



# BIEN VENIDOS

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Primer Segundo Apellido

Mujer \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Por favor (✓ una):  Soltero  Casado (a)  Divorciado (a)  Separad (a)  Menor

Numero de Seguridad Social ( o TIN): \_\_\_\_\_ Lic Manejar : \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ C.Z: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Mensajes de Texto Ok?  Si  No Tel Casa : \_\_\_\_\_

Tel Trabajo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Prefiero que me contacten en \_\_\_\_\_

Podemos dejar mensajes? ✓ todos los que aplican  Mensaje de voz  Correo  Trabajo  Texto Compañía: \_\_\_\_\_

Por favor anotar cualquier otra persona que tenga acceso a la información de el/la paciente (esto incluye cónyuge, hijos, familiares, compañeros de cuarto, amistades:

## Persona responsable por la cuenta ✓ si es la misma persona

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre de alguna persona en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Consentimiento de Menor:

Yo, siendo el padre o guardián de \_\_\_\_\_, por la presente solicito y autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios para mi hijo (a), incluyendo radiografías, óxido nitroso y administración de anestesia y cualquier servicios considerados aconsejables por el médico, aunque no esté presente en el operador durante el tratamiento odontológico. El padre guardián será notificado antes de cualquier tratamiento y dado los formularios de consentimiento adicionales. **Inicial:** \_\_\_\_\_

## Seguro Dental:

Nombre del Asegurado (a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Primer Segundo Apellido

Mujer \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Por favor (✓ una):  Soltero  Casado (a)  Divorciado (a)  Separad (a)

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Número de Lic Manejar: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Nombre de su Empleador: \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro : \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_ ¿ha usado este seguro este año? Sí  No

## Seguro médico o dental secundario:

Nombre del Asegurado (a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Primer Segundo Apellido

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Número de Lic Manejar: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Nombre de su Empleador: \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_ ¿ha usado este seguro este año? Sí  No

## Pacientes Asegurados Asignación de Beneficios:

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro y asigno directamente a Santa Cruz Dental Group todos los beneficios de seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que sean o no pagados por seguro. Autorizo al doctor a que libere toda la información necesaria para asegurar los pagos de los beneficios.

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Todos los Pacientes:** Estoy de acuerdo con la **inicialización por debajo** que me han proporcionado y me he informado leyendo las siguientes hojas, no tengo objeciones y estoy de acuerdo con la información recibida. Entiendo que copias de todos los documentos firmados y información puede ser proporcionada, a mi petición:

Materiales dentales: \_\_\_\_\_ Política de privacidad: \_\_\_\_\_ Política Financiera: \_\_\_\_\_ Consentimientos Dentales: \_\_\_\_\_

¿a quién le agradecemos su visita? \_\_\_\_\_



Bienvenido a su nueva familia dental esperamos construir una relación larga y saludable, y lograr la sonrisa hermosa que siempre has querido. A continuación se muestra una visión general de nuestras políticas de oficina, por favor lea cuidadosamente y firmar al final. Si tiene alguna pregunta por favor no dude en preguntarnos en cualquier momento. Estamos encantados de ayudar.

**Citas:** Es su responsabilidad llevar un registro de las citas como paciente. Pero hacemos nuestra debida diligencia para recordarles con el tiempo adecuado. Usted nos puede ayudar a lograr esto al marcar su método preferido de contacto y recordatorios, en nuevas formas de pacientes.

La prontitud a su hora programada es imprescindible para el tratamiento dental programado, el personal del Dr. se reserva tiempo específico para usted solo y necesitaremos su cooperación. Si llega tarde, por favor llámenos. En algunos casos puede ser necesaria una reprogramación dependiendo del tiempo.

**Política de cancelación:** El personal del Doctor(a) le reserva tiempo especificadamente para usted y necesitaremos su cooperación para respetar el tiempo del Doctor(a). Nuestra oficina tiene una alta demanda en las citas, y tratamos de acomodar todos nuestros pacientes para que puedan recibir el cuidado de alta calidad que se merecen. Es por eso que respetuosamente pedimos que se dé un aviso de 24 horas si necesita reprogramar su cita. Es en la discreción del grupo dental de Santa Cruz cobrar una cuota de \$20.00 por la cita, perdida o cancelada en el caso de que la cita no fue cancelada con el tiempo adecuado. En el caso recurrente de cancelaciones la oficina dental de Santa Cruz puede referirlo (a) fuera de nuestra oficina. Por supuesto, entendemos que puede haber emergencias o enfermedades imprevistas que se produzcan y tomaremos esto en consideración.

