Información del paciente

Officina:

Información del paciente

Lengua materna: ☐English ☐Español Sexo:☐Femenino ☐Masculino

Estado civil: ☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado ☐Viudo ☐Otro

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

NSS #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____ ¿Acepta mensajes de texto? ☐Sí ☐No

Correo electrónico: _____

Medio de comunicación preferido

☐ Residencial ☐ Teléfono del trabajo ☐ Celular ☐ Correo electrónico

Información de la persona responsable

Relación con el paciente: ☐Yo mismo ☐Padres/Tutor ☐Cónyuge ☐Otro

Sexo: ☐Femenino ☐Masculino

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

NSS #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____ ¿Acepta mensajes de texto? ☐Sí ☐No

Correo electrónico: _____

Información del empleador

Situación laboral: ☐Empleado ☐Estudiante ☐Retirado ☐Desempleado

Nombre del empleador/escuela: _____

Ocupación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ ¿Hace cuánto tiempo? __ Año(s) __ Mes(es)

Información de la persona de contacto en caso de emergencia

Relación con el paciente: ☐ Persona Responsable ☐Otro

Sexo: ☐Femenino ☐Masculino

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Nombre del Paciente: _____

Chart # _____ **Fecha:** _____

Información del plan de seguro primario

Tipo de seguro: ☐No seguro ☐HMO ☐PPO/Indemnización ☐Denti-Cal

Nombre del plan: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Número del seguro: _____ Número del grupo: _____

Información del beneficiario (Miembro principal)

Relación con el paciente: ☐Yo mismo ☐Persona Responsable ☐Cónyuge ☐Otro

Sexo: ☐Femenino ☐Masculino

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

NSS #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del empleador: _____

Información del plan de seguro secundario

Tipo de seguro: ☐No seguro ☐HMO ☐PPO/Indemnización ☐Denti-Cal

Nombre del plan: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Número del seguro: _____ Número del grupo: _____

Información del beneficiario (Miembro principal)

Relación con el paciente: ☐Yo mismo ☐Persona Responsable ☐Cónyuge ☐Otro

Sexo: ☐Femenino ☐Masculino

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

NSS #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del empleador: _____

¿Cómo nos encontró?

☐ 1-800-Dentist ☐ Folleto/Anuncio ☐ Referido por su seguro: _____

☐ Ubicación ☐ Representante Mercantil: _____

☐ Páginas Amarillas ☐ Empleador ☐ Otro Doctor: _____

☐ Familia/Amigo ☐ Sito del Internet ☐ Otro: _____

Yo certifico que la información aquí expuesta es exacta y puede ser aprobado para recibir crédito y proporcionar los servicios dentales. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos u/o cargos no cubiertos y/o no pagados por mi compañía de seguros por cualquier razón. Yo autorizo que cualquier pago o beneficios del seguro sea pagado directamente a esta corporación dental. Entiendo que soy financieramente responsable de ningún cargo no cubierto en esta autorización. Autorizo la liberación de cualquier información que relaciona a cualquier reclamo o reclamos dentales.

_____ _____

Firma del Partido Responsable Fecha

(Representante Legal si el Paciente es un menor)

Actualizar Información del Paciente * Actualizar es anotar algún cambio en la Información del Paciente

Fecha	Firma	Comentarios

HEALTH HISTORY
HISTORIA DE SALUD

CHART NO._____

PATIENT NAME (NOMBRE):_____ **DATE (FECHA):**_____

DATE OF BIRTH (FECHA DE NACIMIENTO):_____ **SEX (SEXO):** M / F **HEIGHT (ESTATURA):**_____ **WEIGHT (PESO LBS):**_____

Answer all questions and fill in blank spaces when indicated. Answers to the following questions are for our records only and will be strictly confidential.

