

Informacion Del Paciente

Bienvenido a nuestra oficina! Para ayudarnos a servirle, por favor complete el siguiente formulario confidencial.
La información proporcionada es importante para su salud dental.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Si es menor, nombre de los padres _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____
Dirección de Casa _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Empleador/a _____ Ocupación _____
Como escuchaste del oficina? _____
FACTURACIÓN, CREDITO, Y LA INFORMACIÓN DEL SEGURO: No está cubierto por el seguro dental
Su número de seguro social: _____ Seguro Dental Co. _____ Subscriber ID _____
Cubierto por el seguro del cónyuge? Si No
Compañía de seguro dental del cónyuge _____ Subscriber ID _____
fecha de nacimiento de cónyuge _____ Número de seguridad social _____

HISTORIA DE SALUD MÉDICA

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?
(Por favor marque cualquiera que aplique)

- Cáncer o tumor
- Enfermedad del corazón o angina
- Soplo cardíaco, prolapso de la válvula mitral, defecto cardíaco
- Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática
- Articulación artificial o válvula
- Presión arterial alta o baja
- Marcapasos
- Tuberculosis o otros problemas pulmonares
- Enfermedad del riñón
- Hepatitis u otra enfermedad hepática
- Alcoholismo
- Transfusión de sangre
- Diabetes
- Condición neurológica
- Epilepsia, convulsiones o desmayos
- Condición emocional
- Artritis
- Herpes o herpes labial
- SIDA o VIH positivo
- Dolores de cabeza por migraña o dolores de cabeza frecuentes
- Anemia o trastornos sanguíneos
- Sangrado anormal después de extracciones, cirugía o trauma
- Fiebre del heno o sinusitis
- Alergias o ronchas
- Asthma

Fuma o usa tabaco para mascar? Si No

Es alérgico o ha reaccionado negativamente a cualquiera de los siguientes?

- Materiales de latex
- Penicilina u otros antibióticos
- Anestésicos locales ("Novocaína")
- Codeína o otros narcóticos
- Drogas sulfá
- Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir
- Aspirina
- Otro: _____

Estás tomando alguno de los siguientes?

- Aspirina
- Anticoagulantes (anticoagulantes)
- Antibióticos o sulfamidas
- Medicina para la presión arterial alta
- Antidepresivos o tranquilizantes
- Insulina, Orinasa u otro medicamento para la diabetes
- Nitroglicerina
- Cortisona u otros esteroides
- Medicamento para la osteoporosis (densidad ósea)
- Otro: _____

Mujer:

- Puede estar embarazada
Fecha de Entrega Estimada: _____
- Tomar hormonas o anticonceptivos

Nombre de su medico: _____

Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente? _____

Por favor agregue cualquier otra cosa que le gustaría que supiéramos: _____

Firma del paciente (o padre) _____ Fecha _____

Aviso De Privacidad Del Paciente

Este aviso describe como puede utilizarse y divulgarse la informacion de su salud sobre usted y como puede obtener usted acceso a esta informacion. Favor de leerlo cuidadosamente, consideramos importante la privacidad de su informacion de salud.

Por ley, es requerido proveer el aviso de la privacidad del paciente. Este aviso describe como su historial medico puede ser usado por nuestra oficina. Tambien le explica como puede obtener acceso a su historial medico.

Como Paciente Tiene Derecho A:

1. El derecho a revisar su informacion.
2. El derecho a corregir su informacion.
3. El derecho a que su informacion sea restringida.
4. El derecho a requerir que su informacion sea confidencial
5. El derecho a reportar divulgaciones de su informacion.
6. El derecho a recibir una copia de este aviso.

Queremos asegurarnos que su informacion medica esta segura por nosotros. Este aviso de Privacidad al Paciente contiene informacion confidencial.

Reconocimiento de Aviso a La Privacidad Del Paciente

Reconosco que he revisado el aviso a la privacidad del paciente, yo entiendo que la oficina me informara si hay cambios sobre este aviso. Por cualquier razon si llega a ser modificado o cambiado en cualquier forma yo recibire una copia.

Nombre del paciente

Firma del paciente o guardian