

Patient Number: _____

CPS Number: _____

Información Del (La) Paciente

Nombre del Paciente: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Escuela: _____

Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino No. De Seguro Social: _____

Ultima Visita Dental: ____/____/____ Razón De Su Visita: _____ Ultimas Radiografías Dentales: ____/____/____

Nombre De El Ultimo Dentista: _____ Ciudad: _____ Teléfono (____) _____ - _____

Razón para esta visita, queja principal: _____

Información De La Persona Responsable (Espos(a), Madre, Padre o Tutor)

Nombre de la Persona Responsable: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Parentesco: _____

Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino No. De Seguro Social: _____

Dirección (calle): _____ # De Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Telefono Casa: (____) _____ Tel De Mensaje: (____) _____ Celular: (____) _____

Tel Del Trabajo Madre: (____) _____ Tel Del Trabajo Padre: (____) _____ E-mail: _____

Con quien de su familia podemos comunicarnos en caso de emergencia? _____ Teléfono:(____) _____

A quien podemos agradecer el haberle referido a nuestra oficina: Paginas Amarillas Volante Penny Saver Paso Por Afuera

Correo Mostrador en el Centro Comercial Paciente: _____ Doctor: _____ Otro: _____

Por Favor Liste A Todos Los Miembros De Su Familia Inmediata

Nombre completo	Es Paciente De Nuestra Oficina	Fecha de Nacimiento	Parentesco Con El/La Paciente
1. _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
2. _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
3. _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
4. _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
5. _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
6. _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____

Información De Seguro Dental Primario

Nombre Del Asegurado: _____

Fecha De Nacimiento Del Asegurado: ____/____/____

No De Seguro Social Del Asegurado: _____

Trabajo Del Asegurado: _____

No. De Tel Del Trabajo Del Asegurado:(____) _____

Nombre De La Compañía De Seguro: _____

No. De Tel De La Compañía De Seguro:(____) _____

Numero De Grupo.: _____ Local: _____

Información de Seguro Dental Secundario

Nombre Del Asegurado: _____

Fecha De Nacimiento Del Asegurado: ____/____/____

No De Seguro Social Del Asegurado: _____

Trabajo Del Asegurado: _____

No. De Tel Del Trabajo Del Asegurado:(____) _____

Nombre De La Compañía De Seguro: _____

No. De Tel De La Compañía De Seguro:(____) _____

Numero De Grupo.: _____ Local: _____

Nuestra oficina esta recopilando datos étnicos y raciales para desarrollar mejores sistemas y entrenamiento de personal para poder servirle mejor a todos nuestros pacientes. Por lo mismo le pedimos que haga las selecciones mas apropiadas para identificar el grupo étnico y la raza del (la) paciente. Esta información es totalmente voluntaria y confidencial.

Grupo Étnico:

- Hispano
- No Hispano

Raza:

- Blanca
- Negra

- India Nativa Americana, Esquimal
- Asiática, Isleña

- Otra: _____
- Desconocida

Por medio de la presente autorizo a la oficina dental a recibir directamente el pago de los beneficios dentales que de otra manera serian pagables a mí. Entiendo que soy responsable por todos los cargos sin importar la cobertura de seguro. Por medio de la presente autorizo a la Oficina Dental para que divulgue mi información medica/dental y cualquier información sobre mi tratamiento dental a terceras personas envueltas con el pago de dichos servicios y otros profesionales de salud envueltos en mi tratamiento.

Por este medio reconozco la necesidad de, y autorizo, a la oficina dental para administrar tales medicaciones, incluso el uso del anestésico local, y realizar tales procedimientos diagnósticos, fotográficos, preventivos y terapéuticos, como el dentista considera necesario para el cuidado apropiado — incluso rayos X, profilaxis (limpieza de dientes) y selladores.

