

### REGISTRO DE PACIENTES

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sexo: M F Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Hoy de fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

De Casa Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Marcar Por Favor:  Solo  Casado  Separados  Viuda Hm Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleó trabajo teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Su Employer \_\_\_\_\_ Su Soc. Sec. # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Eres un estudiante de tiempo completo?  Sí  No Si el paciente es menor de edad necesitamos: Fecha de nacimiento de la madre \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de nacimiento del padre \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Persona responsable de la cuenta de conductor \_\_\_\_\_ Licencia# \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge (padre si menor) \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge (padre) \_\_\_\_\_ Cónyuge Soc. Sec.# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo ( ) \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca de nuestra oficina? \_\_\_\_\_ Motivo de esta isita \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA:** (pariente no vive contigo) Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL (portador primario) Segundo seguro Dental o seguro médico (si es aplicable)

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Employer del asegurado \_\_\_\_\_ Employer del asegurado \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Dirección el seguro \_\_\_\_\_ Dirección el seguro \_\_\_\_\_

Teléfono # del seguro ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono # del seguro ( ) \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

## POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir **Arthur J. Hernandez, D.D.S, P.A.** como proveedor de cirugía bucal. Estamos comprometidos a brindarle la más alta calidad de la atención. Por favor, entienda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento.

Pago es debido al tiempo de servicio. Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheques personales, MasterCard, Visa, Discover y American Express.

**Tenga en cuenta:** Devuelto cheques estarán sujetos a tarifas adicionales. En este caso es necesario para nuestra oficina para pedir un servicio de recogida o asistencia jurídica; Usted será responsable de cualquier colección o cargas legales incurridas.

### ¿Tienes seguro?

- Como una cortesía a ti te ayudaremos procesar todas sus reclamaciones de seguros. Por favor entienda que proporcionaremos un presupuesto seguro, sin embargo no es una garantía de que su seguro pagará exactamente según lo estimado. Su compañía de seguros y sus beneficios del plan en última instancia determinan el importe pagado. Por supuesto, podremos hacer todo lo que pueda para asegurarse de que su estimación es tan exacto como sea posible.
- Todos los cargos que usted incurra son su responsabilidad sin importar su cobertura de seguro. Debemos destacar que como su proveedor de cuidado dental, nuestra relación es con usted, nuestro paciente, no con su compañía de seguros. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros. Nuestra oficina no es parte de ese contrato.
- Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo es habituales de nuestra zona. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de las tasas habituales. Le pedimos que firme este formulario o cualquier otro documento necesario que puede ser requerida por su compañía de seguros. Esta forma instruye a su compañía de seguros para efectuar el pago directamente a nuestra oficina.
- Pedimos que usted paga el deducible y copago, cual es el importe estimado no cubierto por su compañía de seguros, en efectivo, MasterCard, Visa, Discover o American Express en el momento que le proporcionamos el servicio.
- Pagos de seguros normalmente son recibidos dentro de 30-45 días desde el momento de la presentación. Si su compañía de seguros no ha hecho pago dentro de 45 días, le pediremos que se contacte con su compañía de seguros para asegurarse de que el pago se espera. Si no se recibe el pago o se deniega su reclamo, usted será responsable de pagar el monto total en aquel momento.
- Cooperaremos completamente con las regulaciones y las peticiones de su compañía de seguros que pueden ayudar en la reclamación de pago. Nuestra oficina no, sin embargo, entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre cualquier reclamo.

Gracias por la oportunidad de servir a sus necesidades de cuidado dental y bienvenida a cualquier pregunta que tenga acerca de su cuidado o nuestra política financiera.

**HE LEÍDO, ENTIENDE Y ACEPTA LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ARRIBA. YO AUTORIZO A MI SEGURO.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Último 4 de la seguridad social #: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sex: M F Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

**I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA** (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta):

- |       |    |  |
|-------|----|--|
| 1. Sí | No | ¿Está en buena salud general?  |
| 2. Sí | No | ¿Han habido cambios en su salud durante el último año?   |
| 3. Sí | No | ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?<br>¿Si Sí, por qué? _____                                   |
| 4. Sí | No | ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____<br>Fecha de su último examen médico: _____ Fecha de su última cita dental: _____ |
| 5. Sí | No | ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?  |
| 6. Sí | No | ¿Tiene algún dolor ahora?  |

