



**Información del Paciente**

Por favor llene la aplicación completamente por ambos lados.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Hombre  Mujer  Casado(a)  Soltero(a)  Niño(a)  Otro(a) Apodo: \_\_\_\_\_  
o nombre preferido

# Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

# Casa: \_\_\_\_\_ # Celular: \_\_\_\_\_ #Trabajo: \_\_\_\_\_ (Ext.) \_\_\_\_\_

Horas en las que prefiere su cita:  Mañana  Tarde  Noche (Martes, Miércoles y Jueves)  
 A cualquier hora  martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle #Apartamento

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal  
 \*\*\*Solicitamos su E-mail para que podamos enviarle recordatorios electrónicos para sus citas de modo que podrá confirmar su cita con un 'click'  
 \*\*Solicitamos el número de su celular para poder contactarle el día de su cita por cualquier emergencia.

**Información de su salud**

Fecha de la última visita al dentista: \_\_\_\_\_ Razón de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido/tiene alguno de los siguientes? Por favor marque (o) solo los que apliquen y afecten las visitas al dentista:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Epilepsia              | <input type="checkbox"/> Ictericia                 |
| <input type="checkbox"/> Alergias: _____         | <input type="checkbox"/> Sangramiento excesivo  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la codeína    | <input type="checkbox"/> Desmayos               | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado     |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina | <input type="checkbox"/> Glaucoma               | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental         |
| <input type="checkbox"/> anemia                  | <input type="checkbox"/> Crecimientos           | <input type="checkbox"/> Problemas con los nervios |
| <input type="checkbox"/> Artritis                | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno        | <input type="checkbox"/> Marcapasos                |
| <input type="checkbox"/> uniones artificiales    | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza  | <input type="checkbox"/> Embarazo                  |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral        | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | Fecha de espera: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea    | <input type="checkbox"/> Murmuro coronario      | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación  |
| <input type="checkbox"/> Cancer                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis              | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Presión alta           | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales     |
| <input type="checkbox"/> Mareos                  | <input type="checkbox"/> Presión baja           | <input type="checkbox"/> VIH                       |

\_\_\_\_\_  
 Numero de Farmacia

\_\_\_\_\_  
 Firma de Dr.

- ¿Alguna vez ha tenido complicaciones después de un tratamiento dental?  Si  No  
 Por favor explique en detalle: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene que tomar medicamentos antes de su cita con el dentista?  Si  No.  
 Que medicamento? \_\_\_\_\_
- ¿Ha sido admitido a un hospital o necesito cuidado de emergencia durante los últimos dos años?  Si  No  
 Por favor explique en detalle: \_\_\_\_\_
- ¿Está bajo el cuidado de un doctor?  Si  No  
 Por favor explique en detalle: \_\_\_\_\_

- Nombre de su doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún otro problema médico del cual tengamos que saber?  Si  No

Por favor explique en detalle: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

### Información de la persona responsable del pago

La siguiente información es de:  esposo(a) del paciente  Yo mismo(a) (información en primera página)  padre o responsable del pago.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Mes Día Año

Hombre  Mujer  Casado(a)  Soltero(a) # Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle #Apartamento

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

### Información de su trabajo

La siguiente información es de:  paciente  padre o responsable del pago.

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Su ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle #Apartamento

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

### Información de su seguro

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Parentesco del asegurado al paciente:  Ud mismo  Padre  Esposo(a)

Compañía donde trabaja el asegurado: \_\_\_\_\_ Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

#de teléfono del seguro: \_\_\_\_\_ #Id: \_\_\_\_\_ #de grupo: \_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

### Consentimiento para brindarle nuestros servicios

Al firmar este documento, yo certifico que toda la información que se encuentra inscrita en el este documento es verdadera y precisa. Yo entiendo que el doctor no es responsable por complicaciones que ocurran por mi culpa al no haberle dicho la verdad de mis condiciones médicas. También me hago responsable al firmar, de todos los cargos financieros del tratamiento que den en esta clínica. Entiendo que hay un honorario de cuentas atrasadas por más de 60 días de 1.5%. Doy permiso al doctor y a su facultad para que me llamen por teléfono para discutir mi salud y el arreglo de pago para mi tratamiento.

Yo he leído y entendido las condiciones inscritas en este documento sobre mi tratamiento y el pago respectivamente. Al firmar, confirmo que entiendo y estoy de acuerdo con su contenido.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente, padre o guardián legal.

