

## INFORMACION PERSONAL

### Información del Paciente

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Nombre de los padres o el guardian si el paciente es menor \_\_\_\_\_

Sex:  Masculino  Femenino # de Licencia de Conducir \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad/Estado/Zona Postal \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Algún otro miembro de su familia es paciente de esta oficina? \_\_\_\_\_

A quién debemos su recomendación a nuestros servicios? \_\_\_\_\_

En Caso de Emergencia Contacta a:: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Historia Dental

Nombre del Dentista Previo: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita dental: \_\_\_\_\_ Fecha de su última limpieza dental: \_\_\_\_\_

Fecha de sus últimos rayos-x \_\_\_\_\_

### Información de compañía de seguro

Nombre de su compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Teléfono de su compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del empleado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de su Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleado por: \_\_\_\_\_ Teléfono de su empleo: \_\_\_\_\_

Ha usado su seguro para trabajo dental?  Si  No Nombre del dentista anterior: \_\_\_\_\_

Yo estoy de acuerdo y entiendo, (que sin importar mi situación con el seguro), Yo soy ultimadamente responsable por el saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional recibido. Yo he leído toda la información en esta página y he respondido las preguntas. Yo certifico que la información es correcta y verídica a mi conocimiento. Yo le notificaré de cualquier cambio en la información aquí mencionada. Adicionalmente, Yo autorizo la emisión de cualquier información relacionada con la reclamación de pago y concuerdo que el pago de mis beneficios sean enviados directamente a 101 Dental & Orthodontics.

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

Médico de la firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Para servicio mas rapido tenga su licencia y su targeta de aseguranza ala mano.**

## HISTORIA MEDICA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

(Primero, inicial del segundo, apellido)

Nombre de su doctor familiar \_\_\_\_\_

Tiene el paciente un problema medico? \_\_\_\_\_

Está el paciente bajo cuidado médico ahora?  Sí  No Si lo está describa la razón brevemente.

Ha sido hospitalizado o operado durante los últimos 5 años?  Sí  No

Si ha sido, describa la razón brevemente.. \_\_\_\_\_

Medicamento que esté actualmente tomando (incluya medicinas que no requieren receta médica)

Es el paciente alérgico a alguna medicina o sustancia?  Sí  No  Aspirina  Tylenol  Codeina

Penicilina  Látex  Eritromicina  Tetraciclina  Anestesia dental  Otra \_\_\_\_\_

Está el paciente embarazada o cree que lo está?  Sí  No

Existen algunas otras condiciones médicas de las que debemos estar informados?

**HOJA CLINICA:** Marque Si o No en cada casillero si el paciente tuvo alguna de las enfermedades o condiciones indicadas a continuación. No deje ningún espacio en blanco.

Marque Si o No en cada casillero si el paciente tuvo alguna de las enfermedades o condiciones indicadas a continuación. No deje ningún espacio en blanco.

S N	S N	S N	S N
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Articulación artificial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alteraciones sanguíneas
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alteración emocional
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blisters de fiebre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infarto
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bypass cardíaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugías cardíacas
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH Positivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inmunosupresión
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas del hígado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baja presión sanguínea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alteración nerviosa / mental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Terapia de rayos
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de conductos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea		

La información en esta página así como mi historia médica, son correctas de acuerdo con mis conocimientos. Otorgo también el derecho al dentista a que pase mi historia dental /médica y toda otra información sobre mi tratamiento dental a otro cubridor de los pagos y a otros profesionales médicos.

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

Médico de la firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## HIPAA CONSENT FORM

Patient's Name: \_\_\_\_\_ (Nombre del Paciente)

Date of Birth: \_\_\_\_\_ (Fecha de Nacimiento)

I understand that I have certain rights to privacy regarding my protected health information. These rights are given to me under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). I understand that by signing this consent I authorize you to use and disclose my protected health information to carry out:

- \* Treatment (including direct and indirect treatment by other healthcare providers involved in my treatment)
- \* Obtaining payment from third party payers (e.g. my insurance company)
- \* The day-to-day healthcare operations of your practice

I have also been informed of, and given the right to review and secure a copy of your Notice of Privacy Practices, which contains a more complete description of the uses and disclosures of my protected health information, and my rights under HIPAA. I understand that you reserve the right to change the terms of this notice from time to time and that I may contact you at any time to obtain the most current copy of this notice.