	Yes	No
1. Are you in good health?	☐	☐
2. Has there been any significant change in your general health within the past year?	☐	☐
My last physical was on _____		
3. Are you now under the care of a physician?	☐	☐
If so, what is the condition being treated		
_____		
The name and telephone # of my physician is		
_____		
Please list any medications you are taking:		
_____		
_____		
_____		
4. Have you been hospitalized from a serious illness or operation within the last 5 years?	☐	☐
If so, explain _____		
_____		
5. Do you have or have you had any of the following diseases or problems:		
A. High or Low Blood Pressure?	☐	☐
B. Heart Conditions: Damaged/Artificial heart valves, Cardiovascular disease, murmurs, coronary insufficiency/occlusion, stroke, heart lesions or Mitral Valve Prolapse?	☐	☐
• Do you have pain in chest upon exertion?	☐	☐
• Are you ever short of breath after mild exercise?	☐	☐
• Do your ankles swell?	☐	☐
• Do you get short of breath when you lie down or do you require extra pillows when you sleep?	☐	☐
C. Do you have a cardiac pacemaker?	☐	☐
D. Do you have Rheumatic Fever/Heart Disease?	☐	☐
• Sinus trouble?	☐	☐
E. Asthma?	☐	☐
F. Hives or skin rash?	☐	☐
G. Fainting spells or seizures?	☐	☐
H. Diabetes?	☐	☐
• Do you have to urinate (pass water) more than 6 times a day?	☐	☐
• Are you thirsty much of the time?	☐	☐
I. Hepatitis, jaundice or liver disease?	☐	☐
J. Arthritis?	☐	☐
K. Inflammatory rheumatism? (Swollen joints)	☐	☐
L. Stomach ulcers?	☐	☐
M. Kidney trouble?	☐	☐
N. Tuberculosis?	☐	☐
O. Anemia?	☐	☐
P. A persistent cough or cough up blood?	☐	☐
• Do you have prosthetic hip or joint prosthesis, implants, bone plates or pins?	☐	☐
If so, what _____		
6. Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma?	☐	☐
• Do you bruise easily?	☐	☐
• Have you ever required a blood transfusion?	☐	☐
if so, explain _____		
7. Have you ever taken Phen-fen?	☐	☐
8. Do you drink Alcoholic Beverages?	☐	☐

Conteste todas las preguntas y Llene los espacios en blanco cuando se impliqué. Las contestaciones a nuestras preguntas son únicamente para nuestros archivos, y se consideran confidenciales.

	Sí	No
1. ¿Está usted en buena salud?	☐	☐
2. ¿Ha habido cambio de su salud durante el último año pasado?	☐	☐
Mi último examen médico fue en _____		
3. ¿Está ahora bajo atención médica?	☐	☐
Si es así, que enfermedad se está curando		
_____		
El nombre y # de teléfono de mi médico es		
_____		
Por favor detalle cualquier medicamentos que está tomando:		
_____		
_____		
_____		
4. ¿Ha estado hospitalizado de una enfermedad seria u operación dentro los últimos 5 años?	☐	☐
Si es así, explique _____		
_____		
5. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas:		
A. ¿Alta o Baja presión arterial? (sangre)	☐	☐
B. ¿Enfermedad del Corazón: Válvulas artificiales o dañadas, insuficiencia cardiaca, oclusión coronaria, arteriosclerosis, sincope, Lesión cardiaca o Mitral Válvula Prolapso?	☐	☐
•¿Tiene dolor en el pecho cuando hace esfuerzo?	☐	☐
•¿Le falta el aire después de hacer algún ejercicio?	☐	☐
•¿Se le hinchan los tobillos?	☐	☐
•¿Cuándo se acuesta, le falta aire para respirar o le faltan más almohadas para dormir?	☐	☐
C. ¿Tiene un marcapasos cardiaco?	☐	☐
D. ¿Fiebre/Infección reumática del corazón?	☐	☐
•¿Problema de sinusitis?	☐	☐
E. ¿Asma?	☐	☐
F. ¿Ronchas o sarpullido?	☐	☐
G. ¿Desmayos y sudores o ataques?	☐	☐
H. ¿Diabitis?	☐	☐
•¿Orina usted más de seis veces por día?	☐	☐
•¿Tiene sed la mayoría del tiempo?	☐	☐
I. ¿Hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado?	☐	☐
J. ¿Artritis?	☐	☐
K. ¿Inflamación reumática? (coyunturas inflamadas)	☐	☐
L. ¿Ulceras estomacales?	☐	☐
M. ¿Enfermedad del riñón?	☐	☐
N. ¿Tuberculosis?	☐	☐
O. ¿Anemia?	☐	☐
P. ¿Tos persistente o tos con sangre?	☐	☐
•¿Tiene cadera o conjuntara prostética, implantes, placa de hueso ir tornillos?	☐	☐
Si es así, que _____		
6. ¿Ha sangrado anormalmente, cuando una extracción dental, Cirugía o trauma?	☐	☐
• ¿Se moretea su piel fácilmente?	☐	☐
• ¿Ha requerido transfusión de sangre?	☐	☐
Sí es así, explique _____		
7. ¿Ha tomado usted Phen-fen?	☐	☐
8. ¿Usted toma tragos alcohólicos?	☐	☐

