

Bienvenido!

Nos gustaría darle la bienvenida a nuestra oficina. Nuestro objetivo es hacer que la visita de todos sea agradable y educativa. Nos esforzamos para que pueda tener una hermosa sonrisa que dure toda la vida. Por favor, visítenos en nuestra página web www.DentalCareAssociation.com

Fecha _____ Información del paciente

Nombre _____ I _____ Edad _____
 Apellido _____ SS# _____
 Fecha de Nacimiento _____ Estado Civil _____
 Dirección _____

 #Casa _____ #Cel. _____
 Trabajo _____ #Trabajo _____
 Ocupación _____
 Correo Electronico _____
 Referido/a por _____
 Contacto de Emergencia _____
 # del contacto de emergencia _____

Persona Responsable

Nombre _____ I _____ Edad _____
 Apellido _____ SS# _____
 Fecha de Nacimiento _____ Ocupación _____
 Trabajo _____ #trabajo _____
 Dirección del Trabajo _____

Seguro Dental Primario

Nombre del Seguro _____
 Dirección del Seguro _____
 Teléfono del seguro _____
 Plan _____ Grupo _____ Póliza _____
 Nombre del propietario de la póliza _____
 Relación con el paciente _____ SS# _____
 Fecha de nacimiento del propietario de la póliza _____
 Empleador del propietario de la póliza _____
 Dirección del trabajo _____

Usted tiene algún otro seguro dental?

Si No

Historial Dental

Propósito de su visita de hoy _____
 Dentista anterior _____
 Fecha de su última visita _____
 Que le hicieron? _____
 Ultima Limpieza _____ Encías sangran? _____
 Con qué frecuencia te cepillas? _____
 Alguna Dientes Sensibles Dientes flojos Rellenos rotos
 Dolor de mandíbula Lesiones en los dientes

Explique _____

Te gusta su sonrisa? Si No
 Te sientes nervioso por tener un tratamiento dental? Si No
 Quieres dientes rectos? Si No
 Está interesado en blanquear los dientes? Si No
 Hay rellenos viejos o trabajos dentales que le gustaría cambiar? Si No
 Usted Ronca? Si No
 Tiene mandíbulas cansadas, especialmente en las mañanas? Si No
 Usted usa dentaduras postizas o dentaduras parciales? Si No
 Está utilizando otros dispositivos dentales (por ejemplo, retenedor, protector de mordida, aparato de ronquido)? Si No
 Tiene un sabor desagradable o mal aliento? Si No
 ¿Cree usted que su salud dental afecta su salud física en general? Si No
 Alguna vez le han dicho que tiene enfermedad de las encías? Si No
 Si pudieras cambiar algo de tu sonrisa, ¿qué sería?

Usted?

__ Fuma Paquetes en el día? ____ Cuanto tiempo? ____
 __ Mastica Tabaco
 __ Toma Por semana? ____ Por mes? ____
 __ Usa lentes de contacto
 __ Consume pastillas de dieta
 __ Consume drogas recreacionales

Permisi3n para tratamiento de Dental Care Association

Yo, _____, solicitud de examen o tratamiento para m3i o mi ni3o por el personal de la Asociaci3n de Cuidado Dental (DCA). Se explicar3 la necesidad de la exanimaci3n, las radiograf3as dentales, fotos intraorales, tratamiento y la posibilidad de efectos secundarios indeseables a m3i por empleados de DCA. Entiendo que no hay garant3a o garant3a con respecto a los resultados que pueden obtenerse, sin embargo, cuidado prudente normal ser3 ejercida por los empleados de DCA en mi diagn3stico y tratamiento.

Autorizo a Asociaci3n de Cuidado Dental para soltar informaci3n m3dica/dental a mi compa3a de seguros con el fin de pagar por los servicios prestados a m3i y a divulgar informaci3n al otro los dentistas, m3dicos u hospitales a quien puedo ser referido.

Al firmar a continuaci3n certifica que entiende la naturaleza de la autorizaci3n para el tratamiento y permite la Asociaci3n de Cuidado Dental realizar tratamiento preliminar necesaria para mejorar y mantener mi salud oral.

Nombre del Paciente/Guardi3n: _____ Firma del Paciente/Guardi3n: _____

Dental Care Association's Office Policies

Asociaci3n Dental Care se complace en participar en su salud dental. Como una cortes3a a nuestros pacientes, vamos a completar y presentar reclamaciones de seguros en su nombre. Es importante entender que m3s compa3as de seguros no garantiza el pago a los proveedores de atenci3n m3dicos hasta que se reciba la reclamaci3n. Le daremos un costo estimado de su tratamiento es necesario, que incluir3 tambi3n una estimaci3n de sus beneficios dentales. Sin embargo, cargos no pagados por su compa3a de seguros ser3 responsabilidad del paciente/tutor para pagar a la Asociaci3n de Cuidado Dental (DCA). DCA permite 30 d3as para el pago de su proveedor de seguro dental. Si el pago no es recibido, paciente o tutor tendr3 que pagar saldo seguro a DCA. Una vez que su compa3a de seguros ha recibido el dinero enviar3 autom3ticamente al paciente o tutor como reembolso. Le animamos a entender su cobertura de seguro y consulte su manual para miembros o llame a su administrador del plan con sus preguntas o dudas relacionadas con beneficios espec3ficos.

