

REGISTRO E HISTORIAL ODONTOLÓGICO

1

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

SS/HIC/ID Paciente _____

Nombre del paciente _____
 Apellido _____
 Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Domicilio _____

Correo electrónico _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Correo electrónico _____

Sexo M F Edad _____

Fecha de nacimiento _____

Casado Viudo Soltero Menor

Separado Divorciado En pareja durante _____ años

Empleador/Escuela del paciente _____

Ocupación _____

Domicilio del empleador/escuela _____

Teléfono del empleador/escuela (_____) _____

Nombre del cónyuge _____

Fecha de nacimiento _____

Empleador del cónyuge _____

¿A quién podemos agradecer su referencia? _____

2

SEGURO ODONTOLÓGICO

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros _____

Grupo # _____

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? Sí No

Nombre del suscriptor _____

Fecha de nacimiento _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros _____

Grupo # _____

CESIÓN Y DIVULGACIÓN
 Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de _____ y cedemos directamente al
 Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros _____

Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

 Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

 Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

 Fecha

 Relación con el paciente

3

NÚMEROS DE TELÉFONO

Primario (_____) _____ Otro teléfono (_____) _____

Primario del Cónyuge (_____) _____ Mejor momento y lugar para contactarlo _____

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON (Especificar alguien que no viva en su hogar.)

Nombre _____ Relación _____

Primario (_____) _____ Otro teléfono (_____) _____

4

HISTORIAL ODONTOLÓGICO

Motivo de la visita de hoy _____	Ardor en la lengua <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	Masticación en un lado de la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dentista Anterior _____	Fumar cigarrillo, pipa o cigarro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de ortodoncia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudad/Estado _____	Chasquido o crujido mandibular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor alrededor del oído <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de la última consulta odontológica _____	Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento periodontológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de últimos rayos X odontológicos _____	Comerse las uñas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al frío <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcar "sí" o "no" para indicar si experimentó:	Acumulación de comida entre los dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al calor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mal aliento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Objetos extraños <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad a lo dulce <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangrado de encías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Rechinar de dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al morder <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ampollas en labios o boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Encías hinchadas o sensibles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Llagas o protuberancias en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dolor o cansancio mandibular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____
	Morderse los labios o las mejillas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____
	Dientes flojos o empastes rotos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

5

HISTORIAL DE SALUD

Nombre del médico _____ Fecha de la última consulta _____

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

¿Usted está tomando (o ha tomado) medicación de bisfosfonatos (recetado para prevenir o tratar osteoporosis)? Nombres comerciales de bisfosfonatos incluyen Fosamax, Actonel, Atelvia y Boniva (tomados en forma de pastilla) Otros medicamentos incluyen Aredia, Bonefos, Didronel y Zometa, cuales a veces son administradas por inyección, y pueden ser recetados para terapia contra el cáncer para reducir el dolor de los huesos. Sí No

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad respiratoria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos o mareos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis, reumatismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlata <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvulas cardíacas artificiales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulaciones artificiales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sinusitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Erupción cutánea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas lumbares <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis tipo _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dieta especial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangrado anormal en caso de extracciones o cirugía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoplejía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad sanguínea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de pies o tobillos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ictericia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de glándulas en cuello <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependencia de fármacos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor mandibular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas circulatorios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lesiones cardíacas congénitas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión sanguínea baja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumor o quiste en cabeza o cuello <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tratamientos con cortisona <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de válvula mitral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlcera <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos, persistente o con sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas nerviosos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso inexplicada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfisema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia psiquiátrica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Tratamiento de radiación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Usa lentes de contacto? Sí No

Mujeres:

¿Está usted embarazada? Sí No

Fecha de parto _____

¿Está usted amamantando? Sí No

¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

MEDICAMENTOS

ALERGIAS

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente y el diagnóstico correspondiente:

Nombre de la farmacia _____

Teléfono (_____) _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Anestésico local |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos (Píldoras para dormir) | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Sulfa |
| <input type="checkbox"/> Iodina | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Latex | _____ |

6

ACTUALIZACIONES (Completar en todas las consultas futuras)

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica? Sí No

¿En qué sentido? _____

¿Está tomando alguna medicación nueva? _____ ¿Cuál? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

.....

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica? Sí No

¿En qué sentido? _____

¿Está tomando alguna medicación nueva? _____ ¿Cuál? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

Consentimiento Para Uso Y Divulgación De Información De Salud

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

AL PACIENTE: POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES CUIDADOSAMENTE

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

Aviso de prácticas de privacidad: tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir firmar este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, pago y actividades 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. Una copia de nuestro Aviso acompaña este Consentimiento. Lo alentamos a leerlo detenidamente y completamente antes de firmar este Consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestra prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestra 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. Copia de este formulario de consentimiento está disponible a pedido.

Revocar: Usted tendrá el derecho de revocar este Consentimiento en cualquier momento enviándonos un aviso por escrito de su revocación enviada a la persona de contacto mencionada anteriormente. Tenga en cuenta que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna medida que hayamos tomado con este Consentimiento antes de que recibamos su revocación, y que podemos rechazar su tratamiento o seguir tratándolo en caso de revocar este consentimiento.