	Yes	No
9. Do you Smoke?	☐	☐
If so, how much _____		
10. Have you had surgery or x-ray treatment for a tumor, growth or other condition of your mouth or lips?	☐	☐
11. Are you taking any of the following:		
A. Antibiotics or sulfa drugs?	☐	☐
B. Anticoagulants? (Blood thinners).....	☐	☐
If so, what _____		
C. Medicine for high blood pressure?	☐	☐
D. Cortisone? (Steroids).....	☐	☐
E. Tranquilizers?	☐	☐
F. Antihistamine?	☐	☐
G. Insulin, tolbutamide (orinase) or similar drug?	☐	☐
H. Digitalis or drugs for heart trouble?	☐	☐
I. Nitroglycerin?	☐	☐
J. Oral contraceptive or other hormonal therapy?.....	☐	☐
K. Biphosphanates or any other bone cancer medications?	☐	☐
12. Are you allergic or have you reacted adversely to:		
A. Local anesthetics?	☐	☐
B. Penicillin or other antibiotics?	☐	☐
C. Barbiturates, sedatives or sleeping pills?	☐	☐
D. Aspirin or Sulfa Drugs?	☐	☐
E. Iodine?	☐	☐
F. Codeine or other narcotics?	☐	☐
G. Latex or rubber products?	☐	☐
H. Other _____		
13. Have you had any problems or serious trouble associated with any previous dental treatment?	☐	☐
If so, explain _____		
14. Are you employed in any situation which exposes you regularly to x-rays or other ionizing radiation?	☐	☐
15. Do you have, or have you had personal contact with anyone who has the following? (please circle)		
☐A. Herpes ☐B. Hepatitis		
☐C. TB ☐D. AIDS		
☐E. Venereal Disease ☐F. HIV		
16. Are you pregnant or think you might be?	☐	☐
17. Are you nursing?	☐	☐
18. Do you have any other medical, mental or physical problem/condition not listed above? (Autism, Down's Syndrome, etc.)	☐	☐
If so, explain_____		
_____		

	Sí	No
9. ¿Usted Fuma?	☐	☐
Si es cierto, cuanto _____		
10.¿Ha tenido cirugía o rayos x para tratar algún tumor, creco, u otra enfermedad de la boca o labios?	☐	☐
11.Está tomando los siguientes medicamentos:		
A. ¿Sulfamidas o antibióticos?.....	☐	☐
B. ¿Anticoagulantes? (aclarar la sangre).....	☐	☐
Sí es así, que _____		
C. ¿Medicamento contra la alta presión?.....	☐	☐
D. ¿Cortisona? (esteroide).....	☐	☐
E. ¿Tranquilizantes?.....	☐	☐
F. ¿Antihistaminico?.....	☐	☐
G. ¿Insulina, tobultamida o drogas similares?.....	☐	☐
H. ¿Para enfermedades del corazón?.....	☐	☐
I. ¿Nitroglicerina?.....	☐	☐
J. ¿Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal?	☐	☐
K. ¿Biphosphanates o cuaesquiera otras medicaciones del cáncer de hueso?	☐	☐
12. ¿Esta alérgico o ha reaccionado adversamente a:		
A. ¿Anestesia local?.....	☐	☐
B. ¿Antibióticos o penicilina?.....	☐	☐
C. ¿Barbitúrico, sedantes o pastillas para dormir?.....	☐	☐
D. ¿Aspirina ir Drogas con solfas?.....	☐	☐
E. ¿Yodo?.....	☐	☐
F. ¿Codeína u otros narcóticos?.....	☐	☐
G. ¿Látex o productos de hule?.....	☐	☐
H. Alguna otra _____		
13. ¿Ha tenido algún problema después de haber tenido un tratamiento dental?	☐	☐
Si es así explique _____		
14.¿Está trabajando o está en una situación donde está expuesto regularmente a radiografías o alguna otra forma de radiación?	☐	☐
15.¿Usted tiene o ha estado en contacto personal con alguien con lo siguiente? (por favor de circular)		
☐A. Herpes ☐B. Hepatitis		
☐C. Tuberculosis ☐D. SIDA		
☐E. Enfermedades Venéreas ☐F. HVI		
16. ¿Está usted embarazada o piensa que si?	☐	☐
17. ¿Está amamantando (dando pecho)?	☐	☐
18. ¿Tiene usted alguna otra enfermedad o condición no mencionada anteriormente? (Autismo, Síndrome de Down, etc.)	☐	☐
Si es así, explique_____		
_____		

I have filled out this Health Questionnaire completely. I have advised you of all medical problems of which I am aware. I further certify that I, the undersigned, consent to the performing of x-rays, examination and whatever dental treatment may be agreed upon to be necessary or advisable.

