

## Nueva información del paciente

LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Fecha:	.....			
Paciente:	.....			
	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MASCULINO HEMBRA
Fecha de nacimiento del paciente:	.....		Seguro Social (solo para pacientes con aseguranza):	.....
Dirección:	DIRECCIÓN 1 .....			#DE CASA: .....
	DIRECCIÓN 2 .....			#DE .....
	CIUDAD ST CÓDIGO POSTAL .....			CELLULAR: .....
E-Mail:	.....			OTROS: .....
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA				
En caso de emergencia, sírvase proporcionar información para el pariente más cercano o la persona de contacto designada no en la dirección del paciente:				
.....			Tel: .....	
NOMBRE		RELACIÓN		
INFORMACIÓN DE EMPLEO				
Empleador:	Ocupación: .....			
Dirección:	DIRECCIÓN 1 .....			#DE TRABAJO: .....
	DIRECCIÓN 2 .....			: .....
	CIUDAD ST CÓDIGO POSTAL .....			: .....
E-Mail:	.....			
INFORMACIÓN DE ASEGURANZA				
Suscriptor:	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
	.....		.....	
Fecha de Nacimiento del suscriptor	.....		Seguro Social de Suscriptor: .....	
Emplero de suscriptor:	.....			
Relación con el paciente al suscriptor:	<input type="checkbox"/> YO <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> NIÑO(A) <input type="checkbox"/> OTROS			
Group #:	NOMBRE DE ASEGURANZA: .....		Numero de identificación: .....	
Dirección:	.....			TEL: .....
	.....			FAX: .....
	CIUDAD	ST	CÓDIGO POSTAL	

**INFORMACIÓN DE SU MÉDICO**

Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Clínica: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO**

- Y  N Esta abajo cuidado de un médico ahora? \_\_\_\_\_
- Y  N Cualquier graves enfermedades o cirugías? \_\_\_\_\_
- Y  N Uso de tabaco en cualquier forma? Si la respuesta es sí, describe: \_\_\_\_\_
- Y  N Tiene que tomar medicación antes de visitas dentales debido a una afección cardíaca o articulación artificial? \_\_\_\_\_
- Y  N Toma cualquier prescripción o medicamentos diario? Si la respuesta es sí, la lista de detalles en la sección de medicamentos.

**PACIENTES DE SEXO**  
 FEMENINO:  Y  N da pecho actualmente?  Y  N actualmente embarazada? Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Hay algo importante acerca de su condición médica no hemos pedido?  Y  N si la respuesta es sí, describe: \_\_\_\_\_

**TODOS LOS PACIENTES: ¿TIENES O HAS TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES? (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):**  NINGUNO

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> EL REFLUJO ÁCIDO                | <input type="checkbox"/> BULIMIA                              | <input type="checkbox"/> LOS PROBLEMAS DE AUDICIÓN     | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO   |
| <input type="checkbox"/> TDAH                            | <input type="checkbox"/> CANCER/MALIGNIDAD                    | <input type="checkbox"/> ATAQUE AL CORAZÓN             | <input type="checkbox"/> LA RADIACIÓN/QUIMIOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                        | <input type="checkbox"/> PARÁLISIS CEREBRAL                   | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL CORAZÓN        | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES RESPIRATORIAS |
| <input type="checkbox"/> LA ANEMIA                       | <input type="checkbox"/> LA DEPENDENCIA DE PRODUCTOS QUÍMICOS | <input type="checkbox"/> SOPLO CARDÍACO                | <input type="checkbox"/> LA FIEBRE REUMÁTICA        |
| <input type="checkbox"/> ANOREXIA                        | <input type="checkbox"/> VARICELA                             | <input type="checkbox"/> HEPATITIS                     | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS SINUSALES        |
| <input type="checkbox"/> ANSIEDAD                        | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES                         | <input type="checkbox"/> PRESIÓN SANGUÍNEA ALTA        | <input type="checkbox"/> TRAZO                      |
| <input type="checkbox"/> VÁLVULA CARDIACA ARTIFICIAL     | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN                            | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL              | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TIROIDES     |
| <input type="checkbox"/> LAS ARTICULACIONES ARTIFICIALES | <input type="checkbox"/> LA DIABETES                          | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE HÍGADO           | <input type="checkbox"/> LA TUBERCULOSIS            |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS                        | <input type="checkbox"/> MAREOS O DESMAYOS                    | <input type="checkbox"/> PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL | <input type="checkbox"/> LAS ENFERMEDADES VENÉREAS  |
| <input type="checkbox"/> EL ASMA                         | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA O CONVULSIONES FRECUENTES  | <input type="checkbox"/> MONONUCLEOSIS                 | <input type="checkbox"/> OTRO - POR FAVOR LISTA:    |
| <input type="checkbox"/> AUTISMO/ASPERGER                | <input type="checkbox"/> LAS INFECCIONES DE OÍDO FRECUENTES   | <input type="checkbox"/> MARCAPASOS                    |   |
| <input type="checkbox"/> TRASTORNO HEMORRÁGICO           | <input type="checkbox"/> LAS ÚLCERAS                          |  |   |

**TODOS LOS PACIENTES: ES USTEDES ALÉRGICO O HA TENIDO ALGUNA REACCIÓN A LA SIGUIENTE? (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):**  NINGUNO

- |  |                                     |   |   |
|--|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> ASPIRINA                | <input type="checkbox"/> LA CODEÍNA | <input type="checkbox"/> LA INTOLERANCIA A LA LACTOSA | <input type="checkbox"/> PÍLDORAS PARA DORMIR               |
| <input type="checkbox"/> ANESTÉSICO LOCAL -      | <input type="checkbox"/> DAIRY      | <input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD DE METAL        | <input type="checkbox"/> LAS SULFAS                         |
| <input type="checkbox"/> LOS BARBITÚRICOS        | <input type="checkbox"/> LÁTEX      | <input type="checkbox"/> SEDACIÓN CON ÓXIDO NITROSO   | <input type="checkbox"/> LA PENICILINA Y OTROS ANTIBIÓTICOS |
| <input type="checkbox"/> OTRO - POR FAVOR LISTA: |                                     |   |   |

**INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS**

**TODOS LOS PACIENTES: ¿ESTÁ TOMANDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):**  NINGUNO

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> LOS ANTIBIÓTICOS Y SULFAS             | <input type="checkbox"/> ANTIHISTAMÍNICOS Y ALERGIAS                 | <input type="checkbox"/> UNA ASPIRINA DIARIA           | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL |
| <input type="checkbox"/> LOS ANTICOAGULANTES                   | <input type="checkbox"/> LOS MEDICAMENTOS DE QUIMIOTERAPIA DE CÁNCER | <input type="checkbox"/> CORTISONA/ESTEROIDES          | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTO PARA EL CORAZÓN/DIGITALIS |
| <input type="checkbox"/> LA INSULINA                           | <input type="checkbox"/> NITROGLICERINA                              | <input type="checkbox"/> LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES    | <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS MEDICAMENTOS             |
| <input type="checkbox"/> OTROS MEDICAMENTOS PARA DIABÉTICOS    | <input type="checkbox"/> LAS DROGAS RECREATIVAS                      | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS PARA LA TIROIDES | <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTES.                      |
| <input type="checkbox"/> OTROS (POR FAVOR, LA SIGUIENTE LISTA) |  |  |  |

NOMBRE DE LA MEDICINA	FUERZA DE LA MEDICINA	RAZÓN DE LA MEDICINA

Firma del paciente/ Tutor Legal: \_\_\_\_\_  
 Revisado por Dr. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Reconocimiento de prácticas de privacidad

Actualizado 2013

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad con respecto a mi protegida personales y de información en salud, bajo el Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (HIPAA). Entiendo los términos en que se pueden utilizar mi salud personal y la información de identificación.

He sido informado de del mi proveedor dental *Aviso de prácticas de privacidad* que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información protegida de salud. Me ha dado el derecho a revisar y recibir una copia del *Aviso de prácticas de privacidad*. Entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho a modificar el *Aviso de prácticas de privacidad* y que puedo contactar con esta oficina en la dirección de arriba para obtener una copia actualizada del *Aviso de prácticas de privacidad*.

Entiendo que puedo pedir por escrito que restringe cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, las operaciones de pago o atención de la salud y comprendo que usted no está obligado a aceptar mi pedidas restricciones, pero si usted está de acuerdo entonces que están obligados a acatar las restricciones.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** uno mismo Padres Guarda Otros \_\_\_\_\_

Previo expreso consentimiento llamadas, textos, correo: proporcionando el número de mi teléfono fijo, teléfono celular u otro dispositivo inalámbrico y mi dirección de correo electrónico ahora o en el futuro, consiente y acepta expresamente que sabio DENTAL y cualquiera de sus afiliados, agentes, proveedores de servicios o cesionarios pueden llamarme mediante un sistema de marcación telefónica automática o de lo contrario, me deja una voz , pregrabados, o voz artificial mensaje o enviarme un texto, correo electrónico o por otro mensaje electrónico para cualquier propósito relacionado con la colección de cualquier cuenta que pueda establecer con sabio DENTAL o servicios, o para otros fines informativos relacionados con mi cuenta o tratamiento ("comunicación"). También estoy de acuerdo en que sabio DENTAL y cualquiera de sus filiales, agentes, proveedores de servicios o cesionarios pueden incluir mis datos personales en una comunicación. \_\_\_ **Inicial**

FORMAS de comunicación: (marque todos que aplican)

Teléfono de casa Teléfono celular Teléfono del trabajo Ninguno- apenas pida por favor llamemos

Otros (sírvese explicar) \_\_\_\_

**Me gustaría darle permiso para que la persona siguiente tener acceso a información personal, incluyendo pero no limitado a las citas, tratamiento y facturación de mí y los hijos dependientes enumerados anteriormente:**

Fecha de nombre teléfono \_\_\_\_\_

**Para uso de oficina solamente:**

No fue posible obtener el reconocimiento escrito de la paciente de nuestro aviso de prácticas de privacidad por la siguiente razón:

El paciente se negó a firmar

Barreras de comunicación

Situación de emergencia

Other – please list: \_\_\_\_\_