

Nos Gustaria Conocerlo Mejor!

Fecha _____

Nombre _____ Telefono de casa(____) _____ - Trabajo(____) _____ -

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

E-mail _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____ - _____ -

Licencia de Manejar # _____ Estado Civil _____ Nombre de su Pareja _____

Ocupacion _____ Empleador _____ Horario de Trabajo _____

Contacto de emergencia _____ Telefono _____

Ultima vez que fue al dentista? _____ Persona responsable del costo del tratamiento dental _____

Quien lo recomienda a Nuestra oficina? _____ Porque dejo a su ultimo dentista? _____

Queremos Atender sus Necesidades Dentales

Actualmente cuales son sus problemas dentales? _____

Usted evita alguna parte de la boca al cepillarse? Si No

Le sangran las encias al cepillarse? Si No

Son sus dientes sensibles a lo dulces, frio/caliente, o presion al morder? Si No

Quiere saber de soluciones que duren mas, pero pueden ser mas costosas? Si No

Esta insatisfecho con la apariencia de sus dientes? Si No

El tratamiento dental le pone nervioso?
 No Muy Poco Mas o Menos muy

Yo pienso que mi presente salud dental es:
 Excelente Buena Mala

Si pudiera cambiar mi sonrisa, yo haria mis dents mas:
 Blancos Derechos Cerrar los espacios Reparar los dientes despostillados

Otras preguntas que quiera hacernos? _____

Informacion Del Seguro Dental

Quien tiene el seguro _____ Cual es el Seguro Social # _____ - _____ -

Fecha de nacimiento _____ Empleador _____ Nombre del Seguro Dental _____

Telefono del Seguro Dental _____ Numero del Grupo _____ Domicilio _____

Esta cubierto por otro seguro dental? Si No

Quien tiene el seguro _____ Cual es el Seguro Social # _____ - _____ -

Fecha de nacimiento _____ Empleador _____ Nombre del Seguro Dental _____

Telefono del Seguro Dental _____ Numero del Grupo _____ Domicilio _____

INFORMACION DE SALUD

Nombre _____
 Sexo _____ Edad _____ altura _____ peso _____
 Fecha ____/____/____ Ocupacion _____

Instrucciones

Favor de circular su respuesta. Su informacion es confidencial.

Esta en buena salud? Si No
 Ha cambiado algo en su salud general? Si No
 Mi ultima examinacion fisica fue? ____/____/____
 Esta bajo cuidado medico? Si No
 Que condicion o enfermedad le estan tratando? _____
 El nombre y direccion de mi doctor es _____

Ha tenido enfermedad o operacion seria? Si No
 Si su respuesta es si, Cual? _____
 Ha sufrido de de una enfermedad seria en los ultimos 5 años? Si No
 Tiene tos persistente o tos con sangre? Si No
 Tiene baja presion? Si No
 Enfermedades venereas? Si No
 Tiene SIDA o es positivo de HIV? Si No
 Algun otra enfermedad? Si No
 Ha tenido sangrado abnormal asociado a extracciones, Cirugias, o traumas anteriores? Si No
 Se le forman moretones facilmente? Si No
 Ha requerido de tranfusiones de sangre? Si No
 Si su respuesta es si, explique las circunstancias _____

Tiene algun desorden de sangre?(por ejemplo anemia) Si No

Ha tenido alguna cirugia o tratamiento de rayos x asociadas con tumores bocales / labiales? Si No
 Esta tomando medicamentos / drogas? Si No
 Si su respuesta es si, Que toma? _____

Porfavor indique si esta tomando algo de lo siguiente:

Antibioticos o drogas sulfaticas Si No
 Anticuagutes Si No
 Medicamentos para alta presion Si No
 Tranquilizantes Si No
 Cortisona (esteroides) Si No
 Aspirina Si No
 Insulina Si No
 Medicamentos para el corazon Si No
 Nitroglicerina Si No
 Fen-Phen (presentemente / pasado) (Ionimin, Adipex, Phentermine, Fastin, Pondimin (Fenfluramin), and Redux (dexfenfluramine)) Si No
 Anticonceptivos orales Si No
 Si su respuesta es si, cuales? Si No
 Tiene soplos en el corazon? Si No
 Tiene implantes o ocupa aparatos prosteticos? (ejemplo, en las rodillas, codos etc) Si No

Toma bebidas alcoholicas? Si No
 Fuma? Si No
 Cuanto? Si No
 Sufre de Sufre de algunas de estas enfermedades:
 Fiebre o corazon reumatico? Si No
 Lesiones del corazon congenitos Si No
 Problemas cardiovasculares? problemas/ataques orazon, alta presion, arterisclurosis, infartos etc.) Si No
 Le duele el pecho cuando se exalta? Si No
 Le hace falta respiracion despues de poco ejercicio? Si No
 Le hace falta respiracion cuando se acuesta Y necesita almohaas extra al acostarse? Si No
 Es alergico a algo? Si No
 Sufre de asma? Si No
 Enfermedades de piel? Si No
 Mareos, desmayos o ataques cerebrales Si No
 Diabetes Si No
 Horina mas de 6 veces al dia Si No
 Le da mucha sed Si No
 Se le seca la boca mucha Si No
 Hepatitis (problemas del higado) Si No
 Artritis? Si No
 Reumatismo? Si No
 Ulcera estomacal? Si No
 Problemas de rinones? Si No
 Tuberculosis? Si No
 Es alergico a:
 Anestesia local Si No
 Penicilina o otros antibioticos Si No
 Sedantes o pastillas para dormir Si No
 Drogas sulfaticas Si No
 Aspirina Si No
 Iodina Si No
 Latex Si No
 Alguna otra cosa _____

Ha tenido problemas anteriores con tratamiento Dental Si No
 Si su respuesta es si, explique _____
 Esta o es posible que este embarazada? Si No
 Si su respuesta es si, cuando se alivia? ____/____/____

Yo certifico que esta informacion es correcta y si Hay algun cambio soy responsable de notificarles.

