



REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PRIMER NOMBRE	SEGUND NOMBRE	APELLIDO	OTRO NOMBRE O APODO
CORREO ELECTRÓNICO			
DOMICILIO			FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	☐ MASCULINO ☐ CASADO ☐ FEMENINO ☐ SOLTERO(A)
TELÉFONO DE CASA ☐ PREFERIBLE	TELÉFONO CELULAR ☐ PREFERIBLE	TELÉFONO DE TRABAJO ☐ PREFERIBLE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, PROPORCIONE LO SIGUIENTE	NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR		RELACIÓN ☐ PADRES ☐ ABUELOS ☐ OTROS ☐ TUTOR LEGAL		
	CORREO ELECTRÓNICO				
	DOMICILIO ☐ IGUAL QUE ARRIBA		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	TELÉFONO DE CASA ☐ PREFERIBLE	TELÉFONO CELULAR ☐ PREFERIBLE	TELÉFONO DE TRABAJO ☐ PREFERIBLE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
	¿CON QUIÉN VIVE EL MENOR? ☐ MADRE ☐ PADRE ☐ AMBOS ☐ OTROS (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____				

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

PERSONA PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN
PARIENTE MAS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN

EL MAYOR COMPLEMENTO QUE NUESTROS PACIENTES NOS PUEDEN DAR ES REFERIR A SU FAMILIA Y AMISTADOS

¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLE? FAVOR DE PROPORCIONAR NOMBRE COMPLETO	¿ES PACIENTE NUESTRO? ☐ SÍ ☐ NO - ELIGE ABAJO
¿CÓMO SE ENTERO DE NUESTRA OFICINA? ☐ NUESTRA PÁGINA WEB ☐ CARTELON ☐ SU EMPLEADOR ☐ PUBLICACION/CINDICATO DE UNION ☐ EVENTO PÚBLICO ☐ COMPAÑIA DE SEGUROS ☐ BUSQUEDA EN LÍNEA ☐ MEDIO SOCIAL ☐ CENTRO DENTAL DE EMPLEADOS _____	

SI USTED TIENE SEGURO DENTAL, POR FAVOR PROPORCIONE LO SIGUIENTE CON SU TARJETA DE SEGURO

SEGURO PRIMARIO		SEGURO SECUNDARIO	
NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGURO	TELÉFONO DEL SEGURO	NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGURO	TELÉFONO DEL SEGURO
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR	NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
NOMBRE DEL ASEGURADO		NOMBRE DEL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
NÚMERO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
SI ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE EL COLEGIO ☐ TIEMPO COMPLETO ☐ MEDIO TIEMPO		SI ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE EL COLEGIO ☐ TIEMPO COMPLETO ☐ MEDIO TIEMPO	

POR FAVOR FIRME EN LA PARTE POSTERIOR DE LA HOJA...



CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Reconocimiento de la Autorización de Pago por el Seguro: Por este medio yo autorizo y ordeno que se paguen directamente a Amazing Smile Family Dental los beneficios de mi seguro dental. De otro modo serían pagados a mí y por los servicios prestados. En el caso que la compañía de seguro me envíe el pago por error, entiendo que soy responsable de remitir dicho pago inmediatamente a Amazing Smile Family Dental.

Reconocimiento de Responsabilidad Financiera: Estoy de acuerdo de ser responsable por el pago de todos los servicios que se presten en mi nombre o a nombre de mis dependientes. Entiendo que el pago debe efectuarse en el momento de recibir el servicio, a menos que se hayan hecho otros acuerdos. En el caso de que los pagos no se reciban en las fechas acordadas, entiendo que es posible que se sume a mi cuenta un cargo de \$ 35.00 por atraso por pago tarde. También estoy de acuerdo en informar a Amazing Smile Family Dental de cualquier cambio de domicilio o número telefónico dentro de los siguientes 30 días de dicho cambio. En el caso que no cumpla con ello, autorizo a Amazing Smile Family Dental utilizar todos los medios debidos, inclusive el uso de registros de historial de credito, para averiguar mi nueva dirección para propósitos de cobro.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Reconozco que he recibido information sobre prácticas de privacidad, que describe las formas en que la práctica puede utilizar y divulgar mi información de salud para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica u otros usos descritos permitidos y divulgaciones, entiendo que me permite en contactar a mi Oficial de Privacidad designado en la notificación si tengo una pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en la Comunicación de la práctica de prácticas de privacidad.

Reconocimiento de Materiales Dentales Hoja Informativa: Reconozco que he recibido y leído la Hoja de Datos de Materiales Dentales antes de iniciar el trabajo restaurativo dental en Amazing Smile Family Dental .