Iniciales: _____

El equipo de la Asociaci3n de Cuidado Dental toma gran orgullo en el aseguramiento de servicio al cliente maravilloso para todos nuestros pacientes. Ser capaz de mantener el excelente servicio al cliente a todos, los animamos a llegar a tiempo a sus citas reservadas con nuestra oficina. Esto asegurar3 que el m3dico tiene tiempo suficiente para completar el tratamiento necesario y a los otros pacientes que siguen. Si usted va a ser tarde para su cita, se agradecer3a una llamada de cortes3a a nuestra oficina. Si est3s m3s de 15 minutos tarde a su cita reservada, no seamos capaces de verlo ese mismo d3a.

- **Si usted necesita cambiar su fecha de cita, requerimos de antemano 24-48 horas de anticipaci3n. Si la cita se cancela el mismo d3a o el paciente no muestra a su cita, su cuenta tendr3n una tarifa de \$25.**
- **Pacientes con 3 no se presenta dentro de un per3odo de 12 meses estar3 sujeto a la descarga de nuestra pr3ctica.**

Iniciales: _____

Planes de tratamiento se dan a todos los pacientes que necesitan tratamiento. El pago se espera para todos los servicios prestados por la Asociaci3n de Cuidado Dental. Ofrecemos financiamiento por varias empresas de terceros, como una cortes3a para todos nuestros pacientes que deseen aplicar. Para obtener m3s informaci3n se puede dar por personal de la oficina.

Al firmar abajo yo certifico que entiendo y respetar3 a las pol3ticas de la oficina para la Asociaci3n de Cuidado Dental.

Nombre del Paciente/Guardi3n: _____ Fecha de Hoy: _____

Firma del Paciente/Guardi3n: _____

Dental Care Association

Información Sobre Los Derechos de Paciente HIPAA

Notificación de Prácticas de Privacidad

Esta información es para ayudarle a entender sus derechos bajo el bienestar privacidad de, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos o HIPAA. Esta página se centra en su derecho a recibir un aviso de prácticas de privacidad (aviso). ¿Qué es un aviso de prácticas de privacidad?

El aviso de prácticas de privacidad y aviso describe las prácticas de privacidad de Centro de Ciencias de la Salud. Describe cómo usamos o divulgamos su información médica o de salud. También explica sus derechos como paciente bajo las regulaciones de privacidad, así como responsabilidades del centro de ciencia de la salud con respecto a su información.

¿Por qué necesito un aviso de prácticas de privacidad?

Estamos obligados por las normas federales para mantener la privacidad de su información médica o de salud. Creamos un registro del cuidado y servicios que reciba en el centro de Ciencias de la salud. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. El aviso le ayudará a entender cómo ejercer sus derechos con respecto a su información de salud.

¿Cómo obtengo una copia de la notificación?

En su primera visita al centro de Ciencias de la salud, el personal debe proporcionar la oportunidad de revisar y solicitar una copia de la notificación. O, puede llamar el centro de Ciencias de la salud, y le enviaremos una copia por correo. También puede descargar una copia de nuestro sitio web en www.uthscsa.edu/hipaa en la sección de los derechos del paciente.

¿Cómo obtengo más información acerca de ciertos derechos que se discuten en el aviso?

Para obtener más información sobre sus derechos de la lista siguiente, usted puede:

1. Personal centro de Ciencias de la salud pida formularios o información por escrito cuando esté disponible.
2. Acceso a la información desde el sitio web en www.uthscsa.edu/hipaa bajo la sección titulada "Los derechos de paciente bajo HIPAA" haciendo clic en el tema que te interesa:
 - Derecho a acceder. (Información sobre cómo inspeccionar y obtener una copia de su información de salud).
 - Derecho a la contabilidad de divulgaciones. (Información sobre cómo solicitar una contabilidad de divulgaciones de su información de salud).
 - Derecho a la enmienda. (Información de cómo solicitar una enmienda a su información de salud.)
 - Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. (Información sobre cómo solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud en lugares alternativos.)
 - Derecho a presentar una queja por violaciones de derechos de privacidad. (Información sobre su derecho a quejarse si se sienten que hemos utilizado o divulgado su información de salud inadecuado.)
 - Usar y revelar su información médica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Información sobre autoriza a médicos o información de salud y revocación de autorizaciones.)