Firma: _____ Licencia de Conducir: _____ Estado: _____ Fecha: ____/____/____

(Si es Menor, Padre, Madre o Tutor)

HISTORIAL DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE _____ **NO DE CUENTA:** _____

Esta forma debe ser llenada con la información de el/la **paciente únicamente**. Conteste todas las preguntas y circule **S** o **N** donde aplique.

Se encuentra en buena salud? **S N** Fecha de su ultimo examen medico: ____/____/____

Esta bajo el cuidado de un medico? **S N** Alguna vez lo han hospitalizado? **S N**

Si contesto si, por que? _____ Si contesto si, por que? _____

Nombre del medico: _____ Teléfono: _____ Esta tomando algún medicamento? **S N**

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zona: _____ Si contesto si, cual? _____ Dosis: _____

Ha tenido alguna enfermedad seria u operación? **S N** Usa drogas recreacionales como marihuana, cocaína, etc.? **S N**

Si contesto si, que enfermedad u operación? _____ Si contesto si, cual? _____ Frecuencia: _____

Alguna vez lo han pre-medicado con antibióticos antes de otorgarle servicios dentales? **S N**

Tiene usted alguna alergia? Si contesto si, a que? **S N**

Látex Penicilina Tetracyclina Sulfas Aspirina Codeína Otra _____

Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones medicas (por favor circule S o N en cada una):

Anemia	S N	Moretones	S N	Tuberculosis (T.B.)	S N	Reflujo o acides estomacal persistente	S N
Herpes	S N	Lesiones en la Cabeza	S N	Fiebre Reumática	S N	Epilepsia o Convulsiones	S N
Embolia	S N	Problemas del Corazón	S N	Transfusión	S N	Tratamiento Psiquiátrico	S N
Ulceras	S N	Fiebre Escarlatina	S N	Coyunturas Artificiales	S N	Hepatitis	S N
Diabetes	S N	Problemas del Sinus	S N	Problemas Nerviosos	S N	Dificultad al Tragar	S N
Glaucoma	S N	Soplo al Corazón	S N	Tumores o Crecimientos	S N	Ataques o Problemas del Corazón	S N
Artritis	S N	Enfermedades del Hígado	S N	Ronchas, Sarpullido	S N	Lesiones Congénitas del Corazón	S N
Fiebre del heno	S N	Enfermedades de la Sangre	S N	Dolor en las Coyunturas	S N	Tratamiento de Rayos-X o Cobalto	S N
Anginas	S N	Drogadicción	S N	Prótesis Artificial	S N	Desmayos	S N
Asma	S N	Enfermedades del Riñón	S N	Sickle Cell	S N	Quimioterapia (Cáncer, Leucemia)	S N
Hemofilia	S N	Ulceras Estomacales	S N	Medicamentos de Cortisona	S N	Cualquier tipo de Tratamiento Radioactivo	S N
Herpes Labial	S N	Angina (dolor) de Pecho	S N	Alergias a Metales	S N	Enfermedades Venéreas (Sífilis, Gonorrea)	S N
Enfisema	S N	Problemas Mentales	S N	Sangrado excesivo	S N	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirido (SIDA)	S N
Reumatismo	S N	Parálisis Cerebral	S N	Alta Presión arterial	S N	Problemas de la Coyuntura Temporomandibular	S N
Problemas al dormir	S N	Enfermedades de Tiroides	S N	VIH	S N	Enfermedad Autoinmune (Lupus)	S N
Ronca al dormir	S N	Viruela	S N	Enfermedad Respiratoria	S N	Otro (a) _____	S N

Tiene marcapasos para el corazón? **S N** Tiene alguna enfermedad o condición que no haya sido mencionada? **S N**

Ha tenido cirugía del corazón? **S N** Si contesto si, cual? _____

Fuma? **S N** Desde El 2001, le trataron o está programado para comenzar tratamiento con **S N**

Si contesto si, cuánto? _____ Bifosfonatos intravenosos (Aredia o Zometa) para el dolor, hipercalcemia, o

Tiene Osteoporosis? **S N** complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Piaget, **S N**

