

Email:

Fecha de hoy:

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre:		Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i>		Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i>	
<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>2o Nombre</i>	()	()	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
<i>Dirección postal</i>					
Ocupación:	Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	M F O
SS# o ID del Paciente:	Contacto en Emergencias:	Parentesco:	Teléfono: <i>Incluya código del área</i>	Teléfono celular: <i>Incluya código del área</i>	
<i>Innecesario</i>		()	()		
Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?					
<i>Su Nombre</i>		<i>Parentesco</i>			
Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:		<i>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</i>		Sí	No NS
Tuberculosis activa				☐	☐
Tos persistente de más de 3 semanas de duración				☐	☐
Tos que produce sangre				☐	☐
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis				☐	☐
Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.					

Información Dental

En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.

Sí No NS	Sí No NS
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental?	Sufre de dolor de oídos o del cuello?
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?
Sufre de boca seca?	Tiene lesiones o úlceras en su boca?
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?	Usa dentaduras (placas) completas o parciales?
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?	Participa en actividades enérgicas de recreación?
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?
Está fluorada el agua que llega a su casa?	Fecha de su último examen dental:
Bebe usted agua embotellada o filtrada?	Qué le hicieron en esa ocasión?
Si es así, con qué frecuencia? <i>Marque su respuesta con un círculo:</i>	
A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE	Fecha de su última radiografía dental:
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?	
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?	
Cómo se siente con su sonrisa?	

Información Médica

Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

Sí No NS	Sí No NS
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?
Médico:	Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?
<i>Nombre</i>	
Dirección/Ciudad/Estado/Código:	
	Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?
Se encuentra usted sano/a?	Sí es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?	
Si es así, qué condición le están tratando?	
Fecha de su último examen médico:	

Información Médica

Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)		Sí No NS	
Usa lentes de contacto?.....		☐	☐
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?		☐	☐
Fecha: Si es así, ha tenido alguna complicación?			
Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget?		☐	☐
Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico?		☐	☐
Fecha del comienzo del Tratamiento:			
Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.		Sí No NS	
Anestésicos locales		☐	☐
Aspirina		☐	☐
Penicilina u otros antibióticos		☐	☐
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir		☐	☐
Sulfas		☐	☐
Codeína u otros narcóticos		☐	☐
Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.			
Sí No NS		Sí No NS	Sí No NS
Válvula cardíaca artificial (prótesis)		☐	☐
Previa endocarditis infecciosa		☐	☐
Válvulas dañadas en corazón transplantado		☐	☐
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)			
ECC cianótica, sin reparar		☐	☐
Reparada en los últimos 6 meses (completamente)		☐	☐
ECC reparada con defectos residuales		☐	☐
Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.			
Sí No NS		Sí No NS	Sí No NS
Enfermedad cardiovascular		☐	☐
Angina		☐	☐
Arterioesclerosis		☐	☐
Insuficiencia cardíaca congestiva		☐	☐
Daño en las válvulas cardíacas ...		☐	☐
Infarto del miocardio		☐	☐
Soplo en el corazón		☐	☐
Presión arterial baja		☐	☐
Presión arterial alta		☐	☐
Otros defectos congénitos del corazón		☐	☐
Prolapso de la válvula mitral		☐	☐
Marcapasos		☐	☐
Fiebre reumática		☐	☐
Enfermedad cardíaca reumática		☐	☐
Sangramiento anormal		☐	☐
Anemia		☐	☐
Transfusión sanguínea		☐	☐
Si es así, fecha:			
Hemofilia		☐	☐
SIDA o infección por VIH		☐	☐
Artritis		☐	☐
Enfermedad autoinmune		☐	☐
Artritis reumatoidea		☐	☐
Lupus eritematoso sistémico		☐	☐
Asma		☐	☐
Bronquitis		☐	☐
Enfisema		☐	☐
Sinusitis		☐	☐
Tuberculosis		☐	☐
Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia		☐	☐
Dolores de pecho por esfuerzo		☐	☐
Dolor crónico		☐	☐
Diabetes Tipo I o II		☐	☐
Trastornos de alimentación		☐	☐
Malnutrición		☐	☐
Enfermedad gastrointestinal		☐	☐
Reflujo G.E./ardor persistente ..		☐	☐
Úlceras		☐	☐
Alteraciones de la tiroides		☐	☐
Derrame cerebral		☐	☐
Glaucoma		☐	☐
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática		☐	☐
Epilepsia		☐	☐
Desmayos o ataques epilépticos ..		☐	☐
Alteraciones neurológicas		☐	☐
Si es así, especifique:			
Alteraciones del sueño		☐	☐
Usted ronca?		☐	☐
Alteraciones mentales		☐	☐
Especifique:			
Infecciones recurrentes		☐	☐
Tipo de infección:			
Alteraciones renales		☐	☐
Sudor nocturno		☐	☐
Osteoporosis		☐	☐
Inflamación persistente de los ganglios del cuello		☐	☐
Cefaleas graves/jaquecas		☐	☐
Pérdida de peso severa o rápida ..		☐	☐
Enfermedades venéreas		☐	☐
Orina en forma excesiva		☐	☐
Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?		☐	☐
Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó:		Teléfono: Incluya código del área ()	
Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?		☐	☐
Explique por favor:			