_____ _____
SIGNATURE OF PATIENT OR LEGAL GUARDIAN — DATE

_____ _____
SIGNATURE OF DOCTOR (Firma del Doctor) — DATE

Yo he leído lo de arriba y he contestado este cuestionario de Salud totalmente. He dado a conocer todos los trastornos de que conocimiento. Además certifico que yo, el que firma, presto mi consentimiento para que hagan el uso de rayos X, reexaminación o cualquier tratamiento dental que sea de acuerdo o aconsejado.

_____ _____
FIRMA DEL PACIENTE — FECHA

Medical Clearance required: ____Yes ____No

For: _____

Update to medical history/Actualizar* Historia de salud --- *Update to noting no change in Medical History. Actualizar es notar ningun cambio en la Historia De Salud.

DATE/FECHA	COMMENTS/COMENTARIOS	PATIENT SIGNATURE/FIRMA DEL PACIENTE	DR. SIGNATURE

Nombre del paciente:_____ **Numero de record:**_____	Place stamp-> Montebello Children's Dentistry 235 E Beverly Blvd Montebello CA 90640 **Teléfono:** 323-597-1195 **Fax:** 323-597-1176

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO

SECCIÓN A: INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente

Dirección

Número del Seguro Social

Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono

SECCIÓN B: PARA EL PACIENTE - POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

Propósito del Consentimiento: Al firmar este formulario, usted consentirá en que usemos y divulguemos su información médica protegida para realizar nuestro tratamiento, nuestras actividades de pago y nuestras operaciones de atención médica.

Notificación de las Prácticas de Privacidad: Usted tiene derecho a leer nuestra Notificación de las Prácticas de Privacidad antes de decidir si quiere firmar este consentimiento. En nuestra notificación se ofrece una descripción de nuestro tratamiento, nuestras actividades de pago y nuestras operaciones de atención médica, la manera en la que podríamos usar y divulgar su información médica protegida, y otros asuntos importantes sobre su información médica protegida. Este consentimiento está acompañado de una copia de nuestra notificación. Le recomendamos que la lea cuidadosa y completamente antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestra Notificación de las Prácticas de Privacidad. Tales cambios podrían ser aplicables a cualquier parte de su información médica protegida que llevemos. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, revisaremos la Notificación de las Prácticas de Privacidad y haremos que la nueva notificación esté disponible previa solicitud.

Derecho a Revocar: Usted tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento notificándole su revocación por escrito al ejecutivo de privacidad que se indica al final de la Notificación de las Prácticas de Privacidad. Por favor entienda que la revocación de este consentimiento *no* afectará medida alguna que hayamos tomado confiando en este consentimiento antes de haber recibido su revocación, y que podríamos negarnos a tratarlo o a seguir tratándolo si revoca este consentimiento.

SECCIÓN C: FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

Yo, _____, he recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de este consultorio. Tuve la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y la Notificación de las Prácticas de Privacidad. Tengo entendido que al firmar este formulario de consentimiento estoy dando mi consentimiento para que usen y divulguen mi información médica protegida, o la información médica protegida del paciente que estoy representando**, para realizar el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

Firma

Fecha

**Si un representante firma este consentimiento en nombre del paciente, llene lo siguiente:

Nombre del Paciente

Relación con el Paciente

SECCIÓN D: REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

******SÓLO FIRME ESTA SECCIÓN SI QUIERE REVOCAR SU CONSENTIMIENTO******

Revoco mi consentimiento para que usen y divulguen mi información médica protegida, o la del paciente que estoy representando, para realizar el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica. Tengo entendido que la revocación de mi consentimiento *no* afectará medida alguna que ustedes hayan tomado confiando en mi consentimiento antes de haber recibido esta Notificación de Revocación. También tengo entendido que podrían negarse a tratarme o a seguirme tratando, o a tratar o a seguir tratando al paciente que estoy representando, después de haber revocado mi consentimiento.

Firma

Fecha