

\_\_\_\_\_

NÚMERO DE PACIENTE

**bienvenido**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial Fecha de nacimiento  Masc.  Fem.

Si es menor: Nombre del padre/de la madre \_\_\_\_\_

Cómo desea que se dirijan a usted \_\_\_\_\_

Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Menor

Domicilio - Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trab. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Paciente/Padre empleado en \_\_\_\_\_

Cargo actual \_\_\_\_\_

Por cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge/padre \_\_\_\_\_

Cónyuge empleado en \_\_\_\_\_

Cargo actual \_\_\_\_\_

Por cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_

Núm. de licencia de conducir \_\_\_\_\_

Método de pago: Seguro  Efectivo  Tarjeta de crédito

Propósito de la llamada \_\_\_\_\_

Otros familiares en este consultorio \_\_\_\_\_

A quién debemos agradecer esta derivación \_\_\_\_\_

Núm. de seguro social del paciente/padre \_\_\_\_\_

Núm. de seguro social del cónyuge/padre \_\_\_\_\_

Persona, que no viva con usted, a quien notificar en caso de emergencia \_\_\_\_\_

**SEGURO DENTAL  
PRIMERA COBERTURA**

Nombre del empleado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Núm. de programa o póliza \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_

Grupo o sindicato local \_\_\_\_\_

**SEGURO DENTAL SEGUNDA COBERTURA**

Nombre del empleado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Núm. de programa o póliza \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_

Grupo o sindicato local \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO:**

Consiento a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento efectuados por el dentista y que sean necesarios para la atención dental correcta.

Acepto el uso y la divulgación de mis registros (o los registros de mi hijo) al dentista para efectuar tratamiento, obtener pago y para las actividades y operaciones de atención médica que se relacionen con el tratamiento o el pago.

Acepto la divulgación de mis registros (o los de mi hijo) a las personas siguientes que participan en mi atención (o la de mi hijo) o el pago por dicha atención.

Mi consentimiento a la divulgación de registros estará en vigencia hasta que lo revoque por escrito.

Autorizo el pago directo al dentista o grupo dental de beneficios del seguro pagaderos de otra manera a mí. Entiendo que mi aseguradora de atención dental o pagador de beneficios dentales puede pagar menos que la factura real por servicios, y que soy responsable económicamente por el pago total de todas las cuentas. Al firmar esta declaración, revoco todo acuerdo previo en contrario y acepto la responsabilidad de pago por servicios no pagados por mi pagador de atención dental.

Certifico la veracidad de la información de esta página.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR LEGAL

FECHA \_\_\_\_\_

**INSCRIPCIÓN**

## HISTORIA MÉDICA

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

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 \_\_\_\_\_

**Modesto Kidz Dental**  
**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF**  
**HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**  
**("Acknowledgement")**

I acknowledge that I have received a copy of this Dental Practice's **HIPAA Notice of Privacy Practices**.

\_\_\_\_\_  
Patient Name (Please Print)

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

OR

\_\_\_\_\_  
Signature of Personal Representative

Authority of Personal Representative to Sign for Patient (check one):

Parent     Guardian     Power of Attorney     Other: \_\_\_\_\_

**Please Note: It is your right to refuse to sign this Acknowledgement.**

\_\_\_\_\_  
*Dental Office Use Only*

I tried to obtain written Acknowledgement by the individual noted above of receipt of our **Notice of Privacy Practices**, but it could not be obtained because:

- \_\_\_ An emergency prevented us from obtaining acknowledgement.
- \_\_\_ A communication barrier prevented us from obtaining acknowledgement.
- \_\_\_ The individual was unwilling to sign.
- \_\_\_ Other:

\_\_\_\_\_  
Staff Member Signature

\_\_\_\_\_  
Date