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DE LOS PADRES/PERSONA RESPONSABLE

FECHA

RELACIÓN CON EL PACIENTE



NOMBRE DEL PACIENTE _____

HISTORIAL DENTAL

¡Bienvenido! Para poder proveerle el mejor cuidado posible, por favor complete ambos lados de este formulario de historial dental/médico. Toda la información es completamente confidencial y sujeta a todas las leyes aplicables.

¿Alguna vez ha tenido las siguientes enfermedades o problemas? **Tuberculosis Activa** ☐ SI ☐ NO **Tos que produzca sangre** ☐ SI ☐ NO
SI SU RESPUESTA ES SÍ A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, POR FAVOR PARAR Y DEVOLVER ESTOS FORMULARIOS A LA RECEPCIONISTA.

¿Cuál es la razón de su visita de hoy? _____

Fecha de la última visita dental _____ Última Limpieza Dental _____ Últimos Rayos X Serie Completa _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____

¿Algunos de sus dientes son sensibles a...?	SI	NO	¿Alguna vez ha tenido...?	SI	NO
¿Frio o calor?	☐	☐	¿El tratamiento de ortodoncia?	☐	☐
¿Dulces?	☐	☐	¿Usa un retenedor?	☐	☐
¿Morder o masticar?	☐	☐	¿Cirugía Oral?	☐	☐

¿Ha notado o con experiencia ...?	SI	NO	¿El tratamiento periodontal?	☐	☐
¿Olores en la boca o malos sabores?	☐	☐	¿Sus dientes molido o mordedura?	☐	☐
¿Herpes labial, ampollas u otras lesiones en la boca?	☐	☐	¿Una dentadura completa/parcial?	☐	☐
¿Sus encías sangran o le duelen?	☐	☐	¿Qué edad tiene?	_____	
¿Dientes flojos o cambios en la mordida?	☐	☐	¿Un protector bucal?	☐	☐
¿Comida atrapada entre los dientes?	☐	☐	¿Qué edad tiene?	_____	

¿Usted...?	SI	NO	¿Cambiaría sus dientes si pudiera ...?	SI	NO
¿Aprietan o rechinan los dientes?	☐	☐	¿Más blanco?	☐	☐
¿Muerde sus mejillas, los labios o las uñas con regularidad?	☐	☐	¿Mas rectos?	☐	☐
¿Mantenga objetos con los dientes? (i.e., bolígrafos, uñas)	☐	☐	¿Eliminar espacio?	☐	☐
¿Respira por la boca despierto o dormido?	☐	☐	¿Reemplazar los rellenos plateados por rellenos blancos?	☐	☐
¿Tienen mandíbulas cansadas especialmente en la mañana?	☐	☐	¿Reparar dientes despostillados?	☐	☐
¿Roncar o tener otros trastornos del sueño?	☐	☐	¿Reemplazar dientes perdidos?	☐	☐
¿Fumo/masticar tabaco o usar otros productos de tabaco?	☐	☐	¿Reemplazar coronas acabadas que no se conllevan?	☐	☐
¿Toma café o té?	☐	☐	¿Mostrar menos encía?	☐	☐

SI	NO	SI	NO		
¿Se siente nervioso al recibir tratamiento dental?	☐	☐	¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes??	☐	☐

¿De ser así, cuál es su mayor preocupación? _____

¿Ha tenido alguna cuidado médico entre los dos últimos años? ☐ SI ☐ NO

Nombre del Médico _____ Teléfono _____

Por favor describa _____



HISTORIA MÉDICA

Las siguientes preguntas son para su beneficio y asegurar que cualquier tratamiento dental tendrá en cuenta su estado de salud pasado y presente. Algunas preguntas pueden parecer ajenas a su condición dental, pero están todos asociados con el cuidado de la salud bucal. Por favor, conteste cada pregunta.

- ¿Ha tomado algún medicamento o fármaco durante los últimos dos años? ☐ SI ☐ NO
- ¿Toma actualmente algún medicamento, fármaco, pastillas o remedios herbales, incluyendo dosis de aspirina? ☐ SI ☐ NO
Si la respuesta es sí, aliste el nombre y la dosis: _____
- ¿Es usted sensible o alérgico a alguna sustancia o medicamento? ☐ SI ☐ NO
Si es sí, marque todas las que correspondan: ☐ Aspirina ☐ Codeína ☐ Darvon ☐ Demerol ☐ Entromicina ☐ Latex ☐ Óxido nítrico
☐ Penicilina ☐ Percodan ