



BIENVENIDOS

FAVOR DE ESCRIBIR TODA INFORMACION CLARAMENTE

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____

Nacionalidad paternal _____ Seguro Social del paciente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono de la casa (____) _____ Tel. del trabajo (____) _____ Tel. de celular (____) _____

Ocupación _____ Email: _____

Estado Marital: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

¿Cómo es la mejor manera de contactarlo? Casa Celular Trabajo

CASO DE EMERGENCIA OTRA PERSONA A NOTIFICAR

Nombre en caso de emergencia _____

Relación con el paciente _____ Teléfono (____) _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Persona responsable de la cuenta si no es el paciente

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Nombre de la compañía de empleo: _____

Teléfono de trabajo _____

Teléfono de casa _____ Número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Firma del paciente o Rep. Legal _____ Fecha _____

HISTORIA MEDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA:

- Sí No ¿Está en buena salud general?
Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?
¿Si Sí, por qué?
Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____
Fecha de su último examen médico: _____ Fecha de su última cita dental: _____
Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
Sí No ¿Tiene algún dolor ahora? Especifique: _____

ESTÁ TOMANDO:

- Sí No ¿Remedios, medicamentos, medicamentos (incluyendo aspirina)

Liste por favor:

- Sí No ¿Drogas de uso recreativo?
Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo? ¿Qué cantidad? _____ Sí No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)?

SÓLO PARA MUJERES:

- Sí No ¿Está o podría estar embarazada? ¿Cuántas semanas? _____ Sí No ¿Está dando pecho?
Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

MARQUE SI TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Covid-19 |
| <input type="checkbox"/> Infarto de corazón | <input type="checkbox"/> SIDA o HIV positivo |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral (Stroke) | <input type="checkbox"/> Tumores, cáncer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alcohol abuse |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Artritis, reuma |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los ojos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea) | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis, otras enfermedades del hígado | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Problemas del estómago, úlceras | <input type="checkbox"/> Enfermedades de tiroides o glándulas |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Enfermedades renales (riñón), vejiga |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos de radiación | <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre |
| <input type="checkbox"/> Válvula artificial del corazón | <input type="checkbox"/> Cirugías |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones o huesos artificiales | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| | <input type="checkbox"/> Convulsiones |

Especifique _____

Sí No **ALERGIAS** (a remedios, comidas, medicamentos látex, otras?) Por favor especifique _____

Si No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?
Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente o Representante Legal _____ Fecha _____

HIPAA OMNIBUS RULE

Confirmación del paciente de que ha recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad / Consentimiento de Autorización Limitado y Forma de Liberación.
(Usted se puede negar a firmar este reconocimiento y autorización. Si se niega puede que nosotros no estemos permitidos a procesar sus reclamos de seguro.)

Fecha: _____

La persona que firma en la parte de abajo reconoce que recibió una copia actualmente vigente de las prácticas de privacidad en este centro de salud. Una copia de este documento firmado y con fecha debe ser tan efectiva como el original. Mi firma también servirá como un documento para liberar mis records médicos (PHI) si debo solicitar que mi tratamiento o radiografías sean liberados a otro médico u otras instalaciones en el futuro.

Por favor escriba su nombre

Por favor Firme

Representante Legal

Descripción de Autoridad

Sus comentarios respecto a los consentimientos y notificaciones: _____

Cómo quiere ser abordado cuando se le cite por el área de recepción:

Primer nombre solamente Nombre apropiado Sr./Sra. Otro _____

POR FAVOR LISTE OTRAS PERSONAS QUE PUEDEN TENER ACCESO A SU INFORMACION DE SALUD:
(Esto incluye padrastrós, abuelos y cualquier persona que este al cuidado y pueda tener acceso a los records de este paciente)

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

YO AUTHORIZO QUE ME CONTACTEN DE ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR MIS CITAS, TRATAMIENTO E INFORMACION DE FACTURACION VIA:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Celular | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto a mi teléfono celular |
| <input type="checkbox"/> Teléfono de casa | <input type="checkbox"/> Confirmación por correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo | <input type="checkbox"/> Todos los anteriores |

Yo autorizo que la información sobre mi salud sea transmitida vía:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Celular | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto a mi teléfono celular |
| <input type="checkbox"/> Teléfono de casa | <input type="checkbox"/> Confirmación por correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo | <input type="checkbox"/> Todos los anteriores |

Yo apruebo que se me sea contactado sobre servicios especiales, eventos, esfuerzos para recaudar fondos o nueva información sobre salud en nombre de este centro de salud a través de:

- Celular
- Mensaje de texto
- Correo electrónico
- Cualquiera de los anteriores
- Ninguna de las anteriores

Al firmar este formulario de HIPAA Confirmación del Paciente, usted reconoce y autoriza, que esta oficina puede recomendar productos o servicios para promover la mejora de su salud. Esta oficina puede o no recibir retribuciones de empresas terceras filiales. Nosotros, bajo el actual régimen de ley federal omnibus HIPAA, proveemos a usted esta información con su conocimiento y consentimiento.

Uso de oficina solamente

Como un Oficial de Privacidad, yo intenté obtener la firma del paciente o representante en esta forma pero no fue posible por que:

- Fue un tratamiento de emergencia
- No me pude comunicar con el paciente
- El paciente se rehusó a firmar
- El paciente no pudo firmar porque:
- Otro

Firma del Oficial de Privacidad



PÓLIZA DE CANCELACIÓN DE CITAS

Entendemos que cualquier situación puede ocurrir por la cual usted tenga que cancelar su cita. Sin embargo, cuando usted no llama a cancelar la cita puede estar impidiendo a otro paciente de ser atendido. Por esta razón se requiere que cuando vaya a hacer una cancelación, nos dé la noticia con un mínimo de 24 horas de anticipación, para que así nos permita programar otros pacientes.

Las citas que no sean canceladas en un mínimo de 24 horas de anticipación serán sujetas a un cargo de \$50.00.

POLIZA PARA PACIENTES QUE NO SE PRESENTAN

Los pacientes que no se presenten a su cita sin haber llamado a cancelar serán considerados PACIENTES IMPUNTUALES, y serán sujetos a un cargo de \$50.00 por no presentarse. Pacientes que INCUMPLAN 2 o más citas en un periodo de 12 meses, podrían perder el privilegio de ser atendidos en la clínica.

Los cargos de cancelación y por no presentarse son responsabilidad del paciente y deben ser pagadas antes de su cita. El seguro no cubre estos cargos.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre del Representante Legal

Firma del Paciente (o representante legal)

Fecha