



## Registró De Paciente

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Inicial: \_\_\_\_\_

Paciente es:  Suscriptor del Seguro      Nombre Preferido: \_\_\_\_\_  
 Persona Responsable

Persona Responsable (Si el paciente es menor de edad)

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Inicial: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección Segunda: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
Numero de Casa: \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. Seg. Soc: \_\_\_\_\_ No. Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_  
 Persona Responsable es suscriptor del seguro     Suscriptor de seguro primario  
 Suscriptor de seguro secundario

### Información de Paciente

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección Segunda: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
Numero de Casa: \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_  Me gustaría recibir correspondencia vía text.  
Sexo:  M  F Estado Civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seg. Soc: \_\_\_\_\_  
No. Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Me gustaría recibir correspondencia vía correo electrónico

Estado de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Retirado(a)	Última visita al médico: _____
Estado de estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	Nombre de médico: _____
Medicaid ID: _____ Empleador: _____	Dentista anterior: _____
Empleador ID: _____ Farmacia: _____	Ciudad, Estado: _____
Carrier ID: _____	Última examen dental: _____
	Quien lo refirió: _____

### Seguro Primario

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación con el Suscriptor: \_\_\_\_\_  
Seg. Soc. de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Compañía de seguro: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

### Seguro Secundario

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación con el Suscriptor: \_\_\_\_\_  
Seg. Soc. de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Compañía de seguro: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Thomas Dental Center  
219 Savannah Avenue Statesboro, GA 30458  
HISTORIA MÉDICA

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Aunque el personal dental trata principalmente el área en y alrededor de su boca, su boca es una parte de nuestro cuerpo entero. Los problemas de salud que pueden tener, o medicamentos que esté tomando podrían tener un importante interrelación con el tratamiento que va a recibir. Gracias por responder a las siguientes preguntas.**

¿Esta al presente bajo el cuidado de un médico? Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado(a) o ha tenido una cirugía grave? Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave del cuello? Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Está tomando algunas medicinas, pastillas, o drogas? Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Está tomando o ha tomado Phen-Fen o Redux? Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o alguna otra medicina que contiene bifosfonato? Sí  No

¿Está siguiendo alguna dieta especial? Sí  No

¿Usa tabaco? Sí  No

¿Usa drogas? Sí  No

Mujeres: Está

¿Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí  No  ¿Tomando anticonceptivos orales? Sí  No

¿Amamantando? Sí  No

¿Es alérgico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina       Penicilina       Anestésicos locales       Codeína       Acrílico       Metal

Látex       Medicamentos de Sulfa       Otros, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA o infección por VIH         | <input type="checkbox"/> Medicina Cortisona          | <input type="checkbox"/> Hemofilia                                 | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                        | <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Hepatitis A                               | <input type="checkbox"/> Reciente pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia                       | <input type="checkbox"/> Adicción a las Drogas       | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C                           | <input type="checkbox"/> Diálisis Renal           |
| <input type="checkbox"/> Anemia                           | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios     | <input type="checkbox"/> Herpes                                    | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática         |
| <input type="checkbox"/> Angina                           | <input type="checkbox"/> Enfisema                    | <input type="checkbox"/> Presión Alta                              | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata         |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Gota                    | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones      | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto                           | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster            |
| <input type="checkbox"/> Válvula artificial en el corazón | <input type="checkbox"/> Sangrando Mucho             | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia                              | <input type="checkbox"/> Falciformes de Células   |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales      | <input type="checkbox"/> Frecuentemente Sediento     | <input type="checkbox"/> Rosado(a)                                 | <input type="checkbox"/> Sinusitis                |
| <input type="checkbox"/> Asma                             | <input type="checkbox"/> Mareo                       | <input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular              | <input type="checkbox"/> Espina Bífida            |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre          | <input type="checkbox"/> Tosa Frecuentemente         | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón                        | <input type="checkbox"/> Enfermedad del estomago  |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre            | <input type="checkbox"/> Diarrea Frecuentemente      | <input type="checkbox"/> Leucemia                                  | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral         |
| <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios          | <input type="checkbox"/> Frecuente dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado                     | <input type="checkbox"/> Hinchazón de extremidad  |
| <input type="checkbox"/> Fácilmente obtiene moretones     | <input type="checkbox"/> Herpes Genital              | <input type="checkbox"/> Presión Baja                              | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroideos  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                           | <input type="checkbox"/> Glaucoma                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar                       | <input type="checkbox"/> Amigdalitis              |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia                    | <input type="checkbox"/> Rinitis                     | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral             | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             |
| <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho              | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón           | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                              | <input type="checkbox"/> Tumores                  |
| <input type="checkbox"/> Herpes Labiales                  | <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón         | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones del Mandíbula | <input type="checkbox"/> Ulceras                  |
| <input type="checkbox"/> Defectos Cardiacos Congénitos    | <input type="checkbox"/> Marcapaso para el Corazón   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Paratiroides                | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea       |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                     | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón       | <input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica                     | <input type="checkbox"/> Ictericia                |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no está notado arriba? Sí  No

Comentarios:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY: Doctor's Initials

**Lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que 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, padres, o tutor(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Responsabilidad Financiera**

Tengo entendido que es la responsabilidad de cada paciente para organizar el pago por los servicios dentales recibidas en esta oficina. Yo autorizó cualquier beneficio de seguros a pagar directamente a Thomas Dental Center y reconozco mi responsabilidad de pagar por todos los servicios que no estén cubiertos. También autorizó que den cualquier información necesaria para procesar una reclamación de seguro. Los padres, tutor(a), o individuales acompañado a los menores de edad, son responsables sobre el pago del tratamiento recibidos.

