



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: _____ Nombre de preferencia: _____
 Fecha de nacimiento: _____ () Male () Female () Single () Married
 Dirección: _____ Nombre del cónyuge: _____
 Ciudad/Estado/ Zip: _____ Por favor marque el mejor número de teléfono para contactarle:
 Teléfono casa: _____
 # Seguro Social: _____ Celular: _____
 Contacto de emergencia: _____ Teléfono trabajo: _____ Ext _____
 Teléfono de emergencia: _____ Puedo recibir mensajes de texto Yes No
 Mi email: _____ Puedo recibir emails Yes No

¿Cómo supo de nosotros o a quién podemos agradecer por haberlo referido? _____
 ¿Cuál es el nombre de su dentista anterior? _____

Si el paciente es menor de edad, por favor llene la siguiente información sobre el padre/madre o guardián:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____
 Dirección: _____ Teléfono casa: _____
 Ciudad/Estado/ Zip: _____ Celular: _____
 E-mail: _____ Puedo recibir mensajes de texto Yes No
 Puedo recibir emails Yes No

Información del seguro/aseguranza

Nombre del portador de seguro: _____ Fecha de nacimiento del portador de seguro: _____
 # de Seguro Social: _____ ID de Miembro: _____
 Compañía de seguro: _____ # de grupo: _____ Fecha de efectividad: _____
 Empleador: _____ Nombre o # de plan: _____
 Si tiene seguro adicional, favor de llenar lo siguiente:
 Nombre del portador de seguro: _____ Fecha de nacimiento del portador de seguro: _____
 # de Seguro Social: _____ ID de Miembro: _____
 Compañía de seguro: _____ # de grupo: _____ Fecha de efectividad: _____
 Empleador: _____ Nombre o # de plan: _____

Información de empleo/estudio

Ocupación: _____ Teléfono de trabajo: _____
 Nombre del empleador: _____ Dirección de empleo: _____
 Si es estudiante, grado y nombre de escuela: _____ Ciudad/Estado/Zip: _____

Patient's (Guardian's) Signature

Date

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

HISTORIA MÉDICA

¿Se encuentra bajo el cuidado de algún 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: _____

¿Toma, o ha tomado en el pasado 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... Embarazada / Intentando quedar embarazada? ¿Amamantando? ¿Tomando anticonceptivos?

¿Padece de alergia a alguno de los siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico
 Metal Latex Drogas sulfonamidas Anestésicos locales

¿Otros? 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.

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

Otras enfermedades serias no incluidas: _____

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 _____

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. INICIALES _____

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. INICIALES _____

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. INICIALES _____

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. INICIALES _____

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. INICIALES _____

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. INICIALES _____

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

Firma

Fecha



AVISO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE HIPAA

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

Acuso de recibo

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 **Heidi Lopez** al **(423) 362-1962**.

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 respect de la política y los procedimientos de privacidad de **Art of Dentistry**. I further understand that I may contact the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services should I have concerns regarding **Art of Dentistry's** privacy policies and procedures.

Firma del paciente

Fecha

Firma del guardián (si el paciente es menor)

Nombre del guardián

Relación al paciente

PARA SER COMPLETO 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 Recibida

Por

ID del paciente



Consentimiento para fotografías y videos

Yo, _____, otorgo consentimiento para que Art of Dentistry tome fotografías y/o videos de mí, y concedo permiso para que Art of Dentistry, o cualquiera de sus agentes, use los mismos para los siguientes propósitos:

- Incluir en mis registros dentales. Sí No
- Ilustrar, enseñar, incluir en publicaciones dentales, o para cualquier otro propósito dental considerado apropiado por mi dentista. Sí No
- Usar en páginas de medios de comunicación social para mostrar los resultados finales de un tratamiento. Sí No
- Cuando requeridos por la ley. Sí No
- Publicidad. Sí No

Firma _____

Fecha _____