



Bozart Family Dentistry

Suave Compasivo Entendimiento
Albert T. Bozart, DDS

Fecha _____ Fecha de la Cita _____ Tiempo _____

Información Del Paciente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ #SS _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sexo M F Casado(a) Viudo Soltero Menor Separado Divorciado

Se asoció para _____ Anos

Estado de Estudiante Tiempo completo Tiempo parcial Asiste a la Escuela _____

Teléfono de casa (_____) _____ Teléfono del Trabajo (_____) _____ Celular (_____) _____

Correo electrónico _____

Dirección _____

Empleador/ Patrón _____ Título del trabajo _____

Cónyuge o Nombres de los Padres _____ Patrón/ Empleador _____

Nombre de otros miembros de la familia que son pacientes de aquí _____

Quien podemos agradecer por referirlo? _____

Persona de Contacto de Emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Persona Responsable:

Persona Responsable de la Cuenta _____ Relación _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa (_____) _____ Teléfono del trabajo (_____) _____ Cell # (_____) _____

Fecha de Nacimiento _____ Licencia de Conducir # _____

Si esta persona es un paciente en nuestra oficina Sí No

Información Sobre el Seguro Dental:

El Nombre del Asegurado _____ Relación con el paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha De Nacimiento _____ #SS _____ Teléfono (_____) _____

Empleador _____ # de trabajo (_____) _____

Compañía del Seguro _____ # del grupo _____ Teléfono (_____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Beneficio máx. del año _____ Deducible _____ Beneficio Usado _____ Restantes _____

Información Sobre el Seguro Dental Secundaria

El Nombre del Asegurado _____ Relación con el paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ SS # _____ Teléfono (_____) _____

Empleador _____ # de Trabajo (_____) _____

Compañía de Seguro _____ # del grupo _____ Teléfono (_____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Beneficio máx. del año _____ Deducible _____ Beneficio Usado _____ Restantes _____

*** NO ACEPTAMOS Medicaid ni Medicare. No hacemos reclamaciones médicas ***

HISTORIA DENTAL:

Motivo de la visita de hoy _____ Fecha de la última atención dental _____

Dentista anterior _____ Fecha de la última radiografía dental _____

Fecha (si usted tiene o ha tenido problemas con cualquiera de los siguientes:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> El mal aliento | <input type="checkbox"/> Rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al caliente |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de las encías | <input type="checkbox"/> Dientes o rotas sueltas rellenos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al dulce |
| <input type="checkbox"/> Clic o estallidos quijada | <input type="checkbox"/> Tratamiento Periodontal | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder |
| <input type="checkbox"/> Comida entre los diente que recoje | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío | <input type="checkbox"/> Llaga o crecimiento en la boca |

¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____ ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

HISTORIA MÉDICA:

Nombre del Médico _____ Fecha de la última visita _____

¿Está tomando o ha tomado recientemente cualquier (medicamentos para la osteoporosis) Los bifosfonatos _____ graves?

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad o las operaciones Sí ___ No ___ Si responde que sí, describe _____

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? ___ Sí ___ No la fecha aproximada _____

(Mujeres) ¿Está embarazada? ___ Sí ___ No Enfermería? ___ Sí ___ No Tomar píldoras anticonceptivas? ___ Sí ___ No

Marque (si usted tiene o ha tenido problemas con alguno de los siguientes:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tos, persistente | <input type="checkbox"/> Reparación de Hernia | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Toser sangre | <input type="checkbox"/> La arterial alta | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Válvulas Cardíacas
Artificiales | <input type="checkbox"/> Diabetes ___ Tipo I, _II | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Necesidades especiales
_____ |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales,
pernos, etc. | <input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Accidente
Cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies o
tobillos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormalmente | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Hábito Tabaco |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Soplo | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula de
vitral | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón /
Angina | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Dependencia Química | <input type="checkbox"/> Ataque de Corazón | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Enfermedades
Respiratorias | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> A Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | |
| <input type="checkbox"/> Lesiones congénitas del
corazon | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Escarlatina | |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | |

