Employee's Paylocity ID: _____

Información del Paciente

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Padre/Guardián: ___PRIMERO___ ___INICIAL___ ___APPELLIDO___ FDN: ___MM/DD/AA___
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Celular): _____ Teléfono (Trabajo): _____
Dirección Electrónico: _____ Recibir Texto? ☐Yes ☐No

Nombre del Paciente: ___PRIMERO___ ___INICIAL___ ___APPELLIDO___ Género: ☐M ☐F FDN: ___MM/DD/AA___
Nombre del Paciente: ___PRIMERO___ ___INICIAL___ ___APPELLIDO___ Género: ☐M ☐F FDN: ___MM/DD/AA___
Nombre del Paciente: ___PRIMERO___ ___INICIAL___ ___APPELLIDO___ Género: ☐M ☐F FDN: ___MM/DD/AA___
Nombre del Paciente: ___PRIMERO___ ___INICIAL___ ___APPELLIDO___ Género: ☐M ☐F FDN: ___MM/DD/AA___
Nombre del Paciente: ___PRIMERO___ ___INICIAL___ ___APPELLIDO___ Género: ☐M ☐F FDN: ___MM/DD/AA___

CONTACTO CONFIDENCIAL Y DE EMERGENCIA

Por favor indique los miembros de la familia (o otras personas), con quienes podemos hablar de tratamiento y diagnóstico dental y dar registros.

Nombre: _____ Teléfono: _____
☐Contacto de Emergencia ☐Discutir el Tratamiento ☐Consentimento para el Tratamiento ☐Registros del Lanzamiento

Nombre: _____ Teléfono: _____
☐Contacto de Emergencia ☐Discutir el Tratamiento ☐Consentimento para el Tratamiento ☐Registros del Lanzamiento

Nombre: _____ Teléfono: _____
☐Contacto de Emergencia ☐Discutir el Tratamiento ☐Consentimento para el Tratamiento ☐Registros del Lanzamiento

X _____
FIRMA *NOMBRE* *FECHA*

_____ *INICIAL* Autorizo a las empleados de la oficina a enviar excusas escolares a los empleados de la escuela y informar a la escuela si mi hijo/hija tenía una cita dental y la fecha para regresar a la escuela.

¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE NOSOTROS?

☐Dirección Electrónico ☐Llamada Telefónica ☐Remitente ☐Periódico

☐Radio ☐Evento Comunitario ☐Evento Escolar ☐La Tienda

☐Medios Sociales ☐Amigo/Familia ☐Búsqueda de Google ☐Entrar

☐Otro: _____

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, recibí una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Entiendo que este notificación es documentar que esta oficina me ayudé a ser conciente de las prácticas de privacidad requeridas bajo de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

X _____
FIRMA *NOMBRE* *FECHA*

_____ *INICIAL* Sido consciente que los Proveedores son Dentistas contratados.

Employee's Paylocity ID: _____

Historial Médico

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Paciente: PRIMERO _____ INICIAL _____ APPELLIDO _____ FDN: _____ MM/DD/AA _____

Idiomas: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Etnia: _____ Raza: _____

INFORMACIÓN DENTAL

¿Tiene algún dolor o sensibilidad en este momento (o recientemente)? ☐ No ☐ Sí
En caso afirmativo, expliquelo por favor: _____

¿Tiene algún problema dental ahora mismo ☐ No ☐ Sí
En caso afirmativo, expliquelo por favor: _____

¿Está interesado en una consulta de ortodoncia gratis? ☐ No ☐ Si

INFORMACIÓN MÉDICO

¿Estás usted, o cree que puede estar embarazada? ☐ No ☐ Sí

¿Está siendo tratado por un médico ahora?	☐ No	☐ Sí	Razón: _____
¿Tomando medicamentos?	☐ No	☐ Sí	Identificar: _____
¿Alérgico a algún medicamento?	☐ No	☐ Sí	Identificar: _____
¿Alérgico a los metales?	☐ No	☐ Sí	Identificar: _____
¿Alguna enfermedad grave recientemente?	☐ No	☐ Sí	Identificar: _____
¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía mayor?	☐ No	☐ Sí	Identificar: _____

Verificar cualquiera de lo siguiente que ha tenido (o tiene actualmente):