**Política financiera:** Antes de realizar el tratamiento, se le explica el tratamiento y las opciones financieras. Esto le ayudará a entender completamente su tratamiento dental, qué anticipar en el costo y le permite tiempo para hacer los arreglos financieros necesarios. Nuestros precios se basan en los materiales de alta calidad que utilizamos, el tiempo, el esfuerzo y la habilidad requerida en la realización de su tratamiento dental. Todos los pagos (co-pagos) tienen que ser rendidos en el momento de su visita. Aceptamos las siguientes formas de pago:

- **Pagos directos:** Aceptamos efectivo, débito, Visa y MasterCard. No se aceptan cheques.
- **Seguro:** Como cortesía a nuestros pacientes asegurados, enviamos reclamaciones a su compañía de seguros sin costo alguno. Le ayudaremos a recibir sus beneficios máximos de su Seguro Dental. Para poder lograr esto tendrá que darnos los formularios necesarios antes de su cita. Todos los copagos y deducibles tienen que ser pagados en el momento de su visita. Por favor entienda que hay la posibilidad que su seguro dental no cubre los servicios hechos, si ese es el caso y los saldos de seguro son dejados sin reclamar es su responsabilidad de pagar el monto total adeudado dentro de los 15 días de la notificación enviada.
- **Pagos mensuales:** Santa Cruz Dental Group no ofrece financiamiento de domicilio para procedimientos no ortodóncicos. Sin embargo, trabajamos con muchas empresas financieras que **ofrecen prestamos de \$0 abajo, 0% interés** para pacientes que califiquen con historial crédito. Estos planes son a través de **Wells Fargo, y Care Credit**. Nuestro equipo puede ayudarle a aplicar en la oficina o antes de su cita dental. Por favor, pregunte a nuestros nosotros estamos encantados de ayudar.
- **Pagos de ortodóncia mensuales:** Si usted es un paciente que califica para los frenillos ofrecemos en pagos mensuales de domicilio con un pago entrante, más información se le da mal en el momento de la planificación del tratamiento.

**Garantía Dental Limitada:** Santa Cruz Dental Group confía en la calidad del trabajo y lo apoya con una garantía que muy pocas oficinas dentales ofrecen. Muchos problemas en odontología se pueden prevenir si están atrapados en una etapa temprana. Por lo tanto, nuestra garantía es válida solamente si se mantienen las citas recomendadas de cuidados preventivos. Esto generalmente incluye mantener la cita recomendada cada 6 meses en lo mínimo, para que nuestro Doctor haga sus exámenes dental y las radiografías recomendadas. En algunos casos particulares nuestros doctores pueden recomendar visitas cada 3, 4 o 6 meses, dependiendo de sus necesidades individuales.

#### Validación de la garantía

- Las garantías dentales no cubren accidentes que causan daño a los dientes o prótesis dentales.
- Los pacientes deben mantenerse al día con las citas de examen prescritas (mínimo cada 6 meses) e imágenes periódicas que nos permiten monitorear y mantener adecuadamente sus restauraciones; de lo contrario, estas garantías son nulas e invalidas.
- Nuestra garantía sólo cubre los procedimientos realizados solo en nuestra oficina dental.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# HISTORIAL CLÍNICO CONFIDENCIAL

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en blanco si no comprende la pregunta)

1. Sí / No ¿Su estado general de salud es bueno?  
Si respondió NO, explique: \_\_\_\_\_
2. Sí / No ¿Ha habido algún cambio en su salud durante el último año?  
Si respondió, SI explique: \_\_\_\_\_
3. Sí / No ¿Ha acudido al hospital o a la sala de urgencias, o ha tenido alguna enfermedad grave en los tres últimos años?  
Si respondió, SI explique: \_\_\_\_\_
4. Sí / No ¿Actualmente es atendido por un médico? Si respondió SI, explique: \_\_\_\_\_  
Fecha del último examen médico \_\_\_\_\_ Motivo del examen: \_\_\_\_\_
5. Sí / No ¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores?  
Si respondió, SI explique: \_\_\_\_\_  
Fecha de último examen dental: \_\_\_\_\_ Nombre del último dentista tratante: \_\_\_\_\_
6. Sí / No ¿Siente dolor ahora?  
Si respondió, SI explique: \_\_\_\_\_

