



Información del paciente

¡Bienvenido a Art of Dentistry! Siempre nos esforzaremos para merecer la confianza que usted ha puesto en nosotros. Por favor llene estas formas.

Información personal

Nombre completo del paciente: _____

Nombre que prefiere: _____

Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social: _____

Licencia de conducir: _____

Mujer Hombre

Estado marital: _____

Dirección postal: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

E-mail: _____

Tel. Celular: _____

Tel. Casa: _____

Tel. Trabajo: _____ Ext _____

Información del seguro/aseguranza dental

Nombre del portador de seguro: _____

Fecha de nacimiento del portador: _____

Seguro Social: _____

ID de Miembro: _____

Compañía de seguro: _____

de grupo: _____

Empleador: _____

Nombre o # de plan: _____

Si tiene seguro adicional, favor de llenar lo siguiente:

Nombre del portador de seguro: _____

Fecha de nacimiento del portador: _____

Seguro Social: _____

ID de Miembro: _____

Compañía de seguro: _____

de grupo: _____

Empleador: _____

Nombre o # de plan: _____

Firma del paciente o del guardián

Fecha

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Date: _____

MEDICAL HISTORY

¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico? Sí No

Explicación: _____

¿Ha sido alguna vez hospitalizado o ha tenido alguna operación mayor? Sí No

Explicación: _____

¿Ha tenido alguna vez un golpe o lesión seria o grave en su cabeza o cuello? Sí No

Explicación: _____

¿Está tomando algún medicamento? Sí No

Explicación: _____

¿Está tomando o ha tomado alguna vez Phen-Fen o Redux? Sí No

Explicación: _____

¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? Sí No

Explicación: _____

¿Se encuentra bajo una dieta especial? Sí No

Explicación: _____

¿Consumo tabaco? Sí No

Explicación: _____

Mujeres solamente:

¿Está usted... (marque si aplica)

Embarazada / Intentando quedar embarazada? ¿Amamantando? ¿Tomando anticonceptivos?

¿Padece de alergia a alguno de los siguientes? (marque si aplica)

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico
 Metal Latex Drogas sulfonamidas Anestésicos locales

¿Alguna otra alergia? Sí No

Explicación: _____

¿Usa usted sustancias controladas? Sí No

Explicación: _____

Marque los que apliquen a usted, ya sea ahora, o en algún momento en el pasado.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis B or C | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Adicción a drogas | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Queda sin aliento fácilmente | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Culebrilla (herpes zóster) |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Horticaria o sarpullido | <input type="checkbox"/> Enfermedad células falsiformes |
| <input type="checkbox"/> Artritis/La Gota | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Válvula artificial de corazón | <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Latido irregular | <input type="checkbox"/> Spina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Desmayos/Mareos | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Problema estomacal/intestinal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Hinchazon de extremidades |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Presión baja | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroide |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Contusión fácil | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Dolores en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Dolores de pecho | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Herpes labial | <input type="checkbox"/> Marcapaso cardíaco | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Trastorno cardíaco congénito | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación | |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente | |
| <input type="checkbox"/> Medicina cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Diálisis renal | |

Otras enfermedades serias no incluidas: _____

Comentarios sore la historia médica: _____

Padre/Guardián

¿Es el paciente menor de edad (*menos de 18*)? Sí No

Si el paciente es menor de edad, llene la información sobre el padre o guardián:

Nombre completo: _____ Relación al paciente: _____ # Teléfono: _____

Contacto de emergencia

Complete la siguiente información sobre el contacto de emergencia del paciente:

Nombre completo: _____ Relación al paciente: _____ # Teléfono: _____

Preferencias de comunicación

Detalle a continuación las preferencias de comunicación del paciente (or guardián si el paciente es menor de edad):

Por favor marque su preferencia de comunicación:

- Teléfono de la casa
- Teléfono celular
- Mensaje de texto
- Email

Nuestro Sistema puede enviar confirmaciones y recordatorios de citas por medio de texto o email automatizado:

¿Puede recibir mensajes de texto? Sí No

¿Puede recibir emails? Sí No

¿Podemos dejarle un mensaje de voz en su . . .

teléfono de la casa? Sí No

teléfono celular? Sí No

Consentimiento para radiografía, fotografía y video

Entiendo que, como paciente de Art of Dentistry, PLLC, mis fotografías y radiografías serán usadas para incluir en mi historia clínica y si fuere necesario por pedido legal.

Además de eso, por este medio doy consentimiento para que mis fotografías, videos, y/o imágenes radiográficas sean usadas por Art of Dentistry, PLLC para . . .

Ilustrar, enseñar, incluir en publicaciones dentales, o para cualquier otro propósito dental considerado apropiado por mi dentista. Yes No

Usar en páginas de medios de comunicación social para mostrar los resultados finales de un tratamiento. Yes No

Publicidad. Yes No

Hasta donde tengo conocimiento, he contestado certeramente las preguntas en esta forma. Entiendo que puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente) el proporcionar información médica incorrecta. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental si hubiere cambios en mi historia médica.

Firma del paciente o del guardián

Fecha



AVISO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Art of Dentistry
5913 Main St., Suite 101
Ooltewah, TN 37363

Acknowledgement

Yo, _____, certifico que se me ha otorgado la oportunidad de leer una copia del *Aviso de política de privacidad de HIPAA* de **Art of Dentistry**.

Comprendo que el *Aviso de política de privacidad de HIPAA* de **Art of Dentistry** puede llegar a cambiar periódicamente y que es mi derecho recibir una copia del mismo a pedido.

