

## Información Confidencial

Fecha \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre \_\_\_\_\_

# Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número telefónico (casa) \_\_\_\_\_

Número telefónico (trabajo) \_\_\_\_\_

Número telefónico (celular) \_\_\_\_\_

En caso de emergencia nombre \_\_\_\_\_

En caso de emergencia # \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Estado Marital \_\_\_\_\_

Nombre de esposo/a \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Idiomas que habla \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchó usted de la oficina? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SEGURO DENTAL

Seguro Dental Primario \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_

Número telefónico del Seguro \_\_\_\_\_

Empleado (Titular de la póliza) \_\_\_\_\_

Relación con Paciente \_\_\_\_\_

S.S. # (Empleado) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Empleado) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_

Seguro Dental Secundario \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_

Número telefónico del Seguro \_\_\_\_\_

Empleado (Titular de la póliza) \_\_\_\_\_

Relación con Paciente \_\_\_\_\_

S.S. # (Empleado) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Empleado) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_

### PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA (Si el mismo de arriba, pase a la siguiente sección)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con Paciente \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfonos (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

### HISTORIA DENTAL

Motivo de la visita \_\_\_\_\_

Dentista Previo \_\_\_\_\_ Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_

*Entiendo que los pagos son mi obligación, independientemente del seguro dental o cualquier tercera persona.*

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

# HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

*Aunque el personal dental principalmente trata el área en y alrededor de la boca, su boca es una parte del cuerpo. Problemas médicos que tenga, o medicamentos que tome, pueden tener una interrelación importante con el tratamiento dental que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas completamente y honestamente.*

## **POR FAVOR EXPLIQUE LAS RESPUESTAS “SÍ” EN LAS LÍNEAS PROVEÍDAS**

¿Está usted bajo cuidado médico ahora?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido alguna cirugía mayor?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna lesión seria del cuello o la cabeza?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas o drogas?  Sí  No \_\_\_\_\_

Por favor escriba todos los medicamentos que toma usted \_\_\_\_\_

¿Alguna vez usted ha tomado Phen-Fen o Redux?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Alguna vez usted ha tomado o recibido Fosamax, Boniva,

Actonel u otras medicinas que contienen Bifosfonatos?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Está usted en alguna dieta especial?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Usted fuma o usa tabaco?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Usted usa algún tipo de narcótico?  Sí  No \_\_\_\_\_

## **SÓLO PARA LAS MUJERES:** Usted está...

¿Embarazada?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Tomando contraceptivos?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Tratando de estar embarazada?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Amamantando?  Sí  No \_\_\_\_\_

## **¿USTED TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?**

Aspirina  Penicilina  Codeína  Anestesia dental local  Acrílicos  Metal  Látex  Sulfamidas

