

Formulario para la Historia de Salud

Email: Fecha de hoy:

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre: <i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>2o Nombre</i>	Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i> ()	Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i> ()
Dirrección: <i>Dirrección postal</i>	Ciudad:		Estado:	Código postal:
Ocupación:	Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F
SS# o ID del Paciente:	Contacto en Emergencias:	Parentesco:	Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ()	Teléfono celular: <i>Incluya código del área</i> ()
Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?				
<i>Su Nombre</i>		<i>Parentesco</i>		
Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:			<i>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</i>	
Tuberculosis activa			SÍ	NO NS
Tos persistente de más de 3 semanas de duración			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos que produce sangre			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.				

Información Dental *En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.*

SÍ NO NS		SÍ NO NS	
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre de boca seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está fluorada el agua que llega a su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebe usted agua embotellada o filtrada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, con qué frecuencia? <i>Marque su respuesta con un círculo:</i> A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE			
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre de dolor de oídos o del cuello?			
Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?			
Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?			
Tiene lesiones o úlceras en su boca?			
Usa dentaduras (placas) completas o parciales?			
Participa en actividades enérgicas de recreación?			
Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?			
Fecha de su último examen dental: Qué le hicieron en esa ocasión?			
Fecha de su última radiografía dental:			
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?			
Cómo se siente con su sonrisa?			

Información Médica *Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.*

SÍ NO NS		SÍ NO NS	
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico: <i>Nombre</i>	Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ()		
Dirección/Ciudad/Estado/Código:			
Se encuentra usted sano/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, qué condición le están tratando?			
Fecha de su último examen médico:			
Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?			
Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?			
Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:			

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

<p>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</p> <p>Usa lentes de contacto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____</p> <p>Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha del comienzo del Tratamiento: _____</p> <p>Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción.</p> <p>Anestésicos locales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Aspirina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Penicilina u otros antibióticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sulfas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Codeína u otros narcóticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Usa sustancias reguladas (drogas)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA</p> <p>Bebe bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____</p> <p>Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____</p> <p>SÓLO MUJERES Está usted:</p> <p>Embarazada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Número de semanas: _____</p> <p>Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Amamantando? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Metales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Látex (goma) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Yodo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Polen (fiebre del heno)/estacional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Animales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alimentos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	---

Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Válvula cardíaca artificial (prótesis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Previa endocarditis infecciosa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Válvulas dañadas en corazón transplantado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)				Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
ECC cianótica, sin reparar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Bronquitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Reparada en los últimos 6 meses (completamente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
ECC reparada con defectos residuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Sinusitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i>				Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Sí No NS				Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Dolor crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Arterioesclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Diabetes Tipo I o II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Trastornos de alimentación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Daño en las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Malnutrición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Reflujo G.E./ardor persistente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Derrame cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?

Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____ Teléfono: *Incluya código del área* ()

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?

Explique por favor: _____

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/Apoderado: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____

HIPPA – PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Protección Federal para la privacidad de la información personal y la información de salud están vigentes. El Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA de esta oficina dental está disponible en la recepción cuando se solicite. Su firma indica que usted está consciente y acepta las prácticas de privacidad de esta oficina.

Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE ARBITRAJE

Esta práctica dental se compromete a proporcionar a los pacientes servicios de atención dental en consideración por el pago recibido. Al firmar esta cláusula de arbitraje, usted acepta que cualquier disputa que surja por cualquier negligencia dental será resuelto por arbitraje neutral y que está renunciando a su derecho a un juicio por jurado o tribunal. El acuerdo de arbitraje que usted está aceptando está disponible en la recepción cuando se le solicite.

- He leído el material disponible en la recepción.
- Me gustaría solicitar una copia impresa para llevar conmigo.

Autorización del Acuerdo de Arbitraje: _____ Fecha: _____

SOCIAL MEDIA AUTHORIZATION

En Optima, nos esforzamos por crear un ambiente familiar para nuestros pacientes. Interactuamos regularmente con nuestros pacientes y la comunidad a través de las redes sociales. Necesitamos su consentimiento por escrito si desea que incluyamos su sonrisa en nuestras redes sociales.

