

Formulario de Nuevo Paciente

Nombre (Primero, Segundo, Apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social del paciente: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Nombre de Farmacia: _____ Teléfono de Farmacia: _____

Dirección de Farmacia: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Google Amigo/Familiar: _____ Otro: _____

Información del Seguro

Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

N.º de identificación: _____ N.º de GRUPO: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Empleador: _____ Relación con el Titular de la Póliza: _____

¿Tiene algún seguro adicional? Sí No

Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

N.º de identificación: _____ N.º de GRUPO: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Empleador: _____ Relación con el Titular de la Póliza: _____

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre del paciente Fecha de nacimiento //

Sexo Estatura Peso Fecha de hoy

Contar con una historia clínica precisa y completa nos ayudará a coordinar su atención odontológica.

Comuníquese con el médico o con el personal en caso de tener cualquier pregunta acerca de este formulario.

--	--

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

Describa el estado actual de su salud dental: ExcelenteBuenoRegularMalo

Describa el motivo por el cual acudió al consultorio el día de hoy

¿Hubo cambios en su salud dental en el último año?Sí / No

Si la respuesta es “Sí”, indique cuáles

¿Tiene alguna molestia dental en este momento?Sí / No

Si la respuesta es “Sí”, indique cuál

¿Ha tenido algún efecto adverso a causa de un tratamiento odontológico?Sí / No

Si la respuesta es “Sí”, indique cuál

¿Fecha de la última consulta odontológica?

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS - ¿Tiene o ha tenido algo de lo siguiente?:

Sangrado y dolor en las encías	Sí / No	Desplazamiento de la mordida	Sí / No
Sabor desagradable o mal aliento	Sí / No	Cambios en la mordida	Sí / No
Hinchazón o bultos en la boca	Sí / No	Quemadura en la lengua o los labios	Sí / No
Tratamiento ortodóncico (ortodoncia)	Sí / No	Ampollas frecuentes en los labios o la boca	Sí / No
Bruxismo o rechinar de los dientes	Sí / No	Sensibilidad en los dientes (al frío o al calor)	Sí / No
Sensibilidad a los dulces	Sí / No	Chasquidos en la mandíbula o mandíbula trabada	Sí / No
Sensibilidad al morder	Sí / No	Dificultad para abrir o cerrar la mandíbula	Sí / No
Impactación alimentaria	Sí / No	Dientes flojos	Sí / No
Mordeduras en las mejillas o los labios	Sí / No		

ANTECEDENTES MÉDICOS

Describe su estado de salud general actual: ExcelenteBuenoRegularMalo

¿Hubo cambios en su salud en general en el último año?Sí / No

Si la respuesta es “Sí”, indique cuáles:

¿Está recibiendo atención médica por alguna afección en este momento?Sí / No¿Fecha del último examen físico?

Si la respuesta es “Sí”, indique cuál

Nombre del médicoNúmero de teléfono del médico

¿Alguna vez estuvo hospitalizado o tuvo una enfermedad grave?Sí / No

Si la respuesta es “Sí”, indique cuál

¿Alguna vez se sometió a una cirugía?Sí / No

Si la respuesta es “Sí”, indique cuál

HISTORIA CLÍNICA (continuación): ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes afecciones?:

Enfermedad cardíaca congénita, enfermedad cardiovascular, como infarto de miocardio, soplo cardíaco, enfermedad de la arteria coronaria, dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, accidente cerebrovascular (embolia cerebral), latidos cardíacos irregulares, cirugía cardíaca, marcapasos	Sí / No		Enfermedad pulmonar, como asma, enfisema, EPOC, tos crónica, bronquitis, neumonía, tuberculosis, dificultad para respirar, dolor en el pecho, tos intensa	Sí / No
Implantes en algún lugar del cuerpo, como válvula cardíaca, marcapasos, cadera, rodilla	Sí / No		Trastorno hemorrágico, anemia, tendencia a hemorragias, transfusión de sangre o propensión a la aparición de hematomas	Sí / No
Enfermedad renal o insuficiencia renal que requiere diálisis	Sí / No		Enfermedad hepática, como ictericia, hepatitis A, B, o C	Sí / No
Enfermedad de la tiroides	Sí / No		Artritis	Sí / No
Úlceras estomacales o colitis	Sí / No		Pérdida o aumento de peso importante	Sí / No
Diabetes	Sí / No		Problemas sinusales o nasales	Sí / No
Glaucoma	Sí / No		Apneas del sueño	Sí / No
Cáncer Si la respuesta es “Sí”, indique el tipo Fecha de diagnóstico Tratamientos	Sí / No		Osteoporosis u osteopenia	Sí / No
¿Tiene alguna otra afección sobre la cual sea importante que su médico esté al tanto? Sí / No Si la respuesta es “Sí”, indique cuáles				

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES: ¿Tiene antecedentes familiares de alguna de las siguientes afecciones?

