preguntas, marque (X) sus respuestas*

	Si	No		Si	No
¿Sus dientes son sensibles al frío, al calor, al sudor oa la presión?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene dolores de oído o de cuello?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La comida o el hilo dental quedan atrapados entre los dientes?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene algún chasquido, chasquido o malestar en la mandíbula?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene la boca seca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene bruxismo o rechina los dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido algún tratamiento periodontal (de las encías)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene llagas o úlceras en la boca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido un tratamiento de ortodoncia (frenillos)?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usas dentaduras postizas o parciales?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna vez algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Participa en actividades recreativas que son activas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El suministro de agua de su hogar está fluorado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o la boca?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Bebes agua embotellada o filtrada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen	<input type="text"/>	

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?

DIARIO SEMANAL OCASIONALMENTE

¿Tiene actualmente dolor o malestar dental?.....

Queja principal

¿Qué se hizo en ese momento?

Fecha de las últimas radiografías dentales

Razón de la visita

INFORMACIÓN MÉDICA *(Continuado)*

Alergias: ¿Es alérgico o ha tenido una reacción a:

	Si	No		Si	No
Anestésicos locales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex (goma).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/estacional.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas sulfa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos/Otro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, por favor especifique		
Metales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Marque (X) su respuesta si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No
Soplo cardíaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes tipo I o tipo II.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de salud mental..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la válvula mitral..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿fecha?			Desorden alimenticio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, especifique		
Válvulas cardíacas artificiales..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Desnutrición.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fiebre reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o infección por VIH..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GE Reflujo/acidez estomacal persistente....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿tipo de infección?		
Angina de pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de riñón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriosclerosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas tiroideos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudores nocturnos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carrera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriopatía coronaria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistemático.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glándulas inflamadas persistentes en el cuello..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas cardíacas dañadas..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza/migrañas...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto de miocardio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso severa/rápida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos/convulsiones...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ETS.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de los senos nasales..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desórdenes neurológicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Micción excesiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos cardíacos congénitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, especifique			Desorden de déficit de atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				TDAH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca reumática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho al hacer ejercicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad al reflejo nauseoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno del procesamiento sensorial....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado anormal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden del sueño.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad sensorial oral...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

¿Un médico le ha recomendado que tome antibióticos antes de su tratamiento?..... Si No

¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema no mencionado anteriormente que crea que debería conocer?..... Si No

Por favor explique



Formulario de seguro

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y apellido del paciente

Fecha de nacimiento

SEGURO DENTAL PRIMARIO

Titular de la póliza

Yo Otro

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente)

Relación con el paciente

Yo Cónyuge Padre/Madre Tutor legal Pareja Otro

En otro caso, por favor especifica

Nombre del empleador

Teléfono del trabajo

Dirección del empleador

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de nacimiento del titular

La compañía de seguros

Número de grupo de seguro

Número de plan de seguro

Fecha efectiva

SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Titular de la póliza

Yo Otro

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente)

Relación con el paciente

Yo Cónyuge Padre/Madre Tutor legal Pareja Otro

En otro caso, por favor especifica

Nombre del empleador

Teléfono del trabajo

Dirección del empleador

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de nacimiento del titular

La compañía de seguros

Número de grupo de seguro

Número de plan de seguro

Fecha efectiva

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Si tengo derecho a los beneficios de Medicare, Medicaid o cualquier póliza de seguro u otro plan de beneficios de salud (que me cubra a mí o a cualquier persona legalmente responsable de mí), en consideración de los servicios que se me brindan, asigno, transfiero y transfiero los beneficios pagaderos en virtud de tal programa, política o plan de servicios que se me prestan. Autorizo el pago de estos beneficios directamente, y dichos beneficios se aplican a mi factura. Entiendo y reconozco que esta asignación no me exime de la responsabilidad financiera por los cargos incurridos por mí o cualquier otra persona en mi nombre, y por la presente reconozco la responsabilidad y acepto pagar los cargos no pagados en virtud de esta asignación, incluidos los montos de coseguro, deducibles, gastos médicos duraderos Equipo y cualquier cargo por servicio que se considere no cubierto, no precertificado o no preautorizado por mi plan de seguro.

Inicial

Doy mi consentimiento para el examen y el tratamiento.

Inicial

Autorizo la divulgación de información, incluidos el diagnóstico, los registros, el examen, el tratamiento, la radiología y las afirmaciones de información.