Si contesto si, que medicamentos toma: _____ Mieloma múltiple o cáncer metastásico? **S N**

Alguna vez le han puesto anestesia local (Novocaina, etc.)? **S N** Cuando comenzó el tratamiento: _____

Ha tenido algún tipo de reacción con la anestesia local? **S N** Ha sangrado excesivamente después de su tratamiento dental **S N**

Si contesto si, explique: _____ Si contesto si, explique: _____

¿Cuánto hace que le tomaron radiografías completas? _____ ¿Cuánto hace desde su último tratamiento dental? _____

____ Semanas ____ Meses ____ Años _____ Semanas ____ Meses ____ Años

Mujeres: Esta Embarazada? **S N** Tiene problemas asociados con su ciclo menstrual? **S N**

Si contesto si, cuantas semanas?: _____ Toma pastillas anticonceptivas? **S N**

Comentarios: _____

He completado este cuestionario en su totalidad. Les he advertido de todos los problemas o trastornos médicos de los que tengo conocimiento. Autorizo y doy consentimiento total para que se me otorguen los servicios dentales acordados entre el dentista y paciente como sean necesarios, incluyendo exámenes, radiografías, anestésicos locales, y otros medicamentos como sean indicados. Soy responsable por el pago de todos los servicios dentales sin importar la cobertura de mi seguro dental y por medio de la presente asigno el pago de mis beneficios dentales al proveedor de servicios.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Si el paciente es menor, Padre, Madre o Tutor

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

CAMBIOS DE SU HISTORIAL DE SALUD

Desde su ultima visita dental:

Ha visto a su medico? **S N** **Desde su ultima visita dental:** Ha visto a su medico? **S N**

Ha tenido cambios en sus medicamentos? **S N** Ha tenido cambios en sus medicamentos? **S N**

Ha tenido cambios en su condición médica, o cirugía? **S N** Ha tenido cambios en su condición médica, o cirugía? **S N**

Explique: _____ **Explique:** _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____ **Firma del Paciente:** _____ **Fecha:** _____

Firma del Doctor: _____ **Fecha:** _____ **Firma del Doctor:** _____ **Fecha:** _____

Children's Dental Group
Aviso de Practica de Privacidad

Este aviso describe como la información de salud acerca de usted podría ser usada y revelada y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor léalo con cuidado.

Su información de salud puede usarse para proveer tratamiento, asegurar pago y conducir operaciones de cuidado de salud.

Usaremos su información de salud para proporcionarle el mejor cuidado dental posible. Esto puede incluir procedimientos clínicos y administrativos para planificar y coordinar el cuidado entre proveedores y personal administrativo. Podríamos revelar su información de salud a dentistas con los que sea necesario referirle, con médicos, laboratorios, farmacias y personal de asistencia medica.

Su información de cuidado de salud puede ser incluida en una factura o estado de cuenta que sea utilizada para obtener pago por los servicios otorgados, esto incluye requisiciones de pagos a terceros en forma electrónica o papel.

Es posible que su información de salud sea revisada durante inspecciones de control de calidad conducidas por los planes de seguro y algunas agencias gubernamentales. Ocasionalmente, esta oficina también usara información de salud para instruir o entrenar a estudiantes, internos, socios y empleados clínicos. Finalmente, su información de la salud puede ser revisada durante procesos de certificación y actividades de licenciatura

Su información de salud podría revelarse bajo las siguientes circunstancias:

Su información de salud podría ser revelada a las autoridades locales de la manera permitida o requerida por las leyes Estatales y Federales, si usted es victima de un crimen o para reportar un crimen.

Notificaremos a las autoridades si sospechamos que un paciente es victima de abuso, descuido o violencia domestica. Dicha denuncia se llevara a cabo de acuerdo con nuestro juicio ético y profesional y cuando consideremos que existe la obligación o autorización legal, o con la autorización del paciente.

