

Health History Form

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"/>

INFORMACIÓN DENTAL *(Continuado)*

¿Alguna vez ha tenido un tratamiento de ortodoncia (frenillos)?... Si No

¿Ha tenido alguna vez algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?..... Si No

¿El suministro de agua de su hogar está fluorado?..... Si No

¿Bebes agua embotellada o filtrada?..... Si No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?

DIARIO SEMANAL OCASIONALMENTE

¿Tiene actualmente dolor o malestar dental?..... Si No

Queja principal

¿Usas dentaduras postizas o parciales?..... Si No

¿Participa en actividades recreativas que son activas?..... Si No

¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o la boca?.. Si No

Fecha de su último examen

¿Qué se hizo en ese momento?

Fecha de las últimas radiografías dentales

Razón de la visita

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

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico?..... Si No

Nombre del medico

Teléfono

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal

¿Goza de buena salud?..... Si No

¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?..... Si No

Si es así, ¿qué condición se está tratando?

Fecha del último examen físico

¿Estás en recuperación?..... Si No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo ha estado en recuperación?

¿Ha tenido una enfermedad grave, una operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años?..... Si No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la enfermedad o el problema?

¿Toma anticoagulantes?..... Si No

¿Toma aspirina con regularidad?..... Si No

¿Está tomando o tiene programado comenzar a tomar alguno de los medicamentos, alendronato (Fosamax) o risedronato (Actonel) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget?..... Si No

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

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 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.