- Puede usar mi nombre y foto en la galería de su sitio web y en las redes sociales. Esto puede incluir Facebook, Google+, Twitter, Instagram y Pinterest.
- Puede usar mi foto como se mencionó anteriormente, pero sin nombre.
- Preferiría que mi sonrisa no aparezca en línea.

POLIZA FINANCIERA

En un esfuerzo por mantener las tarifas de tratamiento al mínimo mientras mantenemos un alto nivel de atención profesional, hemos establecido la siguiente política financiera para nuestra oficina. Por favor, siéntase libre de discutir nuestros honorarios con nosotros en cualquier momento. Antes de comenzar cualquier tratamiento dental, el paciente y / o la parte responsable recibirán una consulta sobre el plan de tratamiento y el costo.

Requerimos el pago completo por la porción, no cubierta por el seguro dental, de los servicios dentales a ser prestados. Para los procedimientos que requieren varias citas para completar, el pago puede dividirse en el número de citas requeridas. Cualquier otro acuerdo financiero se hará sólo a discreción del administrador financiero y / o del doctor. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, Amex, Visa, MasterCard, Discover y, bajo petición, también podemos proporcionar información sobre compañías financieras para ayudar con el costo de sus procedimientos dentales, como Care Credit. Las solicitudes de crédito para tales opciones de financiamiento están disponibles bajo petición.

Como cortesía a nuestros pacientes con seguro, presentaremos su reclamo de seguro, permitiéndole pagar sólo su deducible y / o co-pago estimado a medida que se presten los servicios. Recuerde que el contrato es entre usted y su compañía de seguros y su saldo total en nuestra oficina es siempre su responsabilidad. Tenga en cuenta que se permiten 60 días para que la reclamación dental sea pagada en su totalidad. Hacemos todo lo posible para darle una estimación exacta de cuál será su porción de nuestros honorarios, en base a la información que nos haga disponible. Sin embargo, no tenemos ninguna manera de garantizar los términos reales de su póliza. Si por cualquier razón hay un saldo restante después del pago de su compañía de seguros, se le enviará declaración. Cualquier disputa de cobertura o el monto del reembolso es entre usted y su compañía de seguros. Al aceptar esta póliza, usted acepta todas estas condiciones.

En Optima Dentistry, programaremos nuestras citas para proporcionar a cada paciente nuestra total atención. Para lograr esto, necesitamos una confirmación con 24 horas para todas las citas. Tenga en cuenta que se le cobrará por cancelaciones con menos de 24 horas de aviso la tarifa de \$ 50.00 para citas de examen / higiene y \$ 75.00 para citas de procedimientos dentales. También tenga en cuenta que cualquier tipo de depósitos y / o pagos hacia los servicios rendidos por Optima Dentistry no serán reembolsado. Si el paciente cambia de opinión por cualquier razón durante el tratamiento, el paciente será responsable de todos los costos incurridos, incluyendo los costos de laboratorio.

Una cuenta con un saldo no pagado después de 60 días se enviará a una agencia de cobros. En ese momento, usted será responsable de todos y cada uno de los costos incurridos en el cobro de su deuda desde la última fecha de servicio, como honorarios de abogados, honorarios judiciales y cualquier otro cargo asociado con el cobro de su deuda.

Los registros originales incluyendo las radiografías son propiedad de esta oficina. Si lo desea, le proporcionaremos una copia de su registro o radiografías para una tarifa de duplicación nominal de \$ 25.

Apreciamos su confianza en la elección de nuestra oficina. Por favor, no dude en consultar con un miembro del personal si tiene alguna pregunta sobre esta póliza financiera.

He leído, entendido y estoy de acuerdo con la Póliza Financiera de Optima Dentistry.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____