Consentimiento para el uso y divulgación de información médica

Yo, _____ han tenido oportunidad de leer y considerar el contenido de la información sobre los derechos del paciente bajo HIPAA notificación de prácticas de privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, estoy dando mi consentimiento a la Asociación de Cuidado Dental uso y divulgación de mi información protegida de salud para llevar a cabo tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Firma de Paciente/Guardia: _____ Fecha de Hoy: _____



Formulario de consentimiento - Prueba de detección de cáncer oral

Nuestra oficina se esfuerza por brindar a sus pacientes tecnología de vanguardia para ofrecerle los últimos avances en salud oral. Recientemente hemos introducido el dispositivo de detección de OralID en nuestra oficina. El examen de OralID nos permitirá visualizar cualquier anomalía de la mucosa oral, incluyendo cáncer y displasia (pre-Cáncer) antes de que puedan ser detectados a simple vista. El procedimiento es rápido, sin dolor y no se utilizan enjuagues ni colorantes.

Similar a otros cánceres la detección temprana del cáncer oral es crítica. Los estudios han demostrado que la detección temprana de cáncer oral con tecnologías como OralID mejora dramáticamente la supervivencia de la enfermedad. Si el cáncer oral se detecta en sus etapas posteriores, que típicamente ocurre durante un examen convencional de cáncer oral, las posibilidades de supervivencia se reducen drásticamente.

¿Quién está en riesgo?

- Edades 17 años o mas
- El consumo de tabaco
- El consumo de alcohol
- Infección de VPH

Si tiene alguna pregunta sobre los factores de riesgo, por favor siéntase libre de hablar con el personal de higiene. Recomendamos que todos nuestros pacientes sean examinados con OralID para reducir la mortalidad de la detección tardía. **Desgraciadamente, los compañías de seguros no cubren este clase de examen. Si decide tener el examen de Oral ID será un cargo adicional de \$25. El paciente tendría que pagar el día del examen.**

Si, Solicito que su personal realice un examen con el OralID y pagara los \$25 hoy.

Firma

Nombre

Fecha

No, Prefiero no tener este examen en esta visita

Firma

Nombre

Fecha

DENTAL CARE ASSOCIATION

FORMULARIO DE PUBLICACIÓN DE FOTO

Yo, _____ autorizo Dental Care Association, para publicar las fotografías tomadas de mí para su uso en publicaciones impresas o Web Dental cuidado de la asociación. Lo reconozco desde mi participación en publicaciones y páginas web producida por Asociación de Cuidado Dental es voluntaria; No recibiré ninguna compensación económica. Además acepto que mi participación en cualquier publicación y sitio web realizado por la Asociación de Cuidado Dental no confiere me ningún derecho de propiedad alguno.

Al firmar abajo, yo libero Asociación de Cuidado Dental, sus contratistas y sus empleados de responsabilidad por cualquier reclamación por mí o cualquier tercero con respecto a mi participación.

Nombre del paciente: _____

Firma del Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre del médico _____

Dirección de la oficina _____

Teléfono _____

Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Si No

Explique _____

Ha habido algún cambio reciente en su salud? Si No

Explique _____

Ha estado hospitalizado o ha tenido una enfermedad grave en los últimos 5 años? Si No

Explique _____

Alguna vez ha sido tratado por el SIDA, el VIH o cualquier otro trastorno inmunológico? Si No

Está embarazada o es probable que esté embarazada en este momento? Si No

de Semanas _____ OBGYN Dr. _____

Teléfono _____

Actualmente está tomando algún medicamento recetado, sin receta o recreativo? Si No

Por favor enumere _____

Por favor, marque cualquier alergia

Si No Aspirina Si No Codeína

Si No Penicilina Si No Eritromicina

Si No Sulfa Si No Valium

Si No Látex Si No Yodo

Si No Tetraciclina Si No NSAID (Motrin)

Si No Local Anestésicos Si No Cloro Domestico

Si No Barbitúricos Otra _____

Circule si tiene o ha tenido alguna vez

Si No Anemia Si No Reflujo ácido

Si No Angina Si No Asma

Si No Artritis Si No Desorden sangrante

Si No Bronquitis Si No Cáncer / Quimo

Si No Diabetes Si No Diarrea

Si No Mareo/desmayo Si No Epilepsia

Si No Glaucoma Si No Lesión craneal

Si No Enfermedad del corazón Si No Soplo en el corazón

Si No Hepatitis Si No Migrañas

Si No Embarazo Si No Dolores de cabeza frecuentes

Si No Infección Si No Problemas de riñones

Si No Problemas de Sinusitis Si No Presión Alta/ Baja

Si No Úlceras Bucales Si No Problemas estomacales

Si No Claustrofobia Si No Problema psiquiátrico

Si No Problemas TMJ Si No Usado Phen Phen

Si No Falta de aliento Si No STD/Venéreas

Si No Infarto Si No Ulceras / Colitis

Si No Problemas del hígado Si No Reumática/Fiebre Escarlata

Si No Pérdida de peso inexplicable Si No Aumentada frecuencia al orinar

Tiene alguna enfermedad o afección no mencionada anteriormente? Si No

Explique _____

Imprenta Nombre del Paciente

Firma del Paciente/Guardián

Fecha

Firma del Dentista

Fecha