

Patient ID _____

Pleasant Run Family Dental

Date _____

1445 W Pleasant Run Road, Suite #500 ,Lancaster, Tx 75146

(214)432-4070

REGISTRO DEL PACIENTE**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO	APELLIDO	OTRO NOMBRE O APODO
CORREO ELECTRÓNICO			
DOMICILIO			FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> SOLTERO(A)
TELÉFONO DE CASA <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO CELULAR <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, PROPORCIONE LO SIGUIENTE	NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR		RELATIONSHIP TO PATIENT <input type="checkbox"/> PARENT <input type="checkbox"/> GRANDPARENT <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> LEGAL GUARDIAN	
	CORREO ELECTRÓNICO			
	DOMICILIO <input type="checkbox"/> IGUAL QUE ARRIBA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	TELÉFONO DE CASA <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO CELULAR <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
¿CON QUIÉN VIVE EL MENOR?				
<input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> OTROS (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____				

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

PERSONA PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN
PARIENTE MAS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN

EL MAYOR COMPLEMENTO QUE NUESTROS PACIENTES NOS PUEDEN DAR ES REFERIR A SU FAMILIA Y AMISTADOS

¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLE? FAVOR DE PROPORCIONAR NOMBRE COMPLETO	¿ES PACIENTE NUESTRO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO- ELIGE ABAJO
¿-CÓMO SE ENTERO DE NUESTRA OFICINA?		
<input type="checkbox"/> NUESTRA PÁGINA WEB <input type="checkbox"/> CARTELON	<input type="checkbox"/> SU EMPLEADOR <input type="checkbox"/> PUBLICACION/CINDICATO DE UNION	<input type="checkbox"/> EVENTO PÚBLICO
<input type="checkbox"/> COMPAÑÍA DE SEGUROS <input type="checkbox"/> BUSCQUEDA EN LINEA	<input type="checkbox"/> MEDIO SOCIAL <input type="checkbox"/> CENTRO DENTAL DE EMPLEADOS _____	

SI USTED TIENE SEGURO DENTAL POR FAVOR PROPORCIONE LO SIGUIENTE CON SU TARJETA DE SEGURO**SEGURO PRIMARIO**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO	TELÉFONO DEL SEGURO
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
NOMBRE DEL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL PACIENTE
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
SI ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE EL COLEGIO	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO

SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE CE LA COMPAÑÍA DE SEGURO	TELÉFONO DEL SEGURO
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
PRIMARY INSURED NAME	
FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL PACIENTE
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
SI ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE EL COLEGIO	<input type="checkbox"/> TEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

HISTORIA MEDICA

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Sí No _____
- ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? Sí No _____
- ¿Esta usted en una dieta especial? Sí No _____
- ¿Usa tabaco? Sí No _____
- ¿Usted usa sustancias controladas? Sí No _____

Mujeres: ¿Está usted

Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
- Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| SIDA / HIV Positivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diálisis renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o erupción cutánea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / vértigo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretonescon facilidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falla del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulación de la quijada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas/Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | La ictericia amarilla <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____

Patient ID _____

Pleasant Run Family Dental

Date _____

1445 W Pleasant Run Road, Suite #500 ,Lancaster, Tx 75146

(214)432-4070

Forma de Privacidad de HIPAA Acuerdo de Autorizacion del Paciente

Autorizacion para is Revelacion de informacion Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Medico (§ 164.508(a))

Yo, _____, fel noble del pacientel entiendo que coma pane de mi cuidado de salud, esta oficina, crea y mantiene los documentos medicos que describen mi historial medico, sintomas, examinaciones y los resultados, diagnosticos, tratamiento y cualquier plan para futuro ciudadano o tratamiento. Yo entiendo que esta information sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento;
- Un medio de comunicacion entre profesionales del campo, medico que pueden contribuir a mi cuidado medico;
- Una fuente de iinformacion de como aplicar mi diagnostico e informacion quirurgica a mi cuenta;
- Un media por el cual un pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados;
- Un media para operaciones rutinarias de cuidado medico tales como determination de calidad y revision de capacidad de los profesionales en el campo medico.

He sido proporcionado(a) con una copia del Aviso de Practicas de Privacidad que provee una descripcion mas completa sobre los usos y revelaciones de informacion.

Entiendo que como parte de mi cuidado y tratamiento puede ser necesario proveer a otra entidad mi informacion Confidencial Medica. Yo tengo ei derecho de revisar el aviso de esta oficina antes de firmar esta autorizacion. Autorizo la revelacion de mi informacion Confidencial Medica coma sera espectficado posteriormente para los propositos y a los grupos indicados por mi.

Forma de Privacidad Consentimiento del Paciente

Consentimiento pare la Revelacion de Infromacion Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Medico (§164.506(a))

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de Practicas de infromacion de esta oficina antes de firmar este consentimiento;
- Que este oficina, reserva su derecho de cambiar el aviso y las practicas y que si solicito, enviara una copia del aviso editado a la direccion que he dado antes de ponerio en practica;
- Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a come mi informacion confidencial medics puede ser usada o revelada para realizar tratamiento, pago o cuidado medico y que no es requerido por la ley que este oficina, este de acuerdo con las restricciones solicitadas;
- Puedo revocar este consentimiento escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto que este oficina, ya haya tomado accion dependiendo del consentimiento escrito.
- Es parte del procedimiento de este oficina,el compartir informacion de Salud Protegida con laboratorios, rayos-x, docotres de cconsulta y hospitals. Nosotros nos contactaremos con la farmacia de su preperencia con relacion a sus prescripciones. Y solamente intercambiaremos el minim necsario de Informacion de Salud Protejida en cada transaccion.

Firma del Paciente o Testigo Representante Legal: _____

Nombre del Paciente o Testigo Representante Legal: _____

Fecha: _____