

Numero de Paciente						

		-			-		
Fecha							

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Masculino Femenino No. Seguro Social _____

Si es menor, nombre del padre o madre: _____ Fecha de nac. Del padre o madre _____

Teléfono _____ Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

Domicilio - Calle _____ Ciudad _____ Estado _____

C.P. _____ Dirección email: _____

Numero de licencia de manejar or identificación: _____

Paciente/Padre o Madre Empleador Por: _____

Dirección Del Trabajo: _____

Teléfono Del Trabajo: _____

Responsible de esta cuenta: _____

Metodo de Pago: Seguro Tarjeta de Credito Efectivo

Proposito de la visita: _____

Quien lo recomendo con nosotros? _____

1ª COBERTURA DE SEGURO DENTAL: No estoy cubierto por un Seguro dental

Nombre del empleado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ No. Años _____

Nombre de la cia. de seguros: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ No. de Programa o Poliza: _____

Union Local o de Grupo: _____

No. SEGURO SOCIAL# : _____

No. de Seguro Social del Conyugue/Padre/Madre. _____

A quien notificamos en caso de emergencia (que no viva con usted)

Nombre: _____ Parentezco: _____

Teléfono: _____ No. de Medicaid del Menor: _____

2ª COBERTURA DE SEGURO DENTAL No estoy cubierto por un Seguro dental

Nombre del empleado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ No. Años _____

Nombre de la cia. de seguros: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ No. de Programa o Poliza: _____

Union Local o de Grupo: _____

No. SEGURO SOCIAL# : _____

AUTORIZACION:

Por medio de la presente autorizo al dentista a realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios para prestar una atención odontológica adecuada.

Autorizo a el dentista a proporcionar información relativa al cuidado de la salud, el asesoramiento y el tratamiento mio (o de mi hijo) con el propósito de evaluar y administrar los reclamos de los beneficios de Seguro.

Paciente

Fecha de Nacimiento

Historia Clinica

Numero de Paciente

Alerta Medica

CIRCULE LA RESPUESTA APROPIADA. SI NO ESTÁ SEGURO DE LA RESPUESTA ESCRIBE "NO SE" EN LA LINEA DESPUES DE LA PREGUNTA

Nombre del médico _____

Dirección: _____

¿Está usted bajo cuidado médico? Si No ¿Desde Cuándo? _____ ¿Por qué? _____

¿Cuando fué su último exámen físico completo? _____

¿Está usted tomando medicinas? Si No Si la respuesta es "Si", favor de anotarlas en la caja de comentarios a la derecha: _____

¿Toma usted sustancias para la salud rutinariamente? Si No

¿Es usted alérgico a algun medicamento o sustancia? Si No _____

¿Tiene usted alguna otra alergia? Si No

¿Tiene usted algun problema con la penicilina, los antibióticos, los anestésicos ó algun otro medicamento?..... No Si

¿Cuales?: _____

¿Es usted sensible a lo metals o al látex? Si No ¿Cuales? _____

Si usted es mujer, ¿está embarazada o cree que puede estario?..... No Si

¿Utiliza usted medicamentos para el control de la natalidad? No Si

¿Ha sido usted tratado por alguna enfermedad cardíaca ó le han dicho que podría padecerla? No Si

¿Tiene usted un marcapasos ó una válvular cardíaca artificial? No Si

¿Alguna vez a padecido fiebre reumática? No Si

¿Padece usted de murmullo cardíaco? No Si

¿Padece usted de alta ó baja presión arterial? No Si

¿Ha tenido usted alguna enfermedad u operación grave? No Si

Si es así, explique: _____

¿Le han dado tratamientos de radiación ó quimioterapia? No Si

¿Padece usted de enfermedades inflamatorias, como artritis o reumatismo? No Si

¿Tiene usted articulaciones artificiales o usa prótesis? No Si

¿Tiene usted alteraciones en la sangre, tales como anemia, leukemia, etc.? No Si

¿Ha sangrado alguna vez excesivamente después de cotarse o lastimarse? No Si

¿Padece usted de algun problema estomacal? No Si

¿Padece usted de problemas renales? No Si

¿Padece usted de problemas hepáticos? No Si

¿Es usted diabético? No Si

¿Padece usted de asma? No Si

¿Padece usted de epilepsia ó convulsiones? No Si

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad venérea? No Si

¿Se le ha dianosticado que es HIV positivo? No Si

¿Padece usted de SIDA? No Si

¿Ha padecido de hepatitis o tiene anticuerpos contra esa enfermedad? No Si

¿Padece o ha padecido de tuberculosis? No Si

¿Fuma o mastica tabaco, usa rapé o consume alguna otra variedad del tabaco? No Si

¿Consuma usted bebidas alcohólicas? No Si

¿Utiliza habitualmente sustancias controladas? No Si

¿Ha estado usted bajo tratamiento psiquiátrico? No Si

¿Alguna vez a tomado medicamentos que contengan fenfluramina, fenfluramina combinada con fenformina (fen-phen), dexfenfluramina (redux), o otros productos para control de peso? No Si

¿Padece usted de alguna enfermedad, condición o problema no mencionado aquí? No Si

Si es así, explique: _____

¿Hay algo que debemos saber sobre su salud que no hayamos preguntado en este formulario? _____