No ¿Exige usted premedicación antes de citas con el dentista? ___ YES ___ NO

Medicamentos Lista que está tomando actualmente:

Alergias:

- | | | | |
|---|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> La aspirina | <input type="checkbox"/> Anestésico local | <input type="checkbox"/> yodo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> barbitúricos
(somníferos) | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Látex | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Níquel | |
| <input type="checkbox"/> Codeína | | <input type="checkbox"/> Ninguno | |

A lo mejor de mi conocimiento, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo o mi hijo menor de edad alguna vez tengo un cambio en la salud. También autorizo la liberación de información pertinente a las personas que lo requieran para el tratamiento de mí mismo o hijo menor de edad o con el propósito de pago de la referencia de la cuenta o de crédito. Yo autorizo el pago de beneficios de seguro directamente a Bozart Family Dentistry Entiendo que mi compañía de seguro dental puede pagar menos que el costo total de los servicios y yo soy responsable por el pago de servicios no remunerados, en su totalidad o en parte, por mi compañía de seguro dental

Nombre de paciente _____

Firma de paciente _____ la fecha _____



Bozart Family Dentistry

Suave Compasivo Entendimiento

Albert T. Bozart, DDS

ACUSE DEL RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE SOBRE LOS DERECHOS DE HIPAA

(HIPAA, conocido por sus siglas en inglés, es la ley de de la transferencia y responsabilidad de los seguros médicos)

He recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad del Paciente de Bozart Family Dentistry

Nombre del Paciente _____

Nombre del Padre / Tutor: _____

Yo, _____, autorizo a las siguientes personas (**ejemplo: cónyuge, padre / abuelo, hermano, hijo**) para tener acceso y ser informado de la información dental / médica del paciente antes mencionado y el cuidado dental / médica. Si usted no incluye a nadie que **no** compartirá ninguna información respecto a su cuenta

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Firma: _____

Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Se intentó obtener dicho acuse de recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque:

- El individuo rehusó firmar
- Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otro _____



Bozart Family Dentistry

Aviso de las prácticas de privacidad

Este aviso describe como la información médica sobre usted puede ser usada y como usted puede tener acceso a esta información. Por Favor, revise con cuidado.

Fecha de vigencia: 10/29/2015

Estamos comprometidos a proteger la privacidad de su información personal de salud.

En este aviso de las prácticas de privacidad describimos cómo podemos utilizar su información y también cómo podemos compartir su información con las compañías y los departamentos médicos adecuados. También podemos compartir su información con otros propósitos que son permitidos o requeridos por la ley. Últimamente, describimos sus derechos del acceso y control de su Información Protegida de Salud (conocido por sus siglas aquí como IPS y en inglés como PHI).

Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad de su IPS (PHI en inglés).

**Los usos y las maneras que podemos compartir su IPS:
Podemos usar o compartir su IPS con/para/a...**

- Las compañías de facturación
- Las compañías de seguro médico
- Las agencias gubernamentales y las agencias que ayudan con la calificación de los beneficios
- Las agencias de cobro
- Proporcionar el tratamiento de salud para usted si es requerido por la ley
- Actividades de salud público
- Las agencias de supervisión de la salud
- Los procedimientos legales
- Multas de la policía u otra aplicación de la ley
- Médicos forenses, directores de funeral
- Investigaciones médicas
- Efectos especiales para el gobierno
- Las instituciones correccionales
- La compensación de trabajadores
- Asociados comerciales
- El intercambio de información de salud
- Alternativas de tratamiento
- Los recordatorios de citas

Todos los otros usos no registradas en este aviso, se requerirá una autorización escrito de usted o su representante personal.

Adicionales derechos de la privacidad de usted:

Usted tiene el derecho de obtener una copia de este aviso de nosotros, bajo petición. Le proporcionaremos una copia de esta notificación el primer día que nosotros le tratamos en nuestras instalaciones.