

Isham Dental

5555 NE Montgomery Blvd NE, Suite # 17 • Albuquerque, NM 87109

(505)881-0422

Bienvenido a nuestra práctica

Chart #: _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Nombre del paciente: _____

Apellido

Nombre

Inicial

Nombre Preferido

Título: _____

Género: Hombre Mujer

Estado familiar: Casado Individual Niño Otro

Sr / Sra / Sra / etc

Fecha de nacimiento: _____

SS #: _____ - -

Anterior Visita: _____

Dirección de correo electrónico: _____

El mejor tiempo para llamar: _____

Teléfono: _____

Casa

Móvil

Trabajo

Ext

Otro

Dirección: _____

Dirección 1

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

Lo siguiente es para: El paciente La persona responsable del pago Ambos Tanto no es aplicable

Nombre del empleador: _____

Teléfono: _____

Dirección del empleado: _____

Dirección 1

Dirección 2

A quien podemos agradecer por referencia a nuestra práctica?

En caso de EMERGENCIA, quien debe ser notificado? Por favor, apunte NOMBRE y NUMERO de teléfono a continuación:

HISTORIA MÉDICO DEL PACIENTE

Indique cuál de las siguientes ha tenido o tiene en la actualidad. Al marcar, la casilla que indica una respuesta "SI", dejando la caja en blanco indicará una respuesta "NO"

* Pre-Med - Amox

* Pre-Med - Clind

* Pre-Med - Otros

Alergias

Alergia - Aspirina

Alergia - Codeína

Alergia - Eritro

Alergia - fiebre del heno

Alergia - Látex

Alergia - Otros

Alergia - Penicilina

Alergia - Sulfa

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos Bisphophonate | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón |
| <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> hepatitis | <input type="checkbox"/> La presión arterial alta | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> La Ictericia | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática | <input type="checkbox"/> Trastornos Mentales |
| <input type="checkbox"/> Los desórdenes nerviosos | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> marcapasos | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis | <input type="checkbox"/> Problemas de estómago | <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Los tumores | <input type="checkbox"/> úlceras | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas | |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez ha sido hospitalizado (enfermedad o lesión) | <input type="checkbox"/> Un fumador o ahumados previamente |
| <input type="checkbox"/> Tomando medicamentos para el control del peso (fen-phen) | <input type="checkbox"/> Tomar suplementos dietéticos |
| <input type="checkbox"/> Sin perjuicio de dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> MUJER: Tomando control de la natalidad |
| <input type="checkbox"/> Actualmente está recibiendo tratamiento para cualquier otra enfermedad | <input type="checkbox"/> MUJER: embarazada |

Si cualquier condición o alertas seleccionada por encima de las necesidades de una mayor aclaración, por favor explique a continuación:

¿Toma medicación previa con antibióticos para sus visitas al dentista? En caso afirmativo, explíquelo porfavor.

Nombre del médico y su especialidad:

Examen físico más reciente y propósito:

Describe cualquier tratamiento médico actual, la cirugía inminente, u otro tratamiento que posiblemente pueden afectar su tratamiento dental:

Una lista de todos los medicamentos, suplementos y / o vitaminas tomadas en los últimos dos años:

* Al marcar esta casilla, reconozco que la información anterior es correcta y entiendo que es mi responsabilidad Informar a la oficina de cualquier cambio en mi salud tan pronto como sea posible.

INFORMACIÓN DENTAL

¿Cómo calificaría la condición de su boca?

Excelente Buena Regular Mala

Nombre del dentista anterior y cuánto tiempo has estado allí un paciente:

Fecha del examen dental más reciente: _____

Fecha de las radiografías dentales recientes: _____

¿Cuál es su preocupación inmediata?