I understand that I have the right to request restrictions on how my protected health information is used and disclosed to carry out treatment, payment, and healthcare operations, but that you are not required to agree to these requested restrictions. However, any use of disclosure that occurred prior to the date I revoke this consent is not affected.

Patient/Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## FORMA DE CONSENTIMIENTO HIPAA

Yo entiendo que tengo ciertos derechos a la intimidad con respecto a mi salud. Estos derechos son dados a mi bajo la Transportabilidad de Seguro de Enfermedad y Acto de Responsabilidad (HIPAA) de 1996. Entiendo que firmando este consentimiento le autorizo utilizar y a divulgar mi informacion protegida de salud para realizar:

- \* Tratamiento (incluyendo directo y indirecto por otros proveedores de asistencia sanitaria implicados en mi tratamiento)
- \* Obteniendo pagos de pagadores de terceros(e.g. mi compania de seguros)
- \* Las operaciones diarias de la asistencia de su practica.

He sido informado tambien de, y dado el derecho de revisar y asegurar una copia de la Nota de Practicas de Intimidad, que contiene una descripcion mas completa de los usos y revelaciones de mi informacion, y bajo mi derecho de HIPAA. En ella entiendo que usted merece el derecho de cambiar los terminos de este aviso de vez en cuando y que puedo contactar esta practica para obtener la copia mas actual de este aviso.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar que las restricciones en como mi informacion protegida de salud se utiliza y es revelada para llevar a cabo tratamiento, pago, y operaciones del healthcare, pero eso no le requiere estar acuerdo con estas restricciones solicitadas. Sin embargo, ningun uso de la revelacion que ocurrio antes de la fecha que yo revoco este consentimiento no se afecta.

Firma del Paciente/Pariente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Médico de la firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## 101 Dental & Orthodontics

### INFORMACION SOBRE SU ASEGURANZA QUE DEBE SABER

**Emprimir El Nombre Del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Su beneficio dental es un contrato entre usted, su trabajo y su compania de aseguranza.

**Nosotros no somos parte de es contrato.**

Su aseguranza dental no esta comprometido a pagar todos sus gastos, es solamente un ayuda.

Generalmente nuestros precios no estan cubiertos al maximo por su aseguranza. Muchos planes de aseguranza prometen cubrir desde el 80% hasta el 100%, mas no especifican claramente su precios, limitaicones ni su maximos anuales. Nos hemos dado cuenta qe la mayoria de los planes cubren solamente el 35% al 50% en servicios mayors como (Coronas, Puentes, y Endodoncias) basados en el maximo establecido por los precios que vorean entre aseguranzas.

Muchas dentistas han experimentado que las companias de aseguranzas les dicen a sus asegurados que los precios cobrados fueron mas caros de lo usual, en vez dedecirles que “ sus beneficios son bajos”.

Muchas aseguranzas no cubren muchos servicios de rutina. Por ejemplo gas de oxigeno y algun otros sedantes.

**Usted el paciente es responsable por los gastos que su aseguranza no pague.** Si su aseguranza no ha pagado 30 dias despues de los servicios proveidos, **es su responsabilidad** investigar con su aseguranza la tardansa del pago. Nostros estaremos disponibles par asistirle en cualquier forma relacionado con su page de aseguransa.

No dude en preguntarnos las reglas de nuestra oficina. Nosotros queremos que usted se sienta conforme respecto a esto. Estamos aqui para responder sus preguntas sobre su aseguransa y cualquier tratamiento dental.

Yo he entendido la polisa de 101 Dental & Orthodontics relacionado con mi aseguranza y mis responsabilidades de los servicios proveidos.

---

**Firma del Subscribidor**

**Fecha**