Esta información puede ser divulgada a

- Cónyuge Familia Amigos Otros médicos tratantes No divulgue mi información médica

FIRMA

NOTA: Se alienta tanto al médico como al paciente a discutir todos y cada uno de los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento.

- Certifico que he leído y comprendido lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es correcta. Entiendo la importancia de un historial médico veraz y que mi médico y su personal confiarán en esta información para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hay, acerca de las consultas establecidas anteriormente, han sido respondidas satisfactoriamente. No responsabilizaré a mi médico, ni a ningún otro miembro de su personal, por ninguna acción que tomen o no tomen debido a errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario.

Nombre del paciente/tutor legal

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

Todas las partes involucradas acuerdan que este documento puede firmarse electrónicamente. Las firmas electrónicas que aparecen en este documento son las mismas que las firmas escritas a mano a los efectos de la validez, exigibilidad y admisibilidad.



Formulario de consentimiento de HIPAA

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y apellido

Fecha de nacimiento

Dirección de envío

Ciudad

Estado

Código postal

CONSENTIMIENTO Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD *Lea atentamente las siguientes declaraciones.*

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y la operación de atención médica.

Aviso de prácticas de privacidad: tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información de salud protegida y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un aviso revisado de Prácticas de privacidad, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluidas las revisiones de nuestro Aviso, en cualquier momento comunicándose con nosotros por teléfono o correo electrónico.

Derecho a revocar: tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento enviándonos un aviso por escrito de su revocación enviado a la persona de contacto mencionada anteriormente. Por favor, comprenda que la revocación de este Consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en cumplimiento de este Consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si revoca este Consentimiento.

FIRMA

NOTA: Se alienta tanto al médico como al paciente a discutir todos y cada uno de los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento.

- Certifico que he leído y comprendido lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es correcta. Entiendo la importancia de un historial médico veraz y que mi médico y su personal confiarán en esta información para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hay, acerca de las consultas establecidas anteriormente, han sido respondidas satisfactoriamente. No responsabilizaré a mi médico, ni a ningún otro miembro de su personal, por ninguna acción que tomen o no tomen debido a errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario.

Nombre del paciente/tutor legal

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

Política de Cancelación Tardía y Ausencias

En Precious Smiles Family Dentistry, nos esforzamos por brindar una atención excepcional y acomodar las necesidades de horario de cada paciente. Para garantizar que todos los pacientes tengan acceso a citas oportunas, hemos implementado la siguiente política:

- **Cargo por Cancelación Tardía:** Le pedimos amablemente que nos notifique con al menos 24 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar su cita. Las cancelaciones realizadas con menos de 24 horas de aviso incurrirán en un cargo de \$50 por cancelación tardía.
- **Cargo por Ausencia:** Si no se presenta a su cita programada sin previo aviso, se aplicará un cargo de \$50 por ausencia a su cuenta.

Por favor, comprenda que estos cargos nos ayudan a cubrir los costos asociados con citas no utilizadas y a mantener una atención de alta calidad para todos los pacientes. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre esta política, no dude en hablar con nuestro personal.

Al firmar a continuación, usted reconoce y acepta los términos de nuestra política de cancelación y ausencias.

FIRMA

Firma del Paciente *

Fecha *

Formulario de autorización de fotografía/testimonio

Nombre de paciente: _____

Por la presente reconozco que un empleado tomará fotografías de mi cara y mis dientes como parte de mi visita y mis registros dentales. Entiendo que me pueden pedir que dé un testimonio sobre mi experiencia aquí. Entiendo que cualquier fotografía o testimonio que autorizo para su uso puede aparecer en las redes sociales, sitios web y otros materiales informativos para inspirar y educar tanto al público como a los pacientes. Por la presente doy mi consentimiento para el uso de las fotografías y/o testimonio que he dado bajo una de las siguientes circunstancias:

- Todas las fotografías/testimonios se utilizarán para educar al público y a otros pacientes sobre los sorprendentes resultados de todos los procedimientos dentales realizados.
- Sólo se utilizarán fotografías en primer plano para educar al público y a otros pacientes sobre los sorprendentes resultados de todos los procedimientos dentales realizados.
- Rechazo el uso de fotografías para educar al público y a otros pacientes sobre los sorprendentes resultados de todos los procedimientos dentales realizados.

Tipo de testimonio consentido:

- Testimonio de voz Testimonio en vídeo

Queremos celebrar el éxito de las sonrisas de todos nuestros pacientes a través de fotografías y testimonios. ¡Compartir su viaje hacia la sonrisa puede inspirar a otra persona a comenzar su viaje hacia la sonrisa también!

Firma: _____ FECHA: _____