

Nombre del paciente: _____ Sobre Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad, estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Número de seguro social #: _____

Numero de Identificacion de Medicaid: _____

Como escucho de nuestra oficina? _____

Fecha de la última limpieza dental / visita: _____

Persona Responsable por la cuenta (si alguien diferente al paciente)

Nombre completo: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad, estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Número de seguro social #: _____

Lugar de empleo: _____

Parte responsable es el titular de la Póliza de seguro primario: _____

Parte responsable es el titular de la Póliza de seguro secundario: _____

Lugar de empleo: _____

HISTORIA CLÍNICA

Alergias:	SÍ	No	Condiciones de:	SÍ	No
Anestesia			Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Virus del SIDA)		
Aspirina			Anemia		
Codeína			Asma		
Darvon			Epilepsia		
Yodo			Diabetes		

Percodan			Enfermedad del corazón		
Sulfa			Presión arterial alta		
Tetraciclina			Hipertiroidismo		
Otros:			Dolencia de riñón		
Mujeres sólo			Enfermedad hepática o Hepatitis		
¿Está embarazada?			Presión arterial baja		
¿Está tomando control de la natalidad?			Esclerosis múltiple		
¿Es la lactancia materna?			Fiebre reumática		
			Tuberculosis		
			Úlceras		
			Condiciones	SÍ	No
Lista actual medicamentos:			Requiere pre medicamento antes de procedimientos dentales		
			Está tomando diluyentes de la sangre		
			Reemplazo de la articulación		
			Consumo de tabaco		
			Otros (indíquelo)		

PROBLEMAS DENTALES

	SÍ	No
Sangrado de las encías		
Sensibilidad a el frío/calor		
Pulido/bruxismo		
Cosmética/Color de los dientes		
Dolor de ATM/mandíbula		
Le faltan dientes		
Otros:		

Firma del paciente o tutor

REGLAS DE HIPPA OMNIBUS

EL RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBIR LA NOTIFICACION DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO / AUTORIZACION LIMITADA Y FORMA DE LIBERACION

USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACION. AL NEGARSE PUEDE QUE NO SE LE PERMITA PROCESAR SUS RECLAMACIONES DE SEGUROS.

Fecha: _____

El que suscribe recibe una copia del aviso actualmente vigente de las prácticas de privacidad de este centro de salud. Una copia de este firmada deberá ser tan eficaz como la original.

MI FIRMA TAMBIEN SERVIRA COMO UN DOCUMENTO DE LIBERACION PHI EN CASO DE QUE OTRAS INSTALACIONES MEDICAS NECESITEN INFORMACION DE TRATAMIENTO O RADIOGRAFIAS.

Form fields for patient name, signature, legal representative, and relationship.

Sus comentarios acerca de reconocimientos o consentimientos: _____

COMO QUIERE SER TRATADO CUANDO SEA LLAMADO DESDE LA AREA DE RECEPCION:

Form fields for preferred contact method: solo primer nombre, solo apellido, otro.

ENUMERE LAS PERSONAS QUE PUEDEN TENER ACCESO A SU INFORMACION DE SALUD:

(Esto incluye padrastros, abuelos y cuidadores que puedan tener acceso a estos registros del paciente)

Form fields for listing people with access to health information: Name and Relationship.

AUTORIZO EL CONTACTO DE ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR MIS CITAS, TRATAMIENTOS Y DATOS DE FACTURACION A TRAVES DE:

Form fields for contact preferences: Celular, casa, trabajo, Mensaje de texto, Correo electrónico, Cualquiera de los anteriores.

AUTORIZO LA INFORMACION SOBRE MI SALUD SEA COMUNICADA A TRAVES DE:

Form fields for communication preferences: Celular, casa, trabajo, Mensaje de texto, Correo electrónico, Cualquiera de los anteriores.

In signing this HIPAA Patient Acknowledgement Form, you acknowledge and authorize, that this office may recommend products or services to promote your improved health. This office may or may not receive third party remuneration from these affiliated companies. We, under current HIPAA Omnibus Rule, provide you this information with your knowledge and consent.

Office Use Only

As Privacy Officer, I attempted to obtain the patient's (or representatives) signature on this Acknowledgement but did not because:

Form for Office Use Only with checkboxes for reasons: emergency treatment, could not communicate, refused to sign, unable to sign, other.