

Formulario para la Historia de Salud

Email: Fecha de hoy:

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre: <i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>2o Nombre</i>	Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i> ()	Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i> ()
Dirrección: <i>Dirrección postal</i>			Ciudad:	Estado: Código postal:
Ocupación:			Altura:	Peso: Fecha de nacimiento: Sexo: M F
SS# o ID del Paciente:	Contacto en Emergencias:		Parentesco:	Teléfono: <i>Incluya código del área</i> () Teléfono celular: <i>Incluya código del área</i> ()
Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?				
<i>Su Nombre</i>		<i>Parentesco</i>		
Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:			<i>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</i>	
Tuberculosis activa			Sí No NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Tos persistente de más de 3 semanas de duración			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Tos que produce sangre			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.				

Información Dental En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.

Sí No NS		Sí No NS	
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sufre de dolor de oídos o del cuello?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sufre de boca seca?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tiene lesiones o úlceras en su boca?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Usa dentaduras (placas) completas o parciales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Participa en actividades enérgicas de recreación?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Está fluorada el agua que llega a su casa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen dental:	
Bebe usted agua embotellada o filtrada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Qué le hicieron en esa ocasión?	
Si es así, con qué frecuencia? <i>Marque su respuesta con un círculo:</i> A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE		Fecha de su última radiografía dental:	
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?			
Cómo se siente con su sonrisa?			

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

Sí No NS		Sí No NS	
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Médico: <i>Nombre</i>	Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ()	Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?	
Dirección/Ciudad/Estado/Código:		Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?	
Se encuentra usted sano/a?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:	
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
Si es así, qué condición le están tratando?		_____	
Fecha de su último examen médico:		_____	

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)		Sí	No	NS
Usa lentes de contacto?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____				
Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____				
Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.		Sí	No	NS
Anestésicos locales _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfas _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa sustancias reguladas (drogas)?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? _____ Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA				
Bebe bebidas alcohólicas?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____				
Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____				
SÓLO MUJERES Está usted:				
Embarazada?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de semanas: _____				
Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amamantando?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metales _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Látex (goma) _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yodo _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polen (fiebre del heno)/estacional _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animales _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.

		Sí	No	NS			Sí	No	NS
Válvula cardíaca artificial (prótesis).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Previa endocarditis infecciosa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en corazón transplantado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)					Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECC cianótica, sin reparar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparada en los últimos 6 meses (completamente).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECC reparada con defectos residuales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i>					Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No	NS	Sí	No	NS			
Enfermedad cardiovascular.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterioesclerosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daño en las válvulas cardíacas... ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramiento anormal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo en el corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión sanguínea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, fecha: _____					
Presión arterial alta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros defectos congénitos del corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o infección por VIH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Artritis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó:.....					Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ()				
Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explique por favor:.....									

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.
 Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/Apoderado: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____

ACUERDO FINANCIERO

Este acuerdo financiero sirve para darle a conocer de antemano cuáles son nuestras expectativas en el área de las finanzas. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud acerca de nuestro Acuerdo Financiero, por favor no dude en preguntar en la recepción para aclararle todas sus dudas.

PACIENTES CON ASEGURANZA DENTAL:

- Debe proporcionar una tarjeta de seguro dental y toda la información necesaria para verificar su cobertura y presentar su reclamo.
- Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nosotros no somos parte en ese contrato. Nuestra relación es con usted y no a su compañía de seguros.
- Usted es responsable por los precios de esta oficina y no lo que su compañía de seguros permite o considera "usual, acostumbrado y razonable", los cuales varían de una compañía a otra.
- Aunque es posible estimar sus beneficios de seguro, no somos responsables por la exactitud del estimado. Conocimiento de los beneficios, así como los montos de beneficios, limitaciones, exclusiones, períodos de espera, etc. es totalmente su responsabilidad. Recibir nuestros servicios implica la aceptación de la responsabilidad de pagar a pesar de cualquier discrepancia en el estimado.
- Todos los cargos no cubiertos por su compañía de seguros son su responsabilidad sin importar la razón por la cual no fueron pagados. No todos los servicios que ofrecemos son beneficios cubiertos. Los beneficios varían de una compañía a otra. Honorarios por servicios no cubiertos, junto con los deducibles y copagos deben ser pagados en el momento del tratamiento.

PACIENTES SIN ASEGURANZA DENTAL: Le daremos un presupuesto por escrito de los honorarios por los servicios necesarios y el pago se espera en cada visita por los servicios prestados.