Divulgación y consentimiento individual:

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para que use y divulgue mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

Yo, _____, otorgo a Seven Corners Dental Care, permiso para divulgar información relacionada con el tratamiento, las cuentas y el historial médico a la siguiente persona que puede actuar como representante personal, padre o tutor.

Nombre _____ Relacion con el paciente: _____ (Inicial)

Envío por correo electrónico de rayos X:

Al proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes, podría ser necesario que enviemos radiografías por correo electrónico a otros especialista o dentistas. Doy mi permiso para este servicio.

_____ (Inicial)

Solicitud de contacto preferida:

Mensaje de texto: _____ Telefono preferido: _____

Email: _____

Divulgación: usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus citas, facturación e información de salud mediante un medio de comunicación preferido. Si hay algún cambio, solicítelo por escrito. La solicitud debe especificar el medio alternativo o la ubicación y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos y la transferencia de los documentos con los medios o lugares alternativos que desee. Si no podemos comunicarnos con usted utilizando la información provista, podemos comunicarnos con usted utilizando la información provista en su historial médico.

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Si este consentimiento es firmado por un representante personal, padre o tutor en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____ Relación con el paciente: _____

USO DE OFICINA SOLAMENTE

Intenté obtener la firma del paciente como reconocimiento en este Aviso de prácticas de privacidad, pero no pude hacerlo, como se documenta a continuación:

Fecha:	Iniciales:	Motivo:
--------	------------	---------

Póliza de la Oficina

Estimado paciente (s)

El personal y la atención dental de Seven Corners se comprometen a proporcionar nada menos que excelentes servicios dentales y de atención al cliente. Nos esforzamos por hacer que la experiencia de cada paciente sea lo más agradable y oportuna posible. Esperamos servirle todas sus necesidades dentales. Por favor, lea lo siguiente y firme a continuación. Si necesita aclaración sobre algún artículo, no dude en preguntar.

- **CONSENTIMIENTO:** El médico está autorizado a tomar todos los rayos X, modelos de estudio, fotografías o cualquier otro medio de diagnóstico que considere apropiado para hacer un diagnóstico exhaustivo de las necesidades dentales del paciente. Tenga en cuenta que el uso de agentes anestésicos representa un cierto riesgo. También tenga en cuenta que usted es responsable de informar al médico sobre cualquier cambio en su historial médico o personal, incluidos nuevos medicamentos, nueva información de contacto o cambios en el seguro.
- **INFORMACIÓN DE SALUD:** Usted debe aceptar divulgar su historial médico, incluidas todas las alergias y medicamentos. Cuando se solicitan consultas médicas, es importante que se completen y devuelvan a nuestra oficina antes de iniciar el tratamiento. Además, si está embarazada, debemos obtener el consentimiento de su OB/GYN antes del tratamiento.
- **PAGOS Y HONORARIOS:** El pago, incluidos los deducibles o copagos, se espera al momento del servicio. No habrá excepciones a menos que se hayan hecho otros arreglos antes de que usted reciba algún servicio. Ofrecemos financiamiento interno para trabajos importantes. Si el banco devuelve un cheque, hay un cargo de \$35.00. Si un paciente tiene un saldo pendiente con vencimiento de 120 días y no se han hecho arreglos de pago, la cuenta se entregará a una agencia de cobros. Nos reservamos el derecho de responsabilizar al paciente de todos y cada uno de los honorarios legales en la consecución de los fondos que se adeudan a la oficina.
- **SEGURO:** Por favor, tenga en cuenta que nuestra oficina extenderá la cortesía y hará los ajustes razonables para verificar su seguro, presentar reclamaciones en su nombre y ayudarlo a encontrar respuestas a las preguntas que pueda tener con respecto a su póliza de Seguro. Sin embargo, las políticas varían tanto que es imposible para nuestra oficina conocer cada detalle de cada política. En última instancia, es responsabilidad del paciente comprender su propia cobertura de Seguro. En caso de que el Seguro del paciente no pague o pague, el paciente será responsable del monto impago. Si no se puede verificar la cobertura del Seguro en el momento en que se prestan los servicios, el paciente puede esperar pagar de su bolsillo por el tratamiento. Los pagos realizados serán reembolsados una vez que su compañía de seguros haya pagado.
- **CARGOS POR CITAS ROTAS:** La cancelación o reprogramación de citas se debe hacer con al menos 24 horas de anticipación; nos reservaremos el derecho de cobrarle a cada paciente una tarifa de \$50.00 si no se da el aviso de 24 horas. Hay una tarifa de \$100.00 para las citas de fin de semana si no se da el aviso de 24 horas. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, nos reservamos el derecho de cancelarla y/o pedirle que reprogramme.

Brindamos atención de emergencia a todos aquellos pacientes que lo necesiten y aceptamos emergencias sin cita previa. Llámenos lo más temprano posible y sea flexible con su tiempo para que podamos tratar su problema con prontitud. Como vemos emergencias, comprenda que esto puede hacer que el médico se atrase en su agenda de citas regulares. Nos esforzamos por llegar a tiempo y esperamos que sea paciente y comprensivo con el fin de complacerlo.

- **Imágenes y video: Queremos que sepa que tenemos videovigilancia en SCDC por motivos de seguridad. Al firmar a continuación, ha leído y comprendido completamente la política de la oficina que se le presentó, y acepta cumplir con las pautas establecidas anteriormente.**

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre/ tutor si el paciente es menor: _____ Fecha: _____