¿Desearía usted hablar en privado con el dentista acerca de algún problema? No Si

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES COMPLETA Y EXACTA

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR: _____

FECHA: _____

FIRMA DEL DENTISTA: _____

FECHA: _____

2310 E. Saunders Street Suite #3
Laredo, Texas 78041
(956) 908-3384
Fax: (956) 568-5593
reyesfamilydental@gmail.com
www.reyesfamilydental.us



NORMAS DE OFICINA

1. No llegue mas de 5 minutos tarde a su cita. Si usted llega tarde, no cancele con una notificación de 24 hrs. o no se presente a sue cita; este incidente contará como un lapso y solo se permiten 2 lapsos por paciente. Al Segundo lapso daremos de baja al paciente de nuestro consultorio y le recomendaremos que llame a la oficina de Medicaid para que encuentre otro dentista. Nosotros reportamos todos los lapsos que ocurren a la oficina de Medicaid.
2. El padre/tutor registrado en la carta de Medicaid debe acompañar al menor a las citas y debe permanecer en nuestra sala de espera. Los padres/tutores no deben dejar a los niños solos si son menores de 18 años.
3. Traiga toda la información del niño y del padre/tutor, tal como # de Seguro social, fechas de Nacimiento, información del empleo y el nombre y teléfono de una persona que no viva con usted a quien podamos llamar en caso de emergencia.
4. Damos citas alternadas, y de ser necesario, le daremos un justificante para que lo entregue en la oficina de la escuela de el menor.
5. Hay un servicio de teléfono las 24 horas, y ellos tienen instrucciones de tomar todos los mensajes referents a las citas en caso de ser necesario. Si usted necesita hablar con el Dr. a cualquier hora, solo llame al teléfono de la oficina y el Dr. o gerente de oficina le regresará la llamada.
6. A los padres/tutores se les permite pasar con el menor, sin embargo, si hay otros niños a cargo del padre/tutor aparte de el paciente, entonces este deberá permanecer con ellos en la sala de espera, a menos de que otro adulto los supervise mientras el padre/tutor esta adentro con el paciente.
7. Favor de no dejar que los niños jueguen en el pasillo o en el estacionamiento. Hay una alarma de incendios y si los niños la activin entonces los padres de esos niños deberán pagar una multa de \$300 dolares por falsa alarma. No permita que los niños caminen sobre las sillas en la sala de espera o que cambien el canal de la TV. No traiga comida o bebidas. No se permite lenguaje grosero en el consultorio y se le pedirá que se retire.
8. Si el menor(es) toma algun medicamento, o visita algun doctor regularmente por algun problem médico, asegurese de traer el nombre de el medicamento, la dosis que toma, y el nombre y número de teléfono de el doctor que lo atiende. También traiga cualquier información referente a murmullo de corazón que haya recibido de el doctor.

Firma

Fecha

APENDICE I – Reconocimiento de Recepción de Aviso de Prácticas de Privacidad y Formulario de Consentimiento Informado de HIPAA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Este formulario de consentimiento permite a La Organización usar y divulgar información sobre mi persona que se encuentra protegida bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud con fecha de 1996. Esta información puede ser usada o divulgada para llevar a cabo pago de tratamientos o medidas de cuidado de la salud.

La Organización me ha proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad, las cuáles describen de manera más completa dichos usos y divulgaciones. Me proporcionó este aviso antes de que yo haya firmado este formulario, de acuerdo con mi derecho a revisar sus prácticas antes de firmar mi consentimiento.

Entiendo que los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad pueden cambiar y que puedo obtener avisos revisados al contactar al Jefe de Privacidad en la Organización.

Inicial

Por este medio autorizo a que la Organización pueda dejar mensajes en mi correo de voz para confirmar citas, y/o pueda hablar con otros miembros de mi hogar y dejar mensajes con ellos en relación a mis citas.

Inicial

Por este medio autorizo a la Organización para divulgar mi información de salud a cualquier persona(s) que me acompañen a mi cita y que estén presentes conmigo en la oficina mientras interactúo con el dentista y staff.

Inicial

Por este medio autorizo a la Organización para divulgar mi información personal de salud a las personas que he listado como contactos de emergencia.

Inicial

Por este medio autorizo a la Organización para divulgar mi información personal de salud a la(s) siguiente(s) persona(s):

NOMBRE	Número de teléfono	Relación con el paciente

Entiendo que en cualquier momento tengo el derecho de revocar este consentimiento, con la condición de que lo haga por escrito, pero que los servicios de La Organización podrán todavía usar la información para completar cualquier acción que haya sido empezada previamente a mi revocación de consentimiento, y que dependan de mi información de salud. Entiendo que La Organización puede negarse a proveer sus servicios si revoco este consentimiento.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar – ahora y en el futuro – información sobre cómo la información de salud es usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago y acciones de cuidado de la salud, y me debe ser proporcionada por escrito. Entiendo que si bien La Organización no está obligada a estar de acuerdo con mis restricciones solicitadas, en el caso de que sí esté de acuerdo, está obligada por dicho acuerdo.

Con mi firma, afirmo la información anterior.

Firma del Paciente _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Representante Autorizado (si es menor) _____ Fecha: _____