

Practice Specializing in Periodontics & Implant Dentistry

Registro de pacientes

Por favor imprima
sus respuestas

Garante/Parte Responsable

(Si no es paciente)

Nombre del paciente

Nombre del garante

Nombre Preferido

Dirección

Dirección

Ciudad/Estado/Código postal

Ciudad/Estado/Código postal

Número de teléfono

Estado civil: Soltero Casado

Apartado Divorciado Viudo

Género: Masculino Femenino

Pronombres él/él Ella/ella

preferidos: Ellas/Ellos

Fecha de nacimiento

Contacto de Emergencia

Esta no es una autorización HIPAA

Nombre

Número de teléfono

Relación con el paciente

Fecha de nacimiento

Número de seguro social

Información del contacto

Casa Trabajar Celular

correo electrónico

Empleador

Ocupación

Seguro dental primario

Seguro Dental Secundario

Nombre de la compañía de seguros

Nombre de la compañía de seguros

Número de identificación

Número de grupo

Número de identificación

Número de grupo

Nombre del grupo

Nombre del grupo

Número de teléfono del seguro

Número de teléfono del seguro

Nombre del suscriptor (si es diferente al del paciente)

Nombre del suscriptor (si es diferente al del paciente)

Fecha de nacimiento del suscriptor

Fecha de nacimiento del suscriptor



**PERIODONTAL
ASSOCIATES**

Formulario de Historia Médica

Ross Kline, DMD
Michael Vener, DMD

Fecha: _____

Nombre(s) de apellido: _____ Nombre(s): _____

Fecha de nacimiento: _____

La enfermedad periodontal es causada por una combinación de factores complejos. Las siguientes preguntas nos ayudan a identificarlos. El éxito de la terapia depende de esto. Por lo tanto, aunque algunas de las siguientes preguntas pueden parecer no relacionadas con su condición individual, todas están asociadas con el manejo medico adecuado de su condición bucal y se mantentran en estricta confidencia.

Historia Médica

Nombre de su médico: _____ Ciudad/Estado: _____

Teléfono: _____ Fecha de su último examen medico: _____

Si No ¿Está ahora bajo tratamiento médico? Si es así, ¿por que causa? _____

Si No ¿Alguna vez ha sido hospitalizado? Si es así, ¿por qué rason? _____

Si No ¿Ha habido algún cambio en su salud durante el último año?

Si No ¿En el pasado, le han aconsejado que tome antibióticos antes de sus citas dentales?

Si No ¿Hoy tiene que tomar antibióticos antes de su cita dental?

Si No ¿Fuma cigarros o vapear? Si es así, ¿por cuánto tiempo? _____

Si No ¿Utiliza alguna otra forma de tabaco o producto de nicotina? Si es así, ¿de qué tipo? _____

Si No ¿Ha fumado o usado nicotina en el pasado? Si es así, ¿cuándo dejaste de hacerlo? _____

Si No ¿Utiliza marihuana prescrita médicamente? En caso afirmativo, ¿por qué método? _____

¿Eres alérgico(a) o reaccionas adversamente a cualquiera de los siguientes productos?

Si No

Anestésico (Novacaine)

Aspirina

Barbitúricos, sedantes, somníferos

Codeína u otros narcóticos

Si No

Ibuprofeno (Motrin)

Látex

Penicilina

Otros productos? _____

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas? Marque Sí o No.

Si No

Asma, alergias o problemas respiratorios

Artritis, reumatismo

Problemas de sangramiento anormales

Dolor en pecho, dificultad para respirar

Prótesis de válvula cardíaca

Diabetes

Epilepsia o convulsiones

Glaucoma

Soplo cardíaco/Prolapso de la válvula mitral

Hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado

Si No

Problemas cardíacos o derrames cerebrales

VIH/SIDA positive

Presión arterial alta o baja

Marcapasos cardiacos

Articulaciones protésicas (caderas/rodillas/etc)

Úlceras de estómago o duodenales

Tratamientos de radiación

Cirugía de los senos nasals

Tuberculosis

¿Alguna otra condición médica? _____

Preguntas para las mujeres

Si No

¿Está embarazada?

¿Es posmenopáusica?

Si No

¿Toma anticonceptivos?

¿Toma medicamentos o suplementos hormonales?

(Continue en la siguiente pagina)

Historia Dental

Marque Sí o No las siguientes preguntas.

Si No ¿Tiene algun dolor ahora?

Si No ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por enfermedad periodontal?

Si No ¿Le sangran las encías mientras se cepilla o usa hilo dental?

Si No ¿Tiene dientes flojos?

Si No echina o aprieta los dientes o la mandíbula durante el día o la noche?

Si No ¿Tiene dolor o sensibilidad de dientes?

Si No ¿Tiene dolor en otra parte de la cara o la mandíbula?

Si No ¿Alguna vez le han enderezado los dientes con Ortodoncia Si es así, ¿cuándo?

Si No ¿Utiliza hilo dental, palillos de dientes, irrigación con agua u otros dispositivos? ¿con qué frecuencia? _____

Si No ¿Usa dentadura postiza?