Diabetes	Sí / No	Relación	Enfermedad cardíaca	Sí / No	Relación
Enfermedad pulmonar	Sí / No	Relación	Problemas de sangrado	Sí / No	Relación
Cáncer	Sí / No	Relación			

¿Algún familiar cercano ha tenido algún problema con la anestesia local, la anestesia general y/o la sedación por vía intravenosa? Sí / No

Si la respuesta es “Sí”, indique cuáles

Medicamentos: ¿Le han recetado o está tomando alguno de los siguientes medicamentos actualmente?:			
Antibióticos	Sí / No	Analgésicos recetados	Sí / No
Anticoagulantes o diluyentes de la sangre	Sí / No	Aspirina o fármacos como Motrin, Aleve o ibuprofeno	Sí / No
Medicamentos para el corazón	Sí / No	Insulina o medicamentos para la diabetes de administración oral	Sí / No
Esteroides, como cortisona o prednisona	Sí / No	Medicamentos para la presión arterial	Sí / No
Ansiolíticos, antidepresivos u otros medicamentos psiquiátricos	Sí / No	Biofosfonatos u otros medicamentos para fortalecer los huesos	Sí / No
Fármacos para el cáncer o quimioterapia	Sí / No	Otros medicamentos o suplementos	Sí / No

Medicamentos (continuación): Indique los medicamentos específicos mencionados arriba y cualquier otro medicamento no incluido en la lista anterior que esté tomando actualmente. Incluya todos los medicamentos recetados, fármacos para bajar de peso, medicamentos de venta libre, remedios holísticos o a base de hierbas, vitaminas o minerales:

Medicamento y dosis	Medicamento y dosis

ALERGIAS: ¿Es alérgico o ha tenido una reacción adversa a algo de lo siguiente?

Látex	Sí / No	Codeína u otros medicamentos para el control del dolor	Sí / No
Alimentos o productos alimenticios	Sí / No	Aspirina, ibuprofeno (Motrin) o naproxeno (Aleve)	Sí / No
Sedantes o barbitúricos	Sí / No	Penicilina u otros antibióticos	Sí / No
Otros medicamentos	Sí / No		Sí / No

Si la respuesta es “Sí”, indique cuáles

ANTECEDENTES DE ANESTESIA

¿Ha tenido algún problema relacionado con la anestesia local, anestesia general o la sedación por vía intravenosa? Sí / No

Si la respuesta es “Sí”, indique cuál

PACIENTES DE SEXO FEMENINO ¿Está embarazada? Sí / No ¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí / No

ANTECEDENTES SOCIALES

¿Alguna vez fumó, usó un vaporizador o mascó tabaco?	Sí / No	¿Consume usted lo siguiente?
Si la respuesta es “Sí”, ¿durante cuánto tiempo?		AlcoholSí / No Si la respuesta es “Sí”, ¿cuántas veces por semana?
¿Alguna vez ha buscado atención profesional o ha estado hospitalizado por lo siguiente?		MarihuanaSí / No Si la respuesta es “Sí”, ¿cuántas veces por semana? Drogas recreativasSí / No Si la respuesta es “Sí”, ¿cuántas veces por semana?
Consumo de sustancias	Sí / No	
Trastornos emocionales	Sí / No	
Alcoholismo	Sí / No	

¿DESEA TRATAR ALGÚN TEMA EN PRIVADO CON EL MÉDICO? Sí / No

Entiendo la importancia de suministrar una historia clínica verdadera y completa para que mi médico pueda brindar atención coordinada.La información brindada más arriba es completa y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del paciente, padre/madre, tutor		Fecha	
Nombre del paciente, padre/madre, tutor, en letra de imprenta/Relación			

Para uso del personal del consultorio: REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Fecha		Comentarios		Firma del médico	

Para uso del personal del consultorio: OTROS DOCUMENTOS CLÍNICOS

Formulario de Consentimiento de Poliza Financiera

Le damos la bienvenida a usted y a su familia a Preserve Dental. Esperamos poder brindarle atención dental de calidad a precios accesibles. Para brindarle el servicio y la atención más beneficiosa e integral, le solicitamos que revise y complete nuestro formulario de consentimiento de póliza financiera. Estaremos encantados de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre el tratamiento propuesto y las opciones financieras disponibles. Nos esforzamos por mantenerlo informado e involucrado con su tratamiento dental.