Comprendo que, si tengo preguntas sobre el *Aviso de política de privacidad de HIPAA* de **Art of Dentistry**, puedo contactar a **Zonia Lopez** al **(423) 362-7962**.

Comprendo que tengo derecho de rehusarme a firmar este Acuso de recibo, y que **Art of Dentistry** no me negará tratamiento si yo fuere a ejercer este derecho.

Comprendo que tengo el derecho de contactar la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América si tuviere alguna inquietud respecto de la política y los procedimientos de privacidad de **Art of Dentistry**.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Guardián (si el paciente es menor de edad)

Nombre del Guardián

Relación al Paciente

PARA SER COMPLETADO POR LA OFICINA

Art of Dentistry hizo el intento de obtener del paciente Acuso de recibo de la Política de privacidad de HIPAA. A pesar de dicho intent, **Art of Dentistry** no logró obtener la firma del paciente for la(s) siguiente(s) razón(ones):

- El paciente se rehusó a firmar el día _____, 20_____.
- Barreras de comunicación nos hizo imposible conseguir la firma del paciente.
- Una situación de emergencia nos hizo imposible conseguir la firma del paciente.
- Otro (Explique): _____

Fecha Recibido	Por	ID del Paciente
----------------	-----	-----------------



Consentimiento de HIPAA

ESTA NOTIFICACIÓN DETALLA CON QUIÉN PODEMOS REVELAR LA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud del 1996 (HIPAA) provee protección de la privacidad de su historial médico. Nuestra oficina de beneficios (o un tercero designado por nuestra oficina) puede llegar a necesitar revelar su información médica o de pago protegida por HIPAA en relación con su plan de salud con su familia o amigos cercanos involucrados en su cuidado médico. Por ejemplo, puede ser que su cónyuge deba comunicarse con nosotros si usted está en el hospital, para determinar si cierto procedimiento está cubierto por el plan dental y puede llegar a necesitar asistencia para ingresar un reclamo para tratamiento dental. Bajo HIPAA, a menos que usted objeccione específicamente, se nos da la libertad de usar juicio profesional al decidir si compartir su información médica y de pago con algún familiar o amigo cercano suyo. Sin embargo, quisiéramos proveerle la oportunidad de detallar a continuación con quienes podemos hablar de su información médica o de pago bajo el plan dental.

Puede comunicar mi información médica o de pago a los siguientes individuos:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor no revele mi información médica o de pago a los siguientes individuos:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor no revele mi información médica o de pago a nadie.

Firma del paciente o del guardián

Fecha



Acuerdo Financiero

Es nuestro objetivo mantener los costos lo más bajos posibles. Si usted tiene seguro dental, enviaremos el reclamo por usted. Si usted no dispone de seguro dental, aceptamos efectivo y todas las mayores tarjetas de crédito y débito. Aceptaremos pago con cheque de pacientes ya establecidos.

Seguro dental:

Por favor tenga presente que su póliza de seguro dental es un contrato entre usted y dicha compañía de seguros. Nosotros no tomamos parte en dicho contrato. Aceptaremos su seguro dental una vez que usted nos proporcione información completa sobre dicho seguro y luego de verificar cobertura. Pago de su deducible y la porción que le corresponde son requeridos al momento de recibir el servicio. Puede ser que algunos de los servicios proporcionados no sean cubiertos ni considerados necesarios por su seguro dental. Usted será responsable del pago de cualquier determinación arbitraria que haga su compañía de seguro sobre cargos habituales. Si el paciente es menor de edad, el adulto que lo acompañe será responsable del pago en su totalidad.

Asignación de beneficios del seguro:

Autorizo a que mi seguro dental realice pago directo a **Art of Dentistry** por los servicios a los cuales tengo derecho por el servicio dental.

Entiendo que, aún cuando **Art of Dentistry** hará todo lo posible por darme un estimativo lo más acertado posible, todo costo que se me presente, en persona, por escrito, por teléfono, o cualquier otro comunicado usado por **Art of Dentistry**, tan sólo será un estimativo basado en la información proporcionada por mi seguro dental.

Entiendo que si los servicios dentales proporcionados no están bajo contrato con mi seguro dental, o si he agotado la cobertura de dicho seguro, el costo de dichos servicios en su totalidad será mi responsabilidad.

Citas perdidas:

Pedimos nos dé 24 horas de notificación si debe cancelar su cita. Si usted llegara a perder dos citas sin aviso, requeriremos que pague el costo de su siguiente cita previo a que se la programemos. Nos reservamos el derecho a negar citas futuras debido a repetidas citas perdidas, canceladas, o tardanzas.

Saldo pendiente:

Si su cuenta con nosotros llegara a incurrir una deuda atrasada, tomaremos las medidas necesarias para cobrar dicho saldo. Entiendo que cualquier tarifa de abogado, costos de corte, y de la agencia de colecciones será mi responsabilidad y que será agregada a mi cuenta. Si su cheque fuere devuelto por el banco, usted será responsable de una tarifa de \$25.00 por cada vez que esto suceda. Se agregará a su saldo un cargo financiero de 1.5% por mes si su cuenta estuviere atrasada 30 días o más.

Historia de Crédito:

Si usted incurriera una deuda atrasada, nos reservamos la opción de revisar su historia de crédito y de comunicar su historia de cuenta con nosotros a cualquier agencia de crédito.

He leído este Acuerdo Financiero y entiendo y acepto sus términos.

Firma del paciente o del guardián

Fecha