



BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA

Fecha: _____.

Gracias por escoger nuestra oficina.

Para poder servirles mejor necesitamos la informacion siguiente. (Por favor imprima) Esta informacion es confidencial.

Nombre Del Paciente: _____
Apellido Primer Nombre Iniciales

Seguro Social: _____, Sexo: M F Fecha De Nacimiento: _____

Informacion de la persona responsable:

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Iniciales

Direccion: _____

Ciudad: _____, Estado: _____, Codigo Postal: _____

Numero de Telefono de Casa: _____, Telefono Celular: _____, Telefono Trabajo: _____

Correo Electronico _____ Empleador: _____, Ocupacion: _____

Fecha De Nacimiento: _____, Relacion Al Paciente: _____

A quien podemos dar gracias por referrio/a con nosotros? _____

Es aprensivo al taratamiento dental? SI NO

Sus dientes son sensibles al FRIO o CALIENTE? SI NO

Le sangran las encias o se sienten irritades? SI NO

Esta viendo a un Doctor General? SI NO Si, Para que razon lo estan tratando? _____

Nombre y telefono del Doctor General: _____

El paciente esta tomando algun medicamento(s)? _____

El paciente esta embarazada? SI NO Cuantos meses? _____

CIRCULE LAS CONDICIONES MECIAS QUE TENGA:

- | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------|---------------|
| -Endermedad del Corazon | - Ulcera - Chemoterapi a | -Emphyesma | - Alta Precion Sangina | - Anemia |
| - Artritis | - Nerviosidad | - Enfermedad da la sangre | - Problema del rinon | - Glucomia |
| -Epilepsia | - Diabetes | -Asthma | -Soplo en el Corazon | -Tuberculosis |
| -Hemophilia | -Fibra Reumatica | -HIV+ | - Chemoterapi a | |
- Otro: _____

CIRCULE LA ALERGIA QUE TENGA:

- | | | | | |
|-------------------|-------------------|--------------------------------------|-----------|----------|
| -Anesthesia local | -Penicilina | -Sedativos, Medicamentos para dormir | -Aspirina | -Codeina |
| -Drogas con Sulfa | -Otros narcoticos | -Otro: _____ | | |

Si en algun momento yo tengo algun cambio en mi salud o algun cambio en las medicinas que tomo, yo le informare a mi dentist en la proxima cita.

Firma: _____

Fecha: _____



AVISO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE UTILIZAR Y DIVULGARSE LA INFORMACION DE SU SALUD SOBRE USTED Y COMO PUEDE OBTENER USTED ACCESO A ESTA INFORMACION. FAVOR DE LEERLO CUIDADOSAMENTE, CONSIDERAMOS IMPORTANTE LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACION DE SALUD.

Por ley, es requerido proveer el aviso de la Privacidad del Paciente. Este aviso describe como su historial medico puede ser usado por nuestra oficina. Tambien le explica como puede obtener acceso a su historial medico.

Como paciente tiene derecho a:

- El derecho a revisar su informacion;
- El derecho de corregir su informacion;
- El derecho a que su informacion sea restringado;
- El derecho a requerir que su informacion sea confidencial;
- El derecho a reporter divugaciones de su informacion; y
- El derecho a recibir una copia de este aviso.

Queremos asegurarnos que su informacion medica esta segura por nosotros. Esta aviso de la Privacidad del Paciente contiene informacion confidencial.

Reconocimientp de Aviso a la Privacidad del Paciente

Reconosco que eh revisado el aviso de la Privacidad del Paciente, yo entiendo que la oficina me informara si ay cambios sobre este aviso. Por cualquier razon si llega aser modificado o cambiado en cualquier forma yo resivire una copia.

_____.

Nombre del Paciente

_____.

Firma del Paciente/Padre Legal

_____.

Fecha



Asignación Y Lanzamiento del Seguro

Certifico que yo/o mis dependientes cubren el seguro con _____ y asigne directamente a todo a Real Dental todas las ventajas de seguro, eventualmente, si no pagadero a mí para los servicios hechos. Entiendo que yo soy financieramente responsable de todas las cargas independientemente de si es pagado por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro.

Iniciales

Real Dental puede utilizar mi información del cuidado médico de los dependientes y puede divulgar tal información al compañía de seguros arriba nombrada y a sus agentes con el fin de obtener el pago para los servicio y determinar ventajas de seguro o las ventajas pagaderas para el servicio relacionado.

Acuerdo Financiero

Reconozco que el pago es debido a la hora del tratamiento a menos que se hayan convenido en otros arreglos. Convengo que los padres, los guardas o los representantes personales son responsables de todos los honorarios y servicios hechos para el tratamiento de un niño dependiente.

Nombre De Paciente

Firma De La Parte Responsable

Fecha