



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
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 _____