Si No ¿Tiene apnea obstructiva del sueño? Si es así, ¿usa un dispositivo de CPAP por la noche? _____

¿Cuánto tiempo ha sabido acerca de su condición de las encías? _____

¿Cada cuanto te cepillas los dientes? _____

¿Con qué frecuencia te hacen una limpieza dental profesional? _____

Información de su dentista general

Doctor o nombre de la oficina dental: _____

Teléfono: _____

Medicinas

¿Está tomando actualmente alguna de las siguientes medicinas? Seleccione si o no.

Si No

Antibióticos

Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)

Aspirina

Medicinas para la presión arterial alta

Medicinas para la diabetes: _____

Medicinas para la densidad ósea _____

(como Boniva, Fosamax, Actonel o Reclast)

Si No

Cortisona (esteroides)

Medicinas para el corazón _____

Nitroglicerina

Tranquilizantes

Otros Medicinas: _____

Información de su Farmacia

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Certifico que la información proveida es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento desde la fecha siguiente:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____



Practice Specializing in Periodontics & Implant Dentistry

Acuse de Recibo de Políticas de Privacidad

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Iniciales Por la presente reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Periodontal Associates. Al firmar a continuación, entiendo que doy mi permiso para que usen y divulguen mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica. También entiendo que tengo derecho a revocar el permiso.

OPCIONAL:

Iniciales Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a discutir mi cuenta, incluidos, entre otros, saldos, fechas y horas de citas, procedimientos programados y comunicaciones con Periodontal Associates:

Consentimiento para el tratamiento

Iniciales Por la presente doy mi permiso a Periodontal Associates para la evaluación y tratamiento de mi condición dental. Solicito que se me brinden servicios periodontales (o al paciente mencionado anteriormente) en Periodontal Associates. Estos servicios pueden incluir, entre otros: servicios de diagnóstico, terapéuticos, de imágenes y de laboratorio. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la salud dental no son una ciencia exacta; no se me han dado garantías sobre los resultados de los tratamientos, exámenes o servicios.

Consentimiento para imágenes

Iniciales Entiendo que Periodontal Associates requiere el uso de imágenes de diagnóstico, radiografías y/o fotografías para proporcionar una evaluación completa de la boca de cada paciente. Las imágenes de diagnóstico se pueden utilizar para: fines de identificación, registros de seguros, investigación médica y/o preparación para el tratamiento.

Ocasionalmente, la práctica utiliza estas imágenes con fines educativos o materiales promocionales que incluyen radiografías o fotografías de antes y después. En ningún momento se compartirá públicamente mi información privada o cualquier característica identificable.
(Marque una opción a continuación).

____ Esté bien usar imágenes para material educativo y/o promocional.

____ Absténgase de utilizar imágenes, excepto con fines de diagnóstico y tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Practice Specializing in Periodontics & Implant Dentistry

Política financiera de la oficina

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Acuerdo de cita tardía y perdida

*Periodontal Associates cree en respetar el tiempo de nuestros pacientes y hace todo lo posible para garantizar el cumplimiento oportuno de las citas. En el mismo sentido, nuestra práctica solicita que si va a llegar más de 5 minutos tarde a su cita, notifique de inmediato a la oficina. Después de 10 minutos después de la hora acordada, la cita se considera perdida y puede registrarse como una cita interrumpida.

*Requerimos un aviso de cancelación mínimo de 2 días hábiles para todos los exámenes, procedimientos quirúrgicos y de mantenimiento. Si no se recibe este aviso, la práctica se reserva el derecho de cobrar por citas perdidas o rotas. Entendemos que surgen situaciones difíciles que están fuera de su control y consideraremos renunciar a la primera tarifa de cancelación como cortesía.

*Los cargos por citas perdidas son los siguientes:

- Visitas de Higiene/Mantenimiento Periodontal: \$50.00
- Exámenes médicos, incluidas las consultas: \$50.00
- Raspado/cepillado radicular: \$75.00 por cuadrante
- SVisita quirúrgica: \$100.00 por hora programada

Acuerdo de facturación

El pago vence en el momento de la cita para todos los procedimientos, ya sea que el paciente esté asegurado o no. La falta de pago de los saldos puede resultar en varios intentos de cobrar el saldo por parte de Periodontal Associates. Si no tenemos éxito en estos intentos, la cuenta puede ser enviada a nuestra agencia de cobranza para su procesamiento. Si la cuenta procede a cobros, no se pueden hacer citas futuras y la práctica se reserva el derecho de cancelar cualquier cita programada futura.

Pacientes con Seguro

Para mi conveniencia, esta oficina puede divulgar mi información a mi compañía de seguros para recibir un reembolso.

*Entiendo que todos los copagos estimados vencerán en el momento del servicio y el seguro se facturará en mi nombre.

*Entiendo que las estimaciones preparadas no son copagos finalizados para los procedimientos, y mi compañía de seguros tomará la determinación final una vez que se procesen y paguen los reclamos. Es posible que se deba pagar una factura después de que se complete este proceso.

Periodontal Associates no acepta ninguna responsabilidad por aquellos que decidan no leer o aceptar la política; la política aún se aplicará.

He leído y acepto las políticas anteriores con respecto a los procedimientos de facturación de Periodontal Associates.

Firma del paciente

Fecha