## II. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS? (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Dolor de pecho (angina)	Sí / No	Sangre en las heces	Sí / No	Vómitos frecuentes
Sí / No	Desmayos	Sí / No	Diarrea o constipación	Sí / No	Ictericia
Sí / No	Considerable pérdida de peso reciente	Sí / No	Micción frecuente	Sí / No	Boca seca
Sí / No	Fiebre	Sí / No	Dificultad al orinar	Sí / No	Sed excesiva
Sí / No	Sudores nocturnos	Sí / No	Zumbido en los oídos	Sí / No	Dificultad al tragar
Sí / No	Tos persistente	Sí / No	Dolores de cabeza	Sí / No	Tobillos inflamados
Sí / No	Expectoración de sangre	Sí / No	Mareos	Sí / No	Dolor o rigidez en articulaciones
Sí / No	Trastornos hemorrágicos	Sí / No	Visión borrosa	Sí / No	Falta de aire
Sí / No	Sangre en la orina	Sí / No	Aparición de moretones con facilidad	Sí / No	Problemas de sinusitis

Otro: \_\_\_\_\_

## III. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO O TIENE ALGUNA DE LAS/OS SIGUIENTES? (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Enfermedad cardíaca	Sí / No	SIDA/HIV	Sí / No	Atención psiquiátrica
Sí / No	Historial familiar de enfermedad cardíaca	Sí / No	Cirugías	Sí / No	Osteoporosis
Sí / No	Infarto	Sí / No	Internación	Sí / No	Enfermedad tiroidea
Sí / No	Articulación artificial	Sí / No	Diabetes	Sí / No	Asma
Sí / No	Problemas de estómago o úlceras	Sí / No	Historial familiar de diabetes	Sí / No	Hepatitis
Sí / No	Defectos cardíacos	Sí / No	Tumores o cáncer	Sí / No	Enfermedad de transmisión sexual
Sí / No	Soplo cardíaco	Sí / No	Quimioterapia	Sí / No	Herpes
Sí / No	Fiebre reumática	Sí / No	Radioterapia	Sí / No	Chancro o afta
Sí / No	Enfermedad de la piel	Sí / No	Artritis, reumatismo	Sí / No	Anemia
Sí / No	Endurecimiento de las arterias	Sí / No	Enfisema u otra enfermedad pulmonar	Sí / No	Enfermedad del hígado
Sí / No	Hipertensión	Sí / No	Enfermedad renal o de la vejiga	Sí / No	Enfermedad ocular
Sí / No	Convulsiones	Sí / No	Accidente cerebro-vascular	Sí / No	Trasplantes
Sí / No	Cirugía estética	Sí / No	Trastornos alimenticios	Sí / No	Tuberculosis

Otro: \_\_\_\_\_

## IV. ¿ES USTED ALÉRGICO O HA SUFRIDO UNA REACCIÓN A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS (Marque con un círculo Sí o No para cada uno)

Sí / No	Aspirina	Sí / No	Valium u otros sedantes	Sí / No	Codeína u otros narcóticos
Sí / No	Penicilina u otros antibióticos	Sí / No	Látex	Sí / No	Alimentos
Sí / No	Óxido nítrico	Sí / No	Anestésico local	Sí / No	Metal

Otro: \_\_\_\_\_

**V. ¿ESTÁ CONSUMIENDO O HA CONSUMIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES?**

Sí / No	Drogas recreativas	Sí / No	Tabaco en cualquier forma	Sí / No	Antibióticos
Sí / No	Medicamentos sin receta	Sí / No	Alcohol	Sí / No	Suplementos
Sí / No	Medicamentos para perder peso	Sí / No	Bifosfonato (Fosamax)	Sí / No	Aspirina
Sí / No	Antidepresivos	Sí / No	Suplementos herbales		

Por favor, enumere todos sus medicamentos bajo receta: \_\_\_\_\_

**VI. MUJERES SOLAMENTE** (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No ¿Está o podría estar embarazada? Si respondió SI, ¿de cuántos meses? \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Está amamantando?

Sí / No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

**VII. TODOS LOS PACIENTES** (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico NO especificado en este formulario?  
Si respondió SI, explique: \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Alguna vez ha sido pre-medicado para recibir tratamiento dental? Si respondió SI, ¿cuándo?: \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Alguna vez ha tomado Fen-Phen? Si respondió SI, ¿cuándo?: \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Tiene algún otro problema o afección que quisiera discutir con el dentista en privado?