Su información de salud puede ser pedida por y otorgada a oficiales Federales, autoridades militares en cuestiones de seguridad nacional y salud publica. Dicha información puede ser útil cuando las autoridades buscan controlar o prevenir una epidemia o para entender los efectos de tratamiento por medio de medicamentos o aparatos médicos.

En caso de una emergencia en que usted no pueda decirnos lo que desea, usaremos nuestro mejor juicio al compartir su información de salud con quienes participen en proveerle atención medica.

No revelaremos su información de salud a ninguna otra entidad, excepto cuando y como sea requerido por las Leyes Federales, Estatales y Locales si no tenemos su autorización por escrito.

Usted tiene los siguientes derechos relacionados a su información de la salud:

Usted tiene derecho a solicitar restricciones en ciertos usos y formas en las que se revela su información de salud. Nosotros respetaremos sus preferencias de restricción si estas son razonables.

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comunicamos con usted en cierta manera. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted en privado y sin ningún miembro de su familia presenta o por correo sellado.

Usted tiene derecho a leer, revisar, y copiar su información de salud inclusive su expediente completo, radiografías, e historial de cobranza. Podría cobrarsele un honorario razonable para cubrir los gastos administrativos de duplicación y ensamblaje de su copia.

Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o modifiquemos sus registros si usted cree que sus registros son inexactos o incompletos.

Usted tiene el derecho a pedir una descripción completa de cómo, donde y cuando se ha usado su información de salud para otras razones que no sean relacionadas con su tratamiento, pago u operaciones de asistencia médica. Nuestra oficina empezara a documentar cualquier otro uso a partir del 14 de Abril de 2003. Por favor avisenos por escrito si desea revisar algún periodo de tiempo.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted tiene derecho a poner una queja con nosotros o en la Secretaria de Salud y Servicios Humanos. Le aconsejamos que exprese sus quejas por escrito. Por favor pida hablar con nuestro oficial de privacidad, quien le ayudara a expresar su queja por escrito

CHILDREN'S DENTAL GROUP™

ACUSE DE RECIBO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE DE LA HOJA DE INFORMACIÓN DE MATERIALES DENTALES

Usted Puede Rehusarse a Firmar Este Acuse de Recibo

AL PACIENTE --- POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES CUIDADOSAMENTE

Propósito del consentimiento: Al firmar esta forma, usted reconoce haber recibido de nuestra oficina el Aviso de las Practicas De Privacidad y autoriza a nuestra oficina a usar y revelar su información de salud protegida para llevar al cabo su tratamiento, actividades de pago y procedimientos relacionados con el cuidado de su salud.

Derecho de Revocar: Usted tiene el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, para hacerlo, entregue su petición por escrito al gerente o administrador de su oficina local. Por favor entienda que la revocación de este consentimiento no afectara ninguna acción que haya sido tomada bajo el resguardo de este consentimiento antes de recibir dicha revocación, y que si usted revoca este consentimiento podríamos negarnos a continuar su tratamiento.

Hoja de Información de Materiales Dentales: Esta es información proporcionada por el Consejo Dental De California para informar a los pacientes acerca de los tipos de materiales usados en la oficina dental. Al firmar esta hoja afirma el haber recibido La Hoja de Información de Materiales Dentales.

Yo, _____, he recibido una copia del aviso de esta oficina del Aviso las Practicas de Privacidad y autorizo a esta oficina a usar y revelar mi información de salud protegida para llevar al cabo mi tratamiento, actividades de pago y procedimientos relacionados con el cuidado de su salud.

Tambien he recibido una copia de la hoja de Información de Materiales Dentales, fechada en Mayo de 2004.

Firma del Padre, Madre o Tutor

Fecha

Para el uso de la Oficina Solamente

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices and/or Dental materials Fact Sheet, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign acknowledgement for HIPAA/DMFS (circle one)
 - Communications barrier prohibited obtaining the acknowledgement/consent
 - An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement/consent
 - Other (Please Specify)
-
-

Usted Puede Rehusarse a Firmar Este Reconocimiento