Otros (Sí, explique) \_\_\_\_\_

## **¿TIENE USTED O HA TENIDO LO SIGUIENTE?**

SIDA/seropositivo  Sí  No

Enfermedad de Alzheimer  Sí  No

Anafilaxia  Sí  No

Anemia  Sí  No

Angina  Sí  No

Artritis/Gota  Sí  No

Válvula artificial  Sí  No

Coyuntura artificial  Sí  No

Asma  Sí  No

Enfermedad hematológica  Sí  No

Transfusión de sangre  Sí  No

Problema de respiración  Sí  No

Se moretea fácilmente  Sí  No

Cáncer  Sí  No

Quimioterapia  Sí  No

Dolor de pecho  Sí  No

Herpes labial  Sí  No

Cardiopatía congénita  Sí  No

Convulsiones  Sí  No

Diabetes  Sí  No

Drogadicción  Sí  No

Respirar con dificultad  Sí  No

Enfisema  Sí  No

Epilepsia  Sí  No

Sangrar excesivamente  Sí  No

Sed excesiva  Sí  No

Desmayo/Mareo  Sí  No

Tos frecuente  Sí  No

Diarrea frecuente  Sí  No

Dolor de cabeza frecuente  Sí  No

Herpes genital  Sí  No

Glaucoma  Sí  No

Fiebre del heno  Sí  No

Infarto de corazón  Sí  No

Murmullo de corazón  Sí  No

Marcapasos  Sí  No

Enfermedad de corazón  Sí  No

Hemofilia  Sí  No

Hepatitis A  Sí  No

Hepatitis B o C  Sí  No

Herpes  Sí  No

Hipertensión  Sí  No

Colesterol alto  Sí  No

Urticaria/sarpullido  Sí  No

Hipoglicemia  Sí  No

Latido irregular  Sí  No

Problema con los riñones  Sí  No

Leucemia  Sí  No

Enfermedad de hígado  Sí  No

Presión baja  Sí  No

Enfermedad de pulmón  Sí  No

Prolapso de la válvula mitral  Sí  No

Osteoporosis  Sí  No

Dolor de mandíbula  Sí  No

Enfermedad de paratiroides  Sí  No

Cuidado psiquiátrico  Sí  No

Radioterapia  Sí  No

Fiebre reumática  Sí  No

Reumatismo  Sí  No

Fiebre Escarlata  Sí  No

Herpes zoster  Sí  No

Anemia de células falciformes  Sí  No

Problema con los senos maxilares  Sí  No

Espina Bífida  Sí  No

Enfermedad del estómago/intestino  Sí  No

Derrame cerebral  Sí  No

Hinchazón de extremidades  Sí  No

Enfermedad de tiroides  Sí  No

Amigdalitis  Sí  No

Tuberculosis  Sí  No

Tumores  Sí  No

Úlceras  Sí  No

Enfermedad venérea  Sí  No

Ictericia Amarilla  Sí  No

¿Alguna otra condición médica?  Sí  No \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como yo sé, toda la información es correcta. Entiendo que al no proveer la información correcta estoy poniendo en riesgo mi propia salud (o la salud del paciente). Es mi responsabilidad de informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi historia médica.

Firma del Paciente/Padres/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**ESCALA FAMILY DENTISTRY**  
**RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO**  
**EL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Usted puede negar firmar este reconocimiento.

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia de las prácticas de privacidad de esta oficina.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FOR OFFICE USE ONLY**

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practice, but acknowledgement could not be obtained because:

\_\_\_\_\_ Individual refused to sign

\_\_\_\_\_ Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement

\_\_\_\_\_ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement

\_\_\_\_\_ Other (please specify) \_\_\_\_\_

# **ESCALA FAMILY DENTISTRY**

## **PÓLIZA DE OFICINA**

Agradecemos mucho y lo valoramos a usted como paciente de nuestra oficina. Para que podamos seguir teniendo una excelente relación mutuamente beneficiosa, nos gustaría aprovechar esta oportunidad para reiterar las expectativas de nuestra oficina.

*Como paciente de nuestra oficina, tenemos las siguientes expectativas de su parte:*

- **Mantenga sus citas programadas. Pedimos un aviso de dos días hábiles de cualquier cambio para evitar un cargo por cancelación de \$50.** Iniciales \_\_\_\_\_
- Llegue a tiempo a sus citas.
- Si usted tiene seguro, por favor de pagar su porción estimada al momento se prestan los servicios.
- Si usted no tiene seguro, pagar por sus servicios en el momento en que se proveen.
- Provea información de su seguro actualizada y precisa.
- Nos mantenga actualizados sobre los cambios en su información personal, como dirección, y números de teléfono.
- Nos notifique de los cambios de su estado general de salud, incluidas las necesidades especiales que usted pueda tener.
- Se sienta cómodo refiriendo a sus amigos y familiares a nuestra oficina.

***LOS SEGUROS SÓLO NOS DAN UNA ESTIMACIÓN DE SUS BENEFICIOS. USTED ES RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN DE SU COBERTURA.***

Los planes de seguro representan un contrato entre usted y la compañía de seguros. Estos contratos no son entre el médico y la compañía de seguros. Haremos nuestro mejor esfuerzo para ayudarle a obtener beneficios, pero no podemos ser responsables si su compañía no paga. Además, si un miembro de nuestro personal le aconseja que no estén totalmente cubiertos o implica que usted no deberá pagar nada, es su responsabilidad comunicarse con su compañía de seguros para su verificación. Por lo tanto, es su responsabilidad de asegurarse de que su compañía hace el pago puntual, y para manejar los conflictos que puedan surgir.

Si su seguro no se encuentra en vigor en la fecha que los servicios dentales se proporcionan, usted será responsable por el saldo total.

***Si en algún momento usted tiene preguntas acerca de cualquier tratamiento, costos o servicios, por favor hable con nosotros inmediatamente. Haremos todo lo posible para evitar un malentendido, para rectificar una injusticia o para conservar una amistad.***

Estoy de acuerdo en ser responsable de todos los cargos por servicios dentales y los materiales no cubiertos por el plan de beneficios dentales, a menos que prohibido por la ley o el dentista o en la práctica dental tiene un acuerdo contractual con mi plan de prohibición de todo o parte de dichos costos. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo actividades de pago en relación a cualquier reclamo asociadas a mí.

Si mi cuenta se coloca con una agencia de cobranza por falta de pago, yo seré responsable por los gastos de recaudación, incluyendo los costos judiciales y honorarios de abogados asociados.

Yo autorizo el pago directo de los beneficios dentales de otro modo pagado a mí, directamente al dentista o la entidad dental asociada con esta póliza de oficina.

He leído la póliza de oficina de Escala Family Dentistry y estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones señaladas anteriormente y se me ha dado la oportunidad de contestar cualquier pregunta que yo tenga.

Firma de Persona Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