*La práctica de la odontología implica tratar a la persona completa. Si el dentista determina que puede existir una situación médicamente comprometida, es posible que necesite hacer una consulta médica antes de comenzar con el tratamiento dental.*

*Autorizo al dentista a ponerse en contacto con mi médico.*

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**¿A quién desea que contactemos en caso de emergencia?**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Vínculo:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Certifico que he leído y comprendo este formulario. A mi juicio, he respondido a cada pregunta de forma completa y precisa. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi estado de salud y/o medicación. Además, no haré responsables a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por cualquier error u omisión que yo haya podido cometer al rellenar este formulario.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (Padre o Tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ACTUALIZACIONES MÉDICAS**

**He revisado mi historial clínico y confirmo que refleja con precisión mis afecciones pasadas y presentes.**

**FECHA**

**FIRMA DEL PACIENTE**

**CAMBIOS EN HISTORIAL CLÍNICO**

**INICIALES  
DENTISTA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA**

### **Aviso de prácticas de privacidad**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

La ley de portabilidad y responsabilidad de la información de salud de 1996 (HIPAA) es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de salud identificable individualmente utilizada o divulgada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel, o por vía oral, se mantienen de forma adecuada confidencial. Este acto le da a usted, el paciente, nuevos derechos significativos para entender y controlar cómo se utiliza su información de salud. HIPAA ofrece sanciones a las entidades cubiertas que usan la información personal de salud. Según lo requerido por HIPAA, hemos preparado esta explicación de cómo estamos obligados a mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos usar y revelar su información de salud.

Podemos utilizar y divulgar sus expedientes médicos solamente para cada uno de los propósitos siguientes: tratamiento, pago y operaciones del cuidado médico.

- El tratamiento significa proveer, coordinar, o manejar la atención de salud y los servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. Un ejemplo de esto incluiría los servicios de limpieza dental. Otro se pondría en contacto con su médico o farmacéutico sobre su cuidado.
- El pago significa actividades tales como la obtención de reembolso por servicios, la confirmación de la cobertura, las actividades de facturación o cobranza y la revisión de la utilización. Un ejemplo sería el envío de una factura a su compañía de seguros para el pago de su tratamiento.
- Las operaciones de atención de salud incluyen los aspectos comerciales de la ejecución de nuestra práctica, tales como la realización de actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente. Un ejemplo sería una revisión interna de la evaluación de la calidad.

También podemos crear y distribuir información de salud desidentificada mediante la eliminación de referencias a información individualmente identificable. Podemos comunicarnos con usted para que le proporcione recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Cualesquiera otros usos y divulgaciones serán hechos solamente con su autorización escrita. Usted puede revocar dicha autorización por escrito y nosotros estamos obligados a honrar y cumplir con esa petición escrita, excepto en la medida en que ya hayamos tomado acciones que dependen de su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida, la cual usted puede ejercitar presentando una solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad:

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluyendo aquellas relacionadas con la divulgación a miembros de la familia, otros parientes, amigos íntimos, o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si estamos de acuerdo con una restricción, debemos acatarla a menos que usted esté de acuerdo por escrito para eliminarla.
- El derecho a solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en lugares alternativos.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida. Sus registros médicos siguen siendo nuestra propiedad. Nosotros podemos cobrar un honorario razonable por copiar sus registros para usted.
- El derecho a enmendar su información médica protegida.
- El derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de la información de salud protegida.
- El derecho de obtener una copia en papel de este aviso de nosotros a petición.

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud protegida y que le proporcionemos aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida. Este aviso es efectivo a partir del 14 de abril de 2003 y estamos obligados a cumplir con los términos del aviso de prácticas de privacidad actualmente vigentes. Tenemos el derecho de cambiar los términos de nuestra notificación de prácticas de privacidad y de hacer que las nuevas provisiones sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Publicaremos y usted puede solicitar una copia escrita de una notificación revisada de las prácticas de privacidad de esta oficina. Usted tiene recurso si usted siente que sus protecciones de privacidad han sido violadas. Usted tiene el derecho de presentar quejas por escrito con nuestra oficina, o con el Departamento de salud y servicios humanos, oficina de derechos civiles, sobre violaciones de las disposiciones de este aviso o las políticas y procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Puede ponerse en contacto con el gobierno sobre HIPAA en  
Departamento de los e.e.u.u. De salud y servicios humanos  
Oficina de derechos civiles

200 Independence Av., S.W. Washington, DC 20201  
877-696-6775

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con la información arriba:

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_