La historia personal, marque lo que corresponda:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tenido una experiencia dental desfavorable | <input type="checkbox"/> Tenido complicaciones de un tratamiento dental pasado |
| <input type="checkbox"/> Tuvo alguna reacción a anestésico local | <input type="checkbox"/> Tuvo problemas para entumecerse |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de ortodoncia | <input type="checkbox"/> Le han quitado algunos dientes <input type="checkbox"/> Su mordida ajustada |

Si alguna de las casillas marcadas necesitan más explicaciones, por favor describa:

Consentimiento para Servicios y Política Financiera

Como condición para el tratamiento por esta oficina, los acuerdos financieros deben hacerse con anticipación. La práctica depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su cuidado. Responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe ser determinada antes del tratamiento. Todo emergencia dental servicios, o cualquiera de los servicios dentales realizados sin acuerdos financieros anteriores, deben ser pagados en efectivo en el momento los servicios se llevan a cabo a menos otros arreglos se hagan.

Pacientes con seguro dental entienden que todos los servicios dentales son cargados directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable de pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar los formularios de seguros del paciente como una cortesía. Sin embargo, esta oficina dental no puede hacer los servicios en el supuesto de que nuestros cargos serán pagados por una compañía de seguros.

En contraprestación por los servicios profesionales prestados a mí por esta práctica, acepto pagar los cargos por los servicios en el momento del tratamiento. Yo más de acuerdo en que una renuncia de cualquier incumplimiento de cualquier condición de tiempo o a continuación no constituirá una renuncia de cualquier término o condición aún más y estoy de acuerdo en pagar todos los gastos y honorarios de abogado razonables si el juego se instituyó a continuación.

Doy mi permiso para que usted o su cesionario, a llamarme por teléfono para discutir esta declaración o mi tratamiento.

* **Al marcar esta casilla, entiendo la información anterior y estoy de acuerdo con su contenido. Esto servirá como mi electrónica firma para la forma de administración**

Reconocimiento de HIPAA

Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida se describe en la presente autorización.

Yo entiendo que en cualquier momento, esta autorización puede ser revocada, cuando la oficina que recibe esta autorización recibe una revocación por escrito, aunque que la revocación no será eficaz en cuanto a la divulgación de los registros cuya liberación he autorizado previamente, o donde otra acción se ha tomado en dependencia de una autorización que han firmado. Yo entiendo que mi cuidado de la salud y el pago por mi salud no se verán afectados si me niego a firmar este formar.

Entiendo que la información usada o divulgada, conforme a esta autorización, podría estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y, si es así, puede no ser sujetos a la ley federal o estatal la protección de su confidencialidad.

* **Al marcar esta casilla, entiendo la información anterior y estoy de acuerdo con su contenido. Esto servirá como mi electrónica firma para la Divulgación de la HIPAA.**

Yo entiendo que las leyes Estatales y Federales, así como los requisitos éticos y de otorgamiento de licencias imponen obligaciones con respecto a la confidencialidad del paciente que limitan la capacidad de hacer uso de determinados servicios o para transmitir cierta información a terceros. Entiendo la práctica dental se manifiesta y garantiza que serán, en todo momento durante los términos de este acuerdo y, posteriormente, cumplir con todas las leyes aplicables directa o indirectamente que puede ahora o en el futuro regir la recolección, utilización, transmisión, procesamiento, recepción, elaboración de informes, divulgación, mantenimiento y almacenamiento de la información de mi, y usar sus mejores esfuerzos para hacer que todas las personas o entidades bajo su dirección o control para cumplir con dichas leyes. Estoy de acuerdo en que la práctica dental tiene el derecho de controlar, recuperar, almacenar, subir y utilizar mi información en relación con la operación de dichos servicios, y está actuando en mi nombre en la posibilidad de subir la información de mi paciente. Yo entiendo la práctica dental hará todos los esfuerzos comercialmente razonables para mantener la confidencialidad de toda la información del paciente que se sube a la web sitio en mi nombre. Entiendo la práctica dental no puede y no asume ninguna responsabilidad de mi USO O MAL USO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE U OTRA INFORMACION TRANSMITIDA, SUPERVISADA, ALMACENADO, CARGADO O RECIBIDA UTILIZANDO EL SITIO O LOS SERVICIOS.

X _____

Fecha de respuesta ____ / ____ / ____