Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información del Paciente**

Last Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Legal First Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de pila preferido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Birth date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Age:\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Home:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­

Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ City:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ST\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Employer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Occupation:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ph:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de cónyuge/padre**

Last Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ First Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MI:\_\_\_\_\_\_\_\_

Birth date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Age:\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Home:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­

Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ City:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ST\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Employer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Occupation:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de referencia**

¿Cómo te enteraste de nuestra oficina? (*Circle One)*

*Libro de teléfono de referencia personal Periódico de Internet Radio Anuncio Proveedor de seguros Otro*

***Por favor marque un círculo si NO desea que su declaración le sea enviada por correo electrónico: Por favor, envíe su declaración***

**Información de seguros**

Nombre del abonado: Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­

ID de suscriptor (*A veces este es el número de seguro social)* :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empresa suscriptora: Número de grupo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su relación con el suscriptor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del proveedor del seguro dental: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Médica**

¿Está usted bajo el cuidado de un médico para cualquier condición? Si es así, para qué condición? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­­­­­­­­­­­­­­­­

Physician Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha habido algún cambio en su salud general en el último año? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enumere cualquier medicamento, prescripción o de venta libre:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tienes alguna articulación artificial? Qué/ Cuando se sustituye? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usted usa el tabaco? En caso afirmativo, de qué tipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alergias** :

Anestesia local Y N Metal Y N

Látex Y N Caucho Y N

Aspirin Y N Yodo Y N

Penicilina u otro antibiótico Y N Estacional Y N

Sulfa Y N Alimentación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codeína u otros estupefacientes Y N Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor,**: *indique si tiene alguna de estas condiciones Y o N para cada artículo)*

Enfermedad Autoinmune Y N Artritis reumatoide Y N

Arteriosclerosis Y N Lupus Y N

Infarto Y N Asma Y N

Soplo cardíaco Y N Enfisema Y N

Presión arterial alta Y N Fiebre reumática Y N

Marcapasos Y N Sangrado anormal Y N

Tuberculosis Y N Hemofilia Y N

Cáncer Y N SIDA/VIH Y N

Dolor de pecho Y N Trastorno Alimenticio Y N

Diabetes Y N Úlceras Y N

Reflujo/acidez Y N Hepatitis Y N

Epilepsia Y N Trastorno de Salud Mental :\_

Osteoporosis Y N

**Cardiopatía congénita**

**Válvula cardíaca artificial** Y N

**Válvula cardíaca dañada/corazón artificial** Y N

***¿Alguna vez le han dicho que necesita tomar una Pre-Medicación antes del tratamiento dental?* Y N**

En caso afirmativo, ¿por qué se le dijo eso y qué medicamento toma normalmente?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Dental**

Haga que sus encías sangran al cepillarse o usar hilo dental

¿Sus dientes son sensibles al calor, frío, dulces o temperaturas? Y N

 ¿La comida o el hilo dental se atrapan entre los dientes? Y N

¿Tienes la boca seca? Y N

¿Alguna vez ha tenido tratamientos periodontales (de encías)? Y N

 ¿Alguna vez ha tenido tratamiento de ortodoncia (aparatos ortopédicos)? Y N

¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores? Y N

 ¿Su agua está fluorada? Y N

¿Está teniendo alguna molestia dental? Y N

¿Tiene dolores de oído/cuello? Y N

¿Tienes algún chasquido, estallido, rechinamiento en la mandíbula? Y N

¿Aprietas o mueves los dientes? Y N

¿Tiene llagas o úlceras en la boca? Y N

¿Usa prótesis dentales o parciales? Y N

¿Ha tenido alguna lesión grave en la cabeza o la boca? Y N

¿Cuál fue la fecha de su último examen dental? Rayos X? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ¿Qué se hizo en esa visita? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo te sientes con tu sonrisa? (es decir: color de dientes, dientes torcidos, dientes perdidos, dolor, etc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aviso de Prácticas de Privacidad**

 Entiendo que, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPPA"), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

* Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en el tratamiento tat directa e indirectamente.
* Obtener el pago de terceros pagadores.
* Realizar operaciones de atención médica normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.
* Póngase en contacto con el paciente o tutor a través del teléfono, correo electrónico o texto con respecto a la programación, cuenta o tratamiento.

**Las personas autorizadas para comunicarse en mi nombre son las siguientes:**

1. Nombre y apellido: Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Relación con el paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Puede comunicar** (Marque todo lo que corresponda):

 Citas Tratamiento Seguro e Información de Cuenta Información Médica

2. Nombre y apellido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Relación con el paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Puede comunicar** (Marque todo lo que corresponda):

 Citas Tratamiento Seguro e Información de Cuenta Información Médica

 3. Nombre y apellido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Relación con el paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Puede comunicar** (Marque todo lo que corresponda):

 Citas Tratamiento Seguro e Información de Cuenta Información Médica

He recibido (*o me han ofrecido* )

*Nombre del paciente*:\_

*Relationship to Patient*:\_*Signature:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date* :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**–––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––**

Intenté obtener la firma del paciente en reconocimiento en este Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación. Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Initials:\_\_\_\_\_\_Reason:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_