PÓLIZA DE PAGO

- Aceptamos efectivo, cheques personales, tarjetas de débito, Care Credit, y las principales tarjetas de crédito.
- Si su seguro no ha pagado o denegado su solicitud dentro de 45 días, será su responsabilidad pagar el saldo total inmediatamente.

CHEQUES DEVUELTOS: Un cargo de \$ 50.00 se aplica cuando el banco devuelve un cheque.

FINANCIAMIENTO DE TERCEROS: Si un tercero se utiliza para financiar el tratamiento dental (por ejemplo, Care Credit), tiene 15 días para cancelar su tratamiento y recibir un reembolso completo. Peticiones de cancelación recibidas después de 15 días están sujetos a una tarifa de 15% sobre el importe financiado.

Peticiones de cancelación recibidas después de que el tratamiento se ha iniciado serán reembolsadas en su totalidad menos la tarifa / precio de los servicios prestados, siempre y cuando estén dentro de los 15 días.

Iniciales _____

Peticiones de cancelación recibidas después de 15 días y después de que se haya comenzado el tratamiento se procesarán en el monto financiado menos la penalización de 15%, menos la tarifa / precio de los servicios prestados.

SALDOS ATRAZADOS: Una cuenta con un saldo pendiente que exceda 60 días se enviará a una agencia de colecciones. En ese momento, usted será responsable de todos los costos incurridos en el cobro de su deuda a partir de la última fecha de servicio, tales como honorarios de abogados, procesos judiciales y otros cargos asociados con el cobro de su deuda.

GASTOS DE FINANCIAMIENTO Y HONORARIOS DE COLECCIÓN: Los gastos financieros se aplicarán a todos los saldos no pagados dentro de los 60 días de la fecha de facturación. Un cargo por mora del 1.5% sobre el saldo insoluto y adeudado se aplicará cada mes hasta que se pague la cuenta en su totalidad.

CITAS PERDIDAS: Para reprogramar o cancelar una cita, usted debe notificarnos con veinticuatro (24) horas de anticipación para evitar cargos por cita perdida de \$50. Nos reservamos el derecho de suspender el tratamiento de cualquier paciente cuando no se mantienen las citas programadas.

REGISTROS DENTALES: Los registros dentales, como las radiografías, son propiedad de esta oficina. Si usted desea que se le proporcione una copia de su registro dental o radiografías lo haremos con gusto por un precio nominal de duplicación de \$10.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN: Autorizo el tratamiento dental en mi persona / menor y me comprometo a pagar todos los honorarios relacionados con los servicios prestados. Los servicios y tratamientos no cubiertos o pagados por mi seguro dental se pagarán inmediatamente después que la oficina me lo notifique. He leído y entendido este documento en su totalidad, el cual describe las pólizas generales de la oficina y las pólizas financieras de Fusion Children's Dentistry & Orthodontics. Sin ninguna reserva, me comprometo a cumplir con las pólizas descritas en este documento.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

HIPPA – PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Protección Federal para la privacidad de la información personal y la información de salud están vigentes. El Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA para esta oficina dental está disponible en la recepción cuando se solicite. Su firma indica que usted está reconociendo la notificación de las prácticas de privacidad de esta oficina.

Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad: _____ Fecha: _____

HOJA INFORMATIVA SOBRE MATERIALES DENTALES

A todos los pacientes se les da a conocer la (DMFS), que da a conocer los componentes químicos de restauraciones dentales.

- He leído el material disponible en la recepción.
- Sé dónde puedo encontrar la información y elijo leerla por mi cuenta.
- Me gustaría solicitar una copia impresa para llevar conmigo.

Reconocimiento de DMFS: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE ARBITRAJE

Esta práctica dental se compromete a proporcionar a los pacientes servicios de atención dental en consideración por el pago recibido. Al firmar esta cláusula de arbitraje, usted acepta que cualquier disputa que surja por cualquier negligencia dental será resuelto por arbitraje neutral y que está renunciando a su derecho a un juicio por jurado o tribunal. El acuerdo de arbitraje que usted está aceptando está disponible en la recepción cuando se le solicite.

- He leído el material disponible en la recepción.
- Me gustaría solicitar una copia impresa para llevar conmigo.

Aceptación del Acuerdo de Arbitraje: _____ Fecha: _____