- ☐ Problemas del Corazón
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedad Ocular
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Hepatitis
- ☐ Artritis
- ☐ Tiroides
- ☐ Murmullo del Corazón
- ☐ Sensibilidad al Látex
- ☐ Magullarse Fácil
- ☐ Derrame Celebral
- ☐ Fiebre Reumática
- ☐ Tumores
- ☐ Asma
- ☐ Sida/VIH
- ☐ Alérgica a la Anestesia
- ☐ Problemas del Estómago/Intestinal
- ☐ Válvula Cardíaca Artifical
- ☐ Herpes Labial/Ampollas de Fiebre
- ☐ Psiquiátrico/Cuidado Psicológico
- ☐ Alta Presion Sanguinea
- ☐ Trastorno Hepático o Renal
- ☐ Sangría
- ☐ Epilepsia
- ☐ Enfermedad Venérea
- ☐ Fumar o Masticar
- ☐ Pastillas Anticonceptivas
- ☐ Úlceras
- ☐ Desmayo/Mareado

¿Hay algún otro problema médico que debamos tener en cuenta? ☐ No ☐ Sí
En caso afirmativo, expliquelo por favor: _____

La información anterior es exacta a lo mejor de mi conocimiento.

X _____

FIRMA *NOMBRE* *FECHA*

PRESCRIPCIÓN PARA RADIOGRAFÍAS DENTALES

Nombre del Paciente _____ FDN _____

¿El paciente tiene alguna alergia o condiciones médicas? ☐No ☐Si
Por favor, explique:

_____

_____

_____

Autorizo al proveedor a tomar las radiografías necesarias como el proveedor recomienda.
Nombre Tutor/Paciente _____ Fecha _____

Firma del Tutor/Paciente _____

Esta Sección para la Proveedor

For Provider: After careful consideration of the dental or other health needs of the patient, I am prescribing the following dental radiographs as I find them necessary for diagnosis, treatment, prevention of disease and monitoring of growth and development.

☐Periapical Radiographs How many? _____
☐Bitewings Radiographs How many? _____

☐FMX ☐ Panoramic Film ☐ Cephalomitric X-ray

☐Other: _____

Provider Name: _____

Signature: _____

AUTORIZACIÓN DE PAGOS DE BENEFICIOS DE LA ASEGURANZA

Se me ha informado del plan de tratamiento y los costos asociados. Estoy de acuerdo en ser responsible de todos los cargos por servicios dentales y materiales no cubiertos por mi plan de beneficios dentales, a menos que esté prohibido por ley, o el dentista que hará el tratamiento dental o la clinica dental tiene contrato con mi plan que prohiban toda o una parte de dichos cargos. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso de la divulgación de mi información protegida de salud para llevar a cabo actividades de pago en relación con todas las reclamaciones y cargos de mi seguranza.

Doy permiso y ordeno el pago de los beneficios dentales de otro modo pagados a mi, directamente a la entidad dental anterior.

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento del Paciente _____

Nombre del Guardián _____

Firma _____ Fecha _____

SOLICITUD DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

Según lo requerido por la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) usted tiene el derecho de solicitar que las comunicaciones de su información personal de salud se realicen de canales confidenciales. No le preguntaremos por qué está haciendo la solicitud y tratará de acomodar todas las solicitudes razonables.

_____ *(imprimir nombre)* solicita el uso de los siguientes canales confidenciales para la comunicación relacionada con mi salud personal, tratamiento o pago de tratamiento. Esta solicitud reemplaza cualquier solicitud previa de comunicaciones de canal confidenciales que pueda haber hecho.

Seleccione todas las que correspondan.

TELÉFONO

Quiero que me contactes por teléfono a este numero: _____

☐ Sí ☐ No Dejar mensajes en mi contestador automático o buzón de voz.

☐ Sí ☐ No Dejar mensajes con cualquier otra persona.

CORREO

Quiero que me contactes en esta dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

CORREO ELECTRÓNICO

Quiero que me contactes en esta dirección de correo electrónico:

_____

FAX

Quiero que me contactes a este número de fax: _____

OTRAS SOLICITUDES DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

(ESPECIFICAR):

_____

_____

_____

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Nombre del Empleado _____