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.
Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/Apoderado:

Fecha:

Firma del proveedor.:

Fecha:

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios:

Pharmacy Name/Location:



Formulario de Consentimiento del Paciente para el Cumplimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Puedes comprobar con tu firma que Hemos revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha. Usted tiene derecho a restringir cómo se utiliza y divulgar su información médica protegida para tratamiento, pago o atención médicas. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La HIPAA (Salud La ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 permite el uso de la información para tratamiento, pago o atención médica.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarlo, enviarle un correo electrónico o enviar un mensaje de texto para confirmar las citas?	SÍ	NO
¿Podemos dejarle un mensaje en el contestador de su casa o en su celular?	SÍ	NO
¿Podemos hablar de su condición médica con algún miembro de su familia?	SÍ	NO

En caso afirmativo, nombre los miembros permitidos:

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO FINANCIERO INFORMADO DEL PACIENTE

Reconozco y acepto: El médico me ha explicado todos los riesgos, beneficios y opciones alternativas con respecto a mi tratamiento. Tengo la opción de seleccionar beneficios cubiertos o servicios dentales mejorados, mejorados o no cubiertos disponibles. El gasto de bolsillo estimado. Los costos para el paciente de cada opción me han sido explicados completamente. He solicitado los servicios anteriores y acepto que estoy financieramente responsable de los costos del paciente por todos los servicios dentales proporcionados. Esta es sólo una estimación. Como tal estimación o Es posible que mi compañía de beneficios dentales no respete la autorización previa al presentar el reclamo. Soy financieramente responsable de todos los servicios dentales. Servicios prestados. También soy financieramente responsable de los honorarios reales y los cargos de laboratorio por el tratamiento iniciado y no completado por mí, si es aplicable.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



MIRAGE DENTAL CARE

13011 W. Greenway Rd. Ste. 104

El Mirage, AZ 85335

602-584-9740

Política de Cancelación de Citas

Nos esforzamos por brindarle a usted y al resto de nuestros pacientes una excelente atención dental. En un intento de ser consistente con esto, tenemos un **Política de Cancelación de Citas** que nos permite programar citas para todos los pacientes. Cuando se programa una cita, ese tiempo se ha reservado para usted y cuando se pierde, ese tiempo no se puede utilizar para tratar a otro paciente.

Nuestra política es la siguiente:

- Requerimos que usted dé a nuestra oficina **48 horas** aviso en caso de que necesite reprogramar su cita. **Entendemos que surgen cosas inesperadas, sin embargo, le agradecemos que nos informe antes de su cita por teléfono, correo de voz, correo electrónico o chat de Google.**

Esto permite programar a otros pacientes en esa cita.

- Si pierde una cita sin comunicarse con nuestra oficina dentro del tiempo requerido, esto se considera una cita perdida.
- Si un paciente llega más de 20 minutos tarde sin previo aviso a una cita programada, la consideraremos una cita perdida.
- Si tienes **frecuentemente** citas perdidas en nuestra oficina, es posible que lo despidan de nuestra práctica.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política, comuníquese a nuestro personal y estaremos encantados de aclarar cualquier pregunta que tenga.

Le agradecemos su patrocinio.

Yo, _____ (nombre en letra de molde), he leído y entiendo la **Política de Cancelación de Citas** de la práctica y aceptó estar sujeto a sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por la práctica.

Firma

Fecha