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
 Firma de la persona responsable por el pago (si no es el paciente)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Parentesco con el paciente

### Información de referencia

¿ A quién podemos agradecer por referirlo (a) a nuestra clínica?

Valpack  Escuela  Radio  Páginas amarillas  Televisión  
 Periódico  Hospital / Clínica  ¿ Encontró nuestra tarjeta en otro negocio?  
 Otro dentista: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que lo/la refirió a nuestra clínica: \_\_\_\_\_

Uno de nuestros empleados: \_\_\_\_\_



Patient Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Patient Social Security No: \_\_\_\_\_ Patient DOB: \_\_\_\_\_

### Current Medications

Medication Name	Dosage
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

Doctor Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**HIPAA CONSENT FORM**

**From the office of:**

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and disclose protected health information about you. The Notice contains a Patient Rights section describing your rights under the law. You have the right to review our Notice before signing this consent by requesting a copy from the receptionist. The terms of our Notice may change. If we change our Notice, you may obtain a revised copy by contacting our office.

You have the right to request that we restrict how protected health information about you is used or disclosed for treatment, payment or health care operations. We are not required to agree to this restriction, but if we do, we shall honor that agreement.

By signing this form, you consent to our use and disclosure of protected health information about you for treatment, payment and healthcare operations. You have the right to revoke this Consent, in writing, signed by you. However, such a revocation shall not affect any disclosures we have already made in reliance on your prior Consent. The Practice provides this form to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

The patient understands that:

- Protected health information (PHI) may be disclosed or used for treatment, payment or health care operations
- The Practice has a Notice of Privacy Practices and that the patient has the opportunity to review this notice
- The Practice reserves the right to change the Notice of Privacy Practices
- The patient has the right to restrict the use of their information, but the Practice does not have to agree to those restrictions
- The patient may revoke this Consent in writing at any time and all future disclosures will then cease
- The Practice may condition treatment upon execution of this Consent

Below is a list of ways the office may contact you. Checking a box will give permission to leave, as thorough of a message as needed, from your dental office. This will include, but not limited to, appointments day, time and treatment scheduled, documents to be signed, financial and collection concerns or pre and post treatment directions. Any source other than the USPS, example: cell phones, email and fax lines, are not considered 100% secure. Contact information will be verified by patient.

**Please check any that you DO NOT want the office to call, we will be using the numbers/emails you have updated, on your Account information. All information is subject to availability to verify and validate.**

- |   |  |                                     |                                   |                                       |
|---|--|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Work Cell        | <input type="checkbox"/> Work Phone          | <input type="checkbox"/> Work Email | <input type="checkbox"/> Work Fax | <input type="checkbox"/> Mail to Work |
| <input type="checkbox"/> Personal Cell    | <input type="checkbox"/> Home Phone          | <input type="checkbox"/> Home Email | <input type="checkbox"/> Home Fax | <input type="checkbox"/> Mail to Home |
| <input type="checkbox"/> Emerg. Contact   | <input type="checkbox"/> Interpreter Contact |                                     |                                   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Any of the above |  |                                     |                                   |                                       |

List names of who can have access to your dental/medical chart information: Circle Type.

State what part of your chart: Financial, Treatment, Health history, is allowed to be disclosed or copied

_____	Full access / Partial access _____
_____	Full access / Partial access _____

\_\_\_\_ Patient gives office permission to forward any verified contact information and PHI to patients specialists. Office may discuss pertinent patient chart information, including PHI, with labs, and product representatives involved in patient's case through verified unsecured, unencrypted means. The Privacy Rule allows those doctors, nurses, hospitals, laboratory technicians, and other health care providers that are covered entities to use or disclose protected health information, such as X-rays, laboratory and pathology reports, diagnoses, and other medical information for treatment purposes without the patient's authorization. This includes sharing the information to consult with other providers, including providers who are not covered entities, to treat a different patient, or to refer the patient. See 45 CFR 164.506. Any source other than your Healthcare Providers, will sign a Business Associate Agreement. Patient understands if permission is not granted, USPS, is the only means of communication with those involved in patients case, which is considered HIPAA compliant. Treatment may take considerably longer in this case. This office will not be held responsible for any delay in mail which then causes an increase in treatment time or treatment costs. Patients or approved contacts may request and pick up copies of PHI to be hand delivered.

Print Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Print Legal Guardian's Name: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Legal Guardian: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Patient refused to sign HIPAA Consent. Patient has the right to refuse. USPS or patient pick up will be used for PHI transfer.

Office Staff Signature \_\_\_\_\_ Printed Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Witnessed Staff Signature \_\_\_\_\_ Printed Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_