### **Consentimiento para Tratamiento Dental:**

- Doy permiso para cualquier procedimiento medico/cirugía, rayos-x, exámenes de droga o laboratorio, medicamentos, o exámenes que son consideradas necesarias por el Dentista.
- En el caso de un menor no emancipado, el consentimiento está dado en su parte

### **Consentimiento para Obtener Registros Médicos**

Yo autorizó a Thomas Dental Center obtener los registros médicos de cualquier otro médico o centro médico necesario en el curso de mi tratamiento.

### **Consentimiento para dar Información Médica y/o Registro a su Esposo(a), un Miembro Familiar, o Pareja**

Yo autorizó a Thomas Dental Center dar cualquier información en mi registro medico a las personas indicadas:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

*\*Si no autoriza que su información sea dada a nadie, por favor subrayar lo siguiente:*

**Yo no autorizó que mi información sea dada a nadie, más que a mí mismo**

**Yo autorizó que mensajes sean dejadas por sistema de correo de voz o contestador automático**

Por favor indica los números con los que podemos utilizar para dejar un mensaje para usted

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

### **Reconocimiento de Derecho de Privacidad**

En firmando, yo reconozco que he recibido la notificación de la privacidad de prácticas y los derechos individuales.

Reconozco que he leído la información de arriba, estoy de acuerdo en dar mi consentimiento, y reconozco que he sido informado de mis derechos sobre privacidad.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Yo, el firmante (paciente y persona legalmente responsable) autorizo que el tratamiento sea dado y asumo la responsabilidad financiera.**

Es importante saber y entender que su seguro dental es un contrato entre usted y su compañía de seguro dental. Como cortesía a nuestros pacientes, vamos a encargarnos de los tramites con su seguridad. Es su responsabilidad saber y entender lo que su seguridad dental cubre y lo que no cubre.

**Yo entiendo que soy responsable sobre mi copago y cualquier cuenta que mi seguridad dental no cubre.**

**Yo reconozco que todos los pagos no corrientes en cuentas más de sesenta días van estar cobradas como un cargo por servicio de 1.5% por mes sobre la cuenta que no está pagada. Los gastos adicionales adquirido en colectando en su cuenta será añadirá a su saldo y será su responsabilidad.**

---

**Firma de Persona Responsable por el Pago de la Cuenta**

### **Citas Canceladas**

Una cantidad de tiempo especifica está reservado especialmente para usted o su hijo(a) y les recomendamos a todos los pacientes para mantener sus citas. Si tiene que cambiar su cita, requerimos un aviso de al menos 24 horas para evitar el pago de cancelación de \$25 (emergencias son una excepción)

☹ Tres citas falladas sin 24 horas de aviso, resultara el despedimiento del paciente. Niños 17 años de edad o menor tienen que estar acompañados de un tutor(a).

**Firma:** \_\_\_\_\_

# CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

## Sección A: PACIENTE DAR SU CONSENTIMIENTO

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Numero de Paciente: \_\_\_\_\_ No.Seg.Soc. \_\_\_\_\_

## Sección B: PARA EL PACIENTE---- POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LO SIGUIENTE

**Propósito del Consentimiento:** En firmando este formulario, usted da autorización de utilizar o divulgar de su información médica protegida para llevar a cabo tratamiento, actividades de pago, y el funcionamiento de la salud.

**Aviso de Practicas de Privacidad:** Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de Practicas Privada antes de decidir si va a firmar este Consentimiento. Nuestro Aviso proveer una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago, el funcionamiento de la salud, los usos y divulgar que podemos hacer o su información de salud protegida, y de otros importantes asuntos sobre su información de salud protegido. Una copia de nuestro Aviso esta acompañado con este consentimiento.

Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestro practicas privadas descritas en nuestro Aviso de Practicas Privada. O si cambiamos nuestra Practicas Privada, emitiremos un Aviso de Practicas Privada revisado, que va a contener los cambios. Esos cambios pueden aplicar a cualquier información de salud protegida que guardamos.

Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Practicas Privada, incluyendo cualesquiera revisiones de nuestro aviso, en cualquiera momento:

Persona de Contacto: Thomas Dental Center  
Teléfono: 912-764-6149 Fax: 912-764-3863  
Correo electrónico: [thomasdentalcenterga@gmail.com](mailto:thomasdentalcenterga@gmail.com)  
Dirección: 219 Savannah Ave. Statesboro, GA 30458

**Derecho de Revocación:** Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento en dándonos un aviso escrito de su revocación sometida a la Persona de Contacto listado arriba. Por Favor entienda que la revocación de este consentimiento no va afectar cualquier acción que tomo en virtud de este consentimiento antes que recibimos su revocación, y que podemos declinar a darle tratamiento o continuar con su tratamiento si revocan este consentimiento.

### Firma

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de Consentimiento y su Aviso de Practicas Privada. Entiendo que, al firmar este formulario de Consentimiento, estoy dando mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamiento, actividades de pago, y el funcionamiento de la salud.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si este Consentimiento ese firmada por un representante personal en nombre del paciente, complete el siguiente:

Nombre de Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relación con Patinete \_\_\_\_\_