Paciente/padre _____ Fecha _____
 Doctor _____ Fecha _____

Informacion para la oficina

Cambios
 Paciente/padre _____ Doctor _____
 Paciente/padre _____ Doctor _____
 Paciente/padre _____ Doctor _____

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD CONFORME CON LA LEY HIPAA

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Numero del Expediente
Dirección del paciente		

Yo, o mi representante autorizado, solicito(a) que la información de salud con respect a mi cuidado y tratamiento se revele según se establece en este formulario:

De acuerdo con las Leyes del Estado de Nueva York y las Normas de Privacidad de la Ley de responsabilidad y transferibilidad de seguros médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act-HIPAA) de 1996, comprendo que:

1. Esta autorización puede incluir la revelación de información relacionada con el **USO EXCESIVO DE ALCOHOL Y CONSUMO DE DROGRAS, TRATAMIENTO PARA LA SALUD MENTAL**, except las anotaciones de psicoterapia y la **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si escribo mis iniciales en la línea correspondiente en el punto número 9(a). En el caso de que la información de salud descrita a continuación incluya a cualquiera de estos tips de información, y yo escriba mis iniciales en la línea de la casilla número 9(a), autorizo específicamente a revelar tal información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.
2. Si autorizo a revelar información relacionada con el VIH, tratamiento contra el alcoholismo o las drogas o tratamiento para la salud mental, se le prohíbe a la persona que recibe la información volver a revelar tal información sin mi autorización a menos que las leyes federales o estatales así lo permitan. Comprendo que tengo derecho a solicitar una lista de personas que puedan recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si experiment discriminación debido a la revelación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York (New York Division of Human Rights) en el (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Commission of Human Rights) en el (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
3. Tengo derecho a revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de cuidados de salud mencionado abajo. Comprendo que puedo revocar esta autorización except en la medida que ya se haya realizado alguna acción basada en esta autorización.
4. Comprendo que esta autorización se firma voluntariamente. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad en cuanto a los beneficios no dependerá de mi autorización a esta revelación.
5. La información revelada bajo esta autorización podía volver a ser revelada por quien la recibe (except como se indica arriba en el punto 2), y las leyes federales o estatales pueden no seguir protegiendo esta nueva revelación.
6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA A USTED PARA HABLAR ACERCA DE MI ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE APARTE DEL ABOGADO O DE LA AGENCIA GUBERNAMENTAL ESPECIFICADA EN EL PUNTO 9(b).**

7. Nombre y dirección del proveedor de salud o de la entidad para revelar esta información:

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de la persona a quien se le enviará esta información:

<p>9(a). Especifique la información que se va a revelar:</p> <p><input type="checkbox"/> Expediente medico de (escriba la fecha): _____ a (escriba la fecha): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Expediente medico complete, incluyendo historiales del paciente, anotaciones en el consultorio (except la anotaciones de psicoterapia), resultados de análisis, estudios radiológicos, películas, Remisiones, consultas, expedients de factures, expedients de seguros y expedients que le enviaron a usted otros proveedores de cuidados de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____ Incluye: <i>(Indique escribiendo sus iniciales)</i></p> <div style="margin-left: 300px;"> <p>_____ Tratamiento contra el alcoholismo/las drogas</p> <p>_____ Información de Salud Mental</p> <p>_____ Información relacionada con el VIH</p> <p>_____ Prueba de Genetica</p> </div>

Autorización para hablar sobre la Información de Salud	
(b) <input type="checkbox"/> Al escribir las iniciales aquí _____ yo autorizo a _____	Iniciales Nombre del proveedor de cuidados de salud del individuo

Para hablar acerca de mi información de salud con mi abogado o agencia gubernamental, anotada aquí:

(Nombre y Firma del abogado o Nombre de la Agencia gubernamental)
--

10. Motivo por el cual se revela la información: <input type="checkbox"/> Solicitado por el individuo <input type="checkbox"/> Otro:	11. Fecha o momento de vencimiento de esta autorización:
12. Si el paciente no firma, escriba el nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad legal para firmar en nombre del paciente:

Se han completado todos los puntos de este formulario y se han contestado mis preguntas sobre el mismo. Además, se me ha entregado una copia de este formulario.

Fecha: _____

Firma del paciente o representante autorizado ante la ley.

* El Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el SIDA. Las Leyes de Salud Pública del Estado de Nueva York (New York State Public Health Law) protegen la información que razonablemente puede identificar a alguien con síntomas o infección por VIH y la información con respect a quienes hayan tenido contacto con esa persona.