

Affordable Dental

Gracias por elegir nuestro equipo de salud dental! Nos esforzamos para ofrecerle la mejor atención dental posible. Por favor llene este formulario completamente. Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor déjenos saber con gusto le ayudamos.

Fecha: _____

Información Del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Nombre Preferido: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: H___ M___ Numero de Seguro Social ___-___-___

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal : _____

Teléfono de Casa : _____ Celular: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Marque la caja que aplica: Menor [] Soltero(a) [] Casado(a) [] Divorciado(a) [] Viudo(a) []

Contacto de Emergencia

Apellido: _____ Nombre : _____

Relación al Paciente : _____ Número de Contacto: _____

Persona Responsable

Nombre de persona responsable (guardian): _____

Número de Seguro Social ___-___-___ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Dirección (si es diferente del paciente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleo/Nombre de Compañía: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

A quien podemos agradecer por referirlo? _____

Aseguranza Dental

Compañía de Aseguranza: _____ Tomador de Póliza: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Número de Seguro Social _____

Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

Empleo/Compania de Trabajo: _____ Número de Telefono _____

Aseguranza Dental Secundaria(si applica)

Compañía de Aseguranza: _____ Tomador de Póliza: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Número de Seguro Social _____

Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

Empleo/Compania de Trabajo: _____ Numero de Telefono _____

Consentimiento para el Tratamiento

Certifico que he leído y comprendido la información anterior a lo mejor de mi conocimiento. Las preguntas anteriores han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser un peligro para mi salud. Por la presente autorizo Affordable Dental para administrar y hacer el procedimiento necesario, como radiografías, anestesia y tratamiento dental que el dentista considere necesario o conveniente con el diagnóstico de mi condición dental. Entiendo que hay cierto riesgo inherente al tratamiento dental; tales como, pero no limitado a: la sensibilidad pulpar o daño, inflamación del tejido o hematomas, dolor de mandíbulas, parestesia, y el riesgo específico otro procedimiento.

Seguros : Autorizó la liberación de información con respecto a mi tratamiento dental a mi compañía de seguros. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de los servicios prestados durante mi período de seguro no elegible y cualquier saldo no pagado por el seguro de acarreo. Entiendo que el seguro se facturan como una cortesía y aun soy el último responsable de todo el coste del tratamiento. **Co-pago solo es un estimado.**

La responsabilidad de pago: En el caso de que este asunto se volvió a una agencia de colecciones o abogado para la recogida de las tasas debidas en este documento; Yo estoy de acuerdo en pagar todos los gastos de recaudación y honorarios de abogado, si es o no una demanda se instituyó. También reconozco que yo sería responsable de todos los costos incurridos en la corte haciendo colecciones sumas pendientes de pago debido por el trabajo aquí expuesto.

Firma: _____ Date: _____

Firma de Guardian: _____ Date: _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- | | | |
|--|---|---|
| ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Esta usted en una dieta especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usa tabaco? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usted usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
- Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|--|---|-----------------------------------|---|
| SIDA / HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diálisis renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / vértigo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretonescon facilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falla del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | La ictericia amarilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____

Historia Dental

Nombre del dentista anterior: _____ Última Visita Dental: _____

¿Motivo de visita de hoy? _____

¿Alguna vez has tenido un problema grave con un tratamiento dental anterior? Si [] No []

“SI” explique: _____

¿Con qué frecuencia se cepilla? _____ Con qué frecuencia usa el hilo dental?? _____

¿Con qué frecuencia se obtiene una limpieza? _____

Por Favor conteste SI [] o NO []

¿Estás indeciso al venir al dentista? Si [] No []

¿Usted ronca o tiene problemas para dormir? Si [] No []

¿Sus encía sangra durante el cepillado o uso del hilo dental? Si [] No []

¿Tiene usted un mal sabor u olor en la boca? Si [] No []

¿El alimento con frecuencia quedan atrapados entre los dientes? Si [] No []

¿Tiene empastes dentales que no te gustan? Si [] No []

¿Te gustaría tener una sonrisa más blanca y brillante? Si [] No []

¿Quieres una sonrisa recta? Si [] No []

¿Le faltan dientes que desea reemplazar? Si [] No []

¿Tiene prótesis dentales sueltas o parciales? Si [] No []

¿Es usted muele o aprieta los dientes? Si [] No []

Alguna sensibilidad? Si [] No [] “SI” Donde _____

¿Qué no te gusta de tu sonrisa?

¿Qué podemos hacer para que su sonrisa se vea mejor?