Beneficios del Seguro Dental: Debe tener en cuenta que

Siempre haremos nuestro mejor esfuerzo para ayudarlo a maximizar sus beneficios. Aunque presentamos reclamaciones por usted como cortesía, su poliza de seguro dental es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato.

Su plan de tratamiento se adapta individualmente y no se basa en los beneficios de su seguro dental ni en la falta de beneficios. No todos los servicios son beneficios cubiertos en todos los contratos. Algunas compañías de seguros seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubran.

Es su responsabilidad comprender a fondo la cobertura y las excepciones de su póliza particular. Los problemas de cobertura solo pueden ser abordados por su empleador o administrador del plan grupal. No podemos actuar como mediadores con el transportista a su empleador.

Pagos de reclamaciones del seguro dental:

Como cortesía para todos nuestros pacientes asegurados, presentaremos sus formularios de reclamos de seguro dental. En algunas circunstancias, el cheque de beneficios de una compañía de seguros en particular puede enviarse directamente a nuestra oficina. En tales casos, usted es responsable en el momento del tratamiento del pago a nosotros de cualquier deducible aplicable y de su parte del co-seguro. Cualquier pago realizado directamente a usted por su compañía de seguros sobre saldos impagos debe enviarse inmediatamente a nuestra oficina para que su cuenta pueda acreditarse en consecuencia.

Su reclamo se presentará de inmediato y se espera a que los beneficios se paguen dentro de 30 a 45 días. La presentación de un reclamo de seguro no lo exime del pago puntual de su cuenta. Si su proveedor no liquida el reclamo en 60 días, la parte impaga se convertirá automáticamente en “pago por cuenta propia” y se le emitirá un estado de cuenta por la parte impaga. Usted es responsable de cualquier monto que su compañía de seguros decida no pagar por cualquier motivo.

Pago: El pago total vence al momento del servicio. Si se aplican los beneficios del seguro, los COPAGOS ESTIMADOS DEL PACIENTE Y LOS DEDUCIBLES se deben pagar al momento del servicio, a menos que se hagan otros arreglos.

Yo _____, entiendo y acepto las pólizas financieras y de seguros enumeradas anteriormente y tengo todas y cada una de las preguntas respondidas a mi entera satisfacción.

Yo _____, acepto pagar todos los tratamientos de manera oportuna como se describe.

Yo _____, autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Preserve Dental. Me doy cuenta de que soy responsable de pagar cualquier monto del deducible, mi porción de co-seguro y cualquier servicio no cubierto el día del servicio. Entiendo que soy financieramente responsable de todos y cada uno de los cambios de tratamiento dental y tarifas incurridas, ya sean pagadas o no por dicho seguro. Acepto pagar dichos cargos en su totalidad.

Paciente/ Tutor Legal

Fecha

Testigo

Fecha

Formulario de consentimiento de HIPPA

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Estos derechos me son otorgados bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA). Entiendo que al firmar este consentimiento lo autorizo a usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento.
- Al firmar este formulario, también acepta nuestra comunicación por mensajes de texto. (Su información solo se utiliza para discutir tratamientos, confirmaciones de citas y de ninguna manera se comparte con proveedores externos)
- Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguro);
- Las operaciones de atención médica del día a día de su práctica.
- La regla de privacidad de HIPPA permite que un proveedor de atención médica divulgue información médica protegida sobre un individuo, sin la autorización del individuo, a otro proveedor de atención médica para el tratamiento del individuo por parte de ese proveedor.

También se me ha informado y se me han otorgado los derechos para revisar y obtener una copia de su Aviso de prácticas de privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida y mis derechos según HIPPA. Entiendo que usted se reserva el derecho de cambiar los términos de este formulario de aviso de vez en cuando y que puedo comunicarme con usted en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se utiliza y divulga mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, pero que usted no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si está de acuerdo, estará obligado a cumplir con estas restricciones.

Entiendo que puedo cancelar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que haya ocurrido antes de la fecha en que cancele este consentimiento no se verá afectado.

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

Relación con el paciente: _____