



Informacion Sobre El Paciente

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Como se entero de nuestra oficina? _____

Numero de Celular: _____

Numero de Casa: _____

Numero del trabajo: _____

Correo Electronico: _____ Numero de Licencia: _____ Seguro Social: _____

Nombre del Empleador: _____ Ocupacion: _____

Direccion del Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Contacto de Emergencia: _____ Numero de Telefono: _____

Sexo: Masculino__ Femenino__ No Especificado__ Estado Marital: Casado__ Soltero__ Divorciado__ Separado__ Viudo__

Si es casado, nombre del esposo(a): _____

Metodo de Pago Preferido: Financeo Tarjeta de Credito Efectivo Asegurancia Miembro
Familiar 401K Asegurancia de Vida Credito Hipotecario

Habitos Dentales

Cada cuanto se cepilla los dientes? __Semanalmente __1 vez al dia __2+ veces al dia

Cada cuanto usa el hilo dental? __Raramente/Nunca __Diario __Otro

Cada cuanto visita el dentista? __1+ al año __Cada pocos años __Raramente/Nunca

Nombre del Dentista (si aplica)

Ultima Visita (Mes/Año)



CONSENTIMIENTO HIPAA

Consentimiento para la divulgación de información para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) requiere que Prosthodontal le pongan a su disposición una descripción de cómo su información médica puede ser usada o divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información.

Esto se llama Aviso de Prácticas de Privacidad y hay copias disponibles en el escritorio de la recepcionista y en la sala de espera.

Reconozco que una copia de este aviso se ha puesto a mi disposición.

_____ Iniciales

Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, usted puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o para revelarla a partes relevantes para cualquier propósito. Si usted nos da autorización, usted puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras estuvo en efecto. A menos que usted nos dé autorización escrita, no podemos usar o divulgar su información de salud.

Además de lo anterior, autorizo lo siguiente:

1. Mi condición médica e información pueden ser discutidas con las siguientes personas:

Nombre: _____ Parentesco _____

Nombre: _____ Parentesco _____

2. Dejar mensaje en el correo de voz de mi teléfono o contestador automático Si__ No__

3. Dejar un mensaje con una persona que contesta el teléfono de mi casa? Si__ No__

4. Recibir correo en casa de nuestra clínica que no sea de estados de cuenta? Si__ No__

5. Llamar a mi trabajo y dígame quién está llamando si se le pregunta. Si__ No__ N/A__

6. Dejar un mensaje de voz en mi teléfono del trabajo? Si__ No__ N/A__

Yo, _____, autorizo a Prosthodontal a usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo mi tratamiento, obtener pagos y para operaciones de atención médica.

Firma del Paciente (o Representante del Paciente)

Fecha

Nombre del Paciente (o Representante del Paciente)



Historial de Salud del Paciente

Para entender su salud oral, debemos aprender acerca de su historia general de salud. Su historial de salud y sus medicamentos pueden afectar su plan de tratamiento de salud oral. Responder a las siguientes preguntas ayudará a nuestros dentistas a crear un plan de tratamiento apropiado para usted teniendo en cuenta su salud en general. Sus respuestas a las siguientes preguntas son confidenciales y están protegidas por todas las leyes sanitarias aplicables.

Cuando fue la ultima vez que tuvo un examen fisico? _____ Estatura: _____ Peso: _____ Se encuentra actualmente en buen estado de salud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro: _____ En el último año, ha tenido algún cambio en su salud en general? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Está siendo tratado actualmente por un médico por alguna condición de salud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso que si, enumere las condiciones por las que está siendo tratado: _____ Durante los últimos 5 años, ha estado hospitalizado por alguna razón? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso que si, describa la razón por la que fue hospitalizado: _____

¿Alguna vez ha tenido, o tiene actualmente, alguna de las siguientes condiciones? (Por favor marque todas las condiciones aplicables):

Diabetes	Fiebre reumatica	Presion arterial alta
Bajo Nivel de Azucar	Tiroides	Presion arterial baja
Accidente cerebrovascular	Enfermedad renal	Dialisis
Convulsiones, Epilepsia	Artritis	Reemplazo prostetico de articulaciones
Enfermedades contagiosas	Enfermedades de transmision sexual	Dolor toracico o angina
Ataque cardiaco	Latidos cardiacos irregulares	Marcapasos cardiaco
Cirugia a corazon abierto o Angioplastia	Tobillos inchados	Bronquitis y/o neumonia
Tos cronica	Asma	Fiebre del heno/Sinusites
Tuberculosis	Enfisema	Dificultad para respirar
Algun tipo de problema pulmonar	Transtornmo sanguineo como anemia	Desarolla moretones facilmente?
Respiracion prolongada o intensa	Transfucion sanguinea	Cancer, tumor, u otro crecimiento
Radiacion/Quimioterapia	Depresion	Enfermedad ocular/Glaucoma
Aparatos dentales removibles	Usa lentes de contacto?	Dolor en la mandibula (TMJ)
Hipertermia Maligna	Reaccion a la anestesia	Discapacidad
Fuegos labial	Fuma?	Consume alcohol?
Problemas de salud mental	Deterioro fisico	Alguna otra condicion?

MEDICAMENTOS

Esta tomando actualmente alguno de los siguientes medicamentos?

- Anticoagulantes Si No
- Pastillas para dormir Si No
- Cortisona Si No
- Otro medicamentos? (Por favor enumere todos lo que apliquen):

Está tomando actualmente o alguna vez ha tomado alguno de los siguientes medicamentos para tratar la osteoporosis o el cáncer?

- Skelid** (Tiludronate) **Bovina** (Ibandronate) **Didronel**
Zometa (Zoledronic) **Actonel** (Risedronate)
Aredia (Pamidronate) **Fosamax** (Alendronate)

ALERGIAS

Es alérgico o alguna vez ha tenido una reacción a cualquiera de los siguientes?

- Anestesia local Si No
- Penicilina o antibioticos Si No
- Sulfamida Si No
- Barbitúricos, sedantes o somniferos Si No
- Aspirina Si No
- Codeína u otros narcóticos Si No
- Otro medicamentos? (Por favor enumere todos lo que apliquen):

Para Mujeres: Existe alguna posibilidad de que pueda estar embarazada? Si No
Esta amamantando? Si No
toma píldoras anticonceptivas? Si No

Hay alguna otra condición relacionada con su salud de la cual el médico debe saber? Si No
Si es así, por favor explique: _____

Medico de cabecera: Nombre: _____ Telefono: _____
Otros medicos o especialistas: Nombre: _____ Telefono: _____
Nombre: _____ Telefono: _____
Nombre: _____ Telefono: _____

Por la presente certifico que he leído y entendido lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hubiera, sobre el cuestionario anterior de historia de salud han sido contestadas a mi satisfacción. No responsabilizaré a mi cirujano ni a ningún miembro de su personal por cualquier error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma del Paciente _____ Fecha _____ Revisado: _____

Notas del Doctor: _____



CUESTIONARIO DE CONDICIÓN DENTAL DEL PACIENTE

CUESTIONARIO SOBRE LA CONDICIÓN DENTAL	SI	NO
Está experimentando dolor en las encías y/o los dientes?		
Le gusta el aspecto de sus dientes?		
Cree que la apariencia de sus dientes afecta su confianza?		
Está limitado en los alimentos que puede comer?		
Está experimentando problemas del habla claramente debido a problemas dentales?		
Utiliza actualmente prótesis dentales parciales?		
Utiliza actualmente dentaduras postizas completas?		
Experimenta sensibilidad a la presión, a los dulces, al frío o al calor?		
Muele sus dientes?		
Alguna vez se ha sometido a una cirugía de las encías?		
Le sangran o le duelen las encías?		
Tiene algún diente suelto?		
Ha perdido algún diente?		
Se le ha quitado o extraído alguno de sus dientes?		
Alguna vez le han cambiado alguno de sus dientes?		

Como parte de su consulta inicial con el paciente, tomaremos una tomografía computarizada 3D para ayudar a nuestros médicos a hacer un diagnóstico de su salud oral y crear un plan de tratamiento para usted. La gammagrafía es una herramienta de diagnóstico importante porque permite a nuestros médicos ver imágenes precisas de sus dientes y huesos. Durante su consulta, nuestro equipo le educará sobre su salud oral, los posibles planes de tratamiento disponibles para usted, los costos y el financiamiento. Nuestra meta es ayudarlo a tomar una decisión informada sobre su salud oral.

Autorizo a Prosthodontal a tomarme una tomografía computarizada 3D de diagnóstico y entiendo que las imágenes son solo para uso interno.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha



Cuestionario de detección de pacientes con COVID-19

PATIENT COVID-19 SCREENING QUESTIONNAIRE	SI	NO
Tiene fiebre o se ha sentido caliente o febril recientemente?		
Tienes dificultad para respirar u otras dificultades para respirar?		
Tiene tos?		
Algún otro síntoma similar a la gripe, como malestar gastrointestinal, dolor de cabeza o fatiga?		
Ha experimentado una pérdida reciente del gusto o del olfato?		
Está en contacto con alguna persona confirmada con COVID-19 positivo?		
Tiene más de 60 años?		
Tiene enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, diabetes o cualquier trastorno autoinmune?		
Ha viajado en los últimos 14 días a cualquier región afectada por COVID-19?		

Confirmo que no estoy presentando ninguno de los síntomas de COVID-19 mencionados anteriormente.

Firma: _____

Fecha: _____



Comunicado de prensa de Prosthodontal

Yo _____ por la presente otorgo permiso a Prosthodontal y sus agentes para usar, divulgar y reproducir mi nombre y/o iniciales que representan mi nombre, edad, mi imagen, así como fotografías, cintas de video y/o grabaciones ("Imágenes") hechas de mí que surjan de mi tratamiento y declaraciones hechas por mí y que se muestran a continuación ("Declaraciones") para materiales promocionales que incluyen folletos, comunicados de prensa, sitios web, redes sociales y materiales educativos.

y las actividades de Prosthodontal. Entiendo que las Declaraciones pueden utilizarse total o parcialmente, y pueden parafrasearse, ampliarse, acortarse o modificarse para cumplir con los requisitos de redacción, maquetación o guion, siempre que se mantenga el sentido general. Acepto que Prosthodontal pueda utilizar un actor o modelo para representarme en cualquier material que utilice las Declaraciones.

Renuncio a todos los derechos de inspeccionar y aprobar los materiales de promoción, educativos y publicitarios terminados, utilizando mis Declaraciones o Imágenes y renuncio a cualquier derecho a regalías u otra compensación que surja de o esté relacionada con el uso o la divulgación de mis Imágenes y/o Declaraciones.

Libero a Prosthodontal y sus empleados, agentes, servidores y fideicomisarios de toda responsabilidad (incluidos los honorarios de abogados), pérdida o resultados adversos que puedan surgir, incluido, entre otros, del uso de lo anterior para los fines indicados anteriormente.

Reconozco que he leído y comprendido lo anterior y acepto estar sujeto a todos y cada uno de los términos.

Por favor imprimir

Nombre del paciente: _____

Dirección de domicilio:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Prosthodontics

Implant and Aesthetic Dentistry

15555 Creekbend Dr., Suite 100
Sugar Land, Texas 77478
Teléfono: 281-207-0782

Confirmacion DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA ("Reconocimiento")

Reconozco haber recibido una copia del manual de esta práctica dental. **Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA.**

Firma del paciente

Fecha

O

Firma del Representante Personal

Relación del representante personal que firmará en nombre del paciente (marque una):

Padre Tutor Apoderado Otro: _____

Tenga en cuenta: Es su derecho negarse a firmar este reconocimiento.

Solo para uso en el consultorio dental

Intenté obtener un acuse de recibo por escrito de la persona indicada anteriormente de nuestro **Aviso de prácticas de privacidad** , pero no pude obtenerlo porque:

__Una emergencia nos impidió obtener el reconocimiento.

__Una barrera de comunicación nos impidió obtener reconocimiento.

__El individuo no estaba dispuesto a firmar.

__Otro _____

Firma del miembro del personal

Fecha