Política de Citas

Para asegurarse de que cada paciente reciba la atención individual, dejamos de lado un tiempo dedicado para cada cita. Si usted no puede asistir a su cita, por favor avísenos con 24 horas de antelación para que podamos acomodar a otros pacientes. Nuestra política de cancelación es la siguiente: Programamos nuestros pacientes por cita porque te lo mereces, tiempo exclusivo personalizado con el médico y el personal. Nuestra oficina se esfuerza por ver cada paciente en su hora de la cita. Con el fin de que hagamos eso, es importante que llegue a tiempo. Si usted llega tarde por 15 minutos o más, la cita puede tomar más tiempo de lo previsto o puede ser reprogramado para una fecha y hora diferente. ***Si se pierden tres citas nos reservamos el derecho de interrumpir su visita en esta oficina.*** Sólo se aceptarán cancelaciones por teléfono en horario de oficina y no cuando se cierra la oficina. Mensajes dejados en el correo de voz para los cambios de citas o cancelaciones no serán aceptados, debe hablar con un miembro del equipo durante las horas regulares de oficina.

Yo, _____ entiendo y estoy de acuerdo con la siguiente política. (Paciente o Tutor Nombre impreso)

NUESTRO AVISO DE PRIVACIDAD PRÁCTICA Y CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario, su consentimiento para nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica. Por la Ley que debe cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad hasta que optemos por cambiarla. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento según lo permitido por la ley. Si cambiamos este Aviso, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a la información médica que ya tenemos, así como a la información que podemos generar en el futuro. Si cambiamos nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, publicaremos el nuevo aviso en nuestra oficina, tener copias disponibles en nuestra oficina y lo publicaremos en nuestro sitio web.

Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento poniéndose en contacto con:

Affordable Dental 3216 High St Denver Co 80205. Teléfono 303-394-0231 Fax 303-329-4622

Derecho a revocar: Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento de nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida en cualquier momento dándonos aviso por escrito de su revocación presentado a la dirección antes mencionada. Por favor, comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en la dependencia de este consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos declinar el tratamiento o para continuar el tratamiento si usted revoca su consentimiento

HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ANTERIORES. AUTORIZO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA PAGAR MIS BENEFICIOS DENTALES DIRECTAMENTE A AFFORDABLE DENTAL RECONOZCO QUE HE RECIBIDO UNA COPIA DE LA NOTIFICACIÓN DE AFFORDABLE DENTAL DE PRIVACIDAD Y POLÍTICAS.

Imprimir Nombre del paciente o tutor responsable: _____

Firma del paciente o tutor responsable: _____ Fecha _____

NOTIFICACIÓN DE MONITOREO DE MEDICAMENTO RECETADOS

Al firmar este formulario, usted confirma que ha sido notificado que si recibe una receta para una sustancia controlada (droga narcótica) de nuestra oficina y llenar esa receta en una farmacia en Colorado, cierta información de prescripción de identificación, incluyendo el nombre de la paciente, serán introducidos en una base de datos segura mantenida por el programa de vigilancia de medicamentos recetados de Colorado. La ley estatal requiere que las farmacias reportar información sobre recetas de sustancias controladas llenas a la base de datos de monitoreo de medicamentos recetados.

Esta base de datos se utiliza para ayudar a prevenir el uso inapropiado de sustancias controladas - como el fraude y la desviación. La base de datos de programa de monitoreo de medicamentos recetados sólo contiene los registros relacionados con sustancias controladas (drogas narcóticas como analgésicos, relajantes musculares y esteroides). No contiene registros sobre otros medicamentos con receta como los antibióticos, antidepresivos o cualquier otra categoría de medicamentos recetados.

Sólo las personas autorizadas, como el personal de salud que prescriben sustancias controladas y la policía en circunstancias muy limitadas puede acceder a la base de datos y sólo para usos bien definidos. Mientras usted está usando drogas controladas adecuadamente, no debería ser motivo de preocupación. Si no desea que su información en la base de datos, consulte a su dentista que le recete medicamentos no narcótico para usted.

Más información sobre el programa de vigilancia de medicamentos recetados de Colorado, incluyendo copias de los registros de recetas médicas individuales almacenados en la base de datos, se puede obtener en el Departamento de Estado de Colorado de Agencias Reguladoras llamando al 303-894-5957 o visitando <http://www.dora.state.co.us/pharmacy/pdmp/consumers.htm> .

He leído y entendido esta notificación.

(Firma del paciente / tutor)

(Fecha)

Si esta notificación es firmado por un representante personal en nombre de la paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Representante

Relación con el paciente