**II. HA NOTADO:**

- |        |    |   |        |    |   |
|--------|----|---|--------|----|---|
| 7. Sí  | No | ¿Dolor de pecho (angina)?                             | 18. Sí | No | ¿Mareos?                                |
| 8. Sí  | No | ¿Los tobillos hinchados?                              | 19. Sí | No | ¿Ruidos o zumbidos en los oídos?        |
| 9. Sí  | No | ¿Falta de aliento?                                    | 20. Sí | No | ¿Dolores de cabeza?                     |
| 10. Sí | No | ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? | 21. Sí | No | ¿Desmayos?                              |
| 11. Sí | No | ¿Tos persistente o tos con sangre?                    | 22. Sí | No | ¿Vista borrosa?                         |
| 12. Sí | No | ¿Problemas de sangramiento, moretes?                  | 23. Sí | No | ¿Convulsiones?                          |
| 13. Sí | No | ¿Problemas nasales (sinusitis)?                       | 24. Sí | No | ¿Sed excesiva?                          |
| 14. Sí | No | ¿Dificultad al tragar?                                | 25. Sí | No | ¿Orina con frecuencia?                  |
| 15. Sí | No | ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces?         | 26. Sí | No | ¿Boca seca?                             |
| 16. Sí | No | ¿Vómitos con frecuencia, náuseas?                     | 27. Sí | No | ¿Ictericia?                             |
| 17. Sí | No | ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina?            | 28. Sí | No | ¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |

**III. TIENE O HA TENIDO:**

- |        |    |  |        |    |   |
|--------|----|--|--------|----|---|
| 29. Sí | No | ¿Enfermedades del corazón?                               | 40. Sí | No | ¿SIDA?  |
| 30. Sí | No | ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón?             | 41. Sí | No | ¿Tumores, cáncer?                                       |
| 31. Sí | No | ¿Soplos en el corazón?                                   | 42. Sí | No | ¿Artritis, reuma?                                       |
| 32. Sí | No | ¿Fiebre reumática?                                       | 43. Sí | No | ¿Enfermedades de los ojos?                              |
| 33. Sí | No | ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias?              | 44. Sí | No | ¿Enfermedades de la piel?                               |
| 34. Sí | No | ¿Presión sanguínea alta?                                 | 45. Sí | No | ¿Anemia?  |
| 35. Sí | No | ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades        | 46. Sí | No | ¿Enfermedades venéreas (sífilis o pulmonares gonorrea)? |
| 36. Sí | No | ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado?               | 47. Sí | No | ¿Herpes?  |
| 37. Sí | No | ¿Problemas del estómago, úlceras?                        | 48. Sí | No | ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga?                  |
| 38. Sí | No | ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos látex?       | 49. Sí | No | ¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales?    |
| 39. Sí | No | ¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores? | 50. Sí | No | ¿Diabetes?  |

**VI. TIENE O HA TENIDO:**

- |        |    |                                  |        |    |                           |
|--------|----|----------------------------------|--------|----|---------------------------|
| 51. Sí | No | ¿Tratamiento psiquiátrico?       | 56. Sí | No | ¿Hospitalizaciones?       |
| 52. Sí | No | ¿Tratamientos de radiación?      | 57. Sí | No | ¿Transfusiones de sangre? |
| 53. Sí | No | ¿Quimioterapia?                  | 58. Sí | No | ¿Cirugías?                |
| 54. Sí | No | ¿Válvula artificial del corazón? | 59. Sí | No | ¿Marcapasos?              |
| 55. Sí | No | ¿Articulación artificial?        | 60. Sí | No | ¿Lentes de contacto?      |

**V. ESTÁ TOMANDO:**

- |        |    |   |        |    |  |
|--------|----|---|--------|----|--|
| 61. Sí | No | ¿Drogas de uso recreativo?  | 63. Sí | No | ¿Tabaco de cualquier tipo?                       |
| 62. Sí | No | ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)? | 64. Sí | No | ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)? Liste por favor: |

**VI. SÓLO PARA MUJERES:**

- |        |    |  |        |    |  |
|--------|----|--|--------|----|--|
| 65. Sí | No | ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho? | 66. Sí | No | ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? |
|--------|----|--|--------|----|--|

**VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:**

67. Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?

Si la respuesta es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

*Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.*

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### DIVULGACIÓN PACIENTE INSTRUCCIONES

En general, la regla de Privacidad HIPAA da a las personas el derecho a solicitar una restricción sobre usos y divulgaciones de su información médica protegida (PHI). El individuo también se encuentra el derecho a pedir comunicaciones confidenciales o que una comunicación de PHI hacerse por medios alternativos, como el envío de correspondencia a la oficina del individuo en vez de casa de la persona.

Me gustaría ser contactado de la siguiente manera (*ver todo lo que aplique*):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa                                       | <input type="checkbox"/> Comunicación escrita                     |
| <input type="checkbox"/> Bien para dejar mensaje con información detallada         | <input type="checkbox"/> Bien al correo a la dirección de mi casa |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con el número de devolución de llamada sólo | <input type="checkbox"/> Bien por fax al número indicado          |
| <input type="checkbox"/> O.K. al correo a mi dirección de trabajo/oficina          | <input type="checkbox"/> De acuerdo al texto al teléfono celular  |
| <br>   |   |
| <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo _____                                 | <input type="checkbox"/> Otro (Fax/Móvil, etc.) _____             |
| <input type="checkbox"/> O.K. para dejar mensaje con información detallad          |   |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con el número de devolución de llamada sólo |   |

Permito que mi información clínica para dar o responder a preguntas de (Compruebe todo lo que aplique):

- Cónyuge
- Padres
- Niño
- Other (specify): \_\_\_\_\_
- Ninguno

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de impresión

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento