

Historial Del Paciente

Nombre: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Número de Seguro Social: ___-___-___

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono Del Trabajo: _____

¿Cual es la razón de tu visita? _____

¿Haz recibido tratamiento en nuestra oficina anteriormente? Si _____ No _____

¿Cuándo? _____

¿Cómo aprendiste de nuestra practica?

Información de aseguransa

Nombre del asegurado: _____ Relación al paciente: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Número Social: ___-___-___

Nombre de trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección del Trabajo: _____

Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____

Compañía de aseguransa: _____ # de Grupo: _____

Dirección de Compañía de Aseguransa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Cuánto es su Deductible? _____ Maximo beneficio anual: _____ ¿Cuánto a usado?: _____

Tiene otra aseguransa dental? Si _____ No _____

Si su respuesta fue Si, contesta la siguiente parte.

Nombre del asegurado: _____ Relación al paciente: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Número Social: ___-___-___

Compañía de aseguransa: _____ # de Grupo: _____

Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- | | | |
|--|---|---|
| ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Esta usted en una dieta especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usa tabaco? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usted usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Mujeres: ¿Está usted

Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad de Alzheimer's <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anafilaxia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Angina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis/Gota <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Válvula del corazón artificial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Articulación artificial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad arterial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas respiratorio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Moretonescon facilidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quimioterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores en el pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes labial/Fiebre Ampollas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cardiopatía congénita <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cortisona <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Drogadicción <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fácilmente pierde el aliento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfisema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia o convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado excesivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sed excesiva <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos / vértigo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diarrea frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores de cabeza frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucomas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes Genital <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ataque/Falla del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marcapasos en el Corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas/Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ronchas o erupción cutánea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Latido irregular del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de los riñones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Leucemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades del Hígado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Osteoporosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en la articulación de la quijada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad paratiroidea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento con radiación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pérdida de peso reciente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diálisis renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Reumatismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escarlatina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del seno nasal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Espina Bífida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad estomacal/intestinal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ataque fulminante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hinchazón de las extremidades <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad de la Tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Amigdalitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tumores o crecimientos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlceras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad venérea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La ictericia amarilla <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---	---

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____

FORMA DE CONSENTIMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Por la presente, autorizo a **Lorraine Celis, DDS** _____

Y a toda otra persona que tal dentista designase como asistente, a realizar en mi las siguientes operaciones y/o procedimientos:

Solicito y autorizo al dentista a realizar lo que considere necesario en caso de que surjan imprevistos durante el curso de estas operaciones y/o procedimientos designados y que, de acuerdo con el juicio del dentista, requieran la realizacion de procedimientos adicionales o distintos a los que se detallan arriba.

Doy mi consentimiento al tratamiento mencionado anteriormente despues de haber sido notificado acerca de los riesgos, ventajas y desventajas del tratamiento y las consecuencias de no llevarlo a cabo.

Doy mi consentimiento al plan de tratamiento mencionado anteriormente, tras haber sido notificado acerca de los planes de tratamiento alternativo disponibles y los riesgos materiales, ventajas y desventajas conocidos del tratamiento alternativo.

Asimismo, doy mi consentimiento para la administracion de anestesia general o local, antibioticos, analgesicos y cualquier otro medicamento que se considere necesario en mi caso, y entiendo que existe un ligero elemento de riesgo inherente a la administracion de todo medicamento o anestesia. Este riesgo incluye reacciones adversas a las drogas (por ejemplo, reacciones alergicas), paro cardiaco, aspiracion, tromboflebitis, (irritacion e hinchazon de las venas), dolor, decoloracion y lesiones a los vasos sanguineos y a los nervios inducidas por la inyeccion de medicinas o drogas.

Estoy informado y comprendo plenamente que todo tipo de cirugia lleva inherente ciertas complicaciones inevitables. para el caso de la cirugia bucal, las complicaciones mas comunes son sangrado postoperatorio, hinchazon o amoratamientos, incomodidad, rigidez mandibular y perdida o aflojamiento de restauraciones dentales. Entre las complicaciones menos comunes se cuentan infeccion, perdida o daños a dientes y tejidos blandos adyacentes, alteraciones nerviosas (adormecimiento de tejidos bucales y labiales), fracturas mandibulares, exposicion sinusal e ingestion o aspiracion de dientes y restauraciones, y pequenos fragmentos de raiz remanentes en la mandibula cuya remocion pueda requerir cirugia mayor.

Soy consciente de que, a pesar de las complicaciones y riesgos posibles, la intervencion quirurgica o el tratamiento considerados son necesarios y deseados por mi. Se que la practica odontologica y quirurgica no es una ciencia exacta y entiendo que no se me han efectuado garantias relativas a los resultados de la operacion o el procedimiento.

He proporcionado antecedentes medicos y personales tan exactos y completos como fue posible, incluidos antibioticos, drogas, medicinas, y alimentos a los cuales soy alergico. Seguire cualesquiera instrucciones, tal como me sean explicadas e indicadas, y permitire la realizacion de los procedimientos de diagnostico recomendados.

Antes de firmar este formulario he tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas y explicaciones adecuadas para todas las preguntas acerca de mi condicion medica tratamientos y procedimientos y procedimientos considerados alternativos, riesgos y posibles complicaciones de los tratamientos y procedimientos contemplados y alternativos.

Firma del paciente o tutor _____ Fecha _____

Firma del dentista  _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

SECCION A: PACIENTE DANDO CONSENTIMIENTO

Nombre: _____

Domicilio: _____

Telefono: _____ E-mail: _____

Paciente #: _____ Seguro Social # _____

SECCION B: AL PACIENTE – POR FAVOR LEER LA SEGUIDA DECLARACION CON CUIDADO

Proposito de el Consentimiento: Al firmar esta forma, usted esta dando su consentimiento para nuestro uso y divulgacion de su protegida informacion de salud para efectuar tratamiento, actividades de pago, y operaciones de buena salud.

Noticia de Practicas de Privacidad: Usted tiene derecho de leer nuestra Noticia de Practicas de Privacidad antes de decidir si usted quiere firmar este Consentimiento. Nuestra Noticia proporciona una descripcion de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de buena salud , de los usos y divulgaciones que nosotros pudieramos hacer de su protegida informacion de salud, y de otros asuntos importantes sobre su protegida informacion de salud. Una copia de nuestra noticia acompaña este Consentimiento. Le aconsejamos que la lean completamente y con cuidado antes de firmar este Consentimiento.

Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestras practicas de privacidad explicadas en nuestra Noticia de Practicas de Privacidad. Si nosotros cambiamos nuestras practicas de privacidad, le daremos a usted nuna revisada Noticia de Practicas de Privacidad que tendra los cambios. Esos cambios pudieran aplicar a cualquiera de sus protegidas informacion de salud que nosotros mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestra Noticia de Practicas de Privacidad, incluyendo cambios, en cualquier momento si usted hace contacto con:

Persona de Contacto: Mont Annis
Telefono: (574) 233-7266 Fax: (574) 233-7560
E-mail: mont@jeffersondentalcenter.com
Direccion: 2628 E. Jefferson Boulevard
South Bend In 46615

DERECHO DE REVOCAR: Usted siempre tendra el derecho de revocar este Consentimiento en cualquier momento si nos das noticia por escrito de su revocacion dirigida a la Persona de Contacto listada arriba. Por favor entienda que la revocacion de este Consentimiento no afectara cualquier accion que nosotros hallamos tomado en confianza de este Consentimiento antes de recibir su revocacion, y que nosotros podemos negarnos a seguir su tratamiento si usted revoca este Consentimiento.

FIRMA

Yo, _____, he tenido completa oportunidad de leer y considerer los contenidos de esta forma de Consentimiento y la Noticia de Practicas de Privacidad. Yo entiendo que, al firmar esta forma de Consentimiento, yo le estoy dando a ustedes my consentimiento para que puedan usar y divulgar mi protegida informacion de salud para efectuar tratamiento, actividades de pago y operaciones de buena salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este Consentimiento es firmado por un representate personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: _____

Relacion al Paciente: _____

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUES QUE LO FIRME
Incluya Consentimiento completado en el expediente del paciente.

Jefferson Dental Center, Inc.

HIPAA OMNIBUS RULE PATIENT ACKNOWLEDGMENT FORM

PURPOSE: This form is to obtain an individual's permission for our use of the individual's patient health care records to carry out **treatment, payment activities, and health care operations**. This consent is a condition of your treatment by us. If you choose not to sign this consent, we may decline to treat you. You have the right to read our Notice of Privacy Practices before you decide whether to sign this consent. Our notice provides a description of uses and disclosure of your protected health information (PHI) and of other important matters about your protected health information.

In signing this HIPAA patient acknowledgment and consent form, you acknowledge and authorize that this office may recommend products or services to promote your overall health. This office may or may not receive third party remuneration from these affiliated companies. We under current HIPAA Omnibus Rule, provide you this information with your knowledge and consent.

How do you want to be acknowledged when being summoned from the reception area (please check one):

By First Name Only By Proper Sir Name (Mr. Mrs. Ms. With Last Name Other

Please list any other parties that can have access to your health information, patient records, and all other (PHI) protected health information

Name: _____ Relationship: _____

Name: _____ Relationship: _____

OUR NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ARE INCLUDED IN THIS CLIPBOARD, DISPLAYED AT THE FRONT DESK, AND ARE AVAILABLE FOR REVIEW ON OUR WEBSITE:

https://www.jeffersondentalcenter.com/Notice_of_Privacy_Policies.pdf

OUR DISCLOSURE OF DENTAL INFORMATION/OTHER CONSENT:

I, (print your name) _____ have been informed of this office's Notice of Privacy Practices. I understand by signing this form, I am confirming my written permission for the disclosure of my protected health information. (PHI)

Signature: _____ Date: _____

Parent/Legal Guardian (if minor):

_____ Date: _____

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

* You May Refuse to Sign This Acknowledgement*

I, _____, have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.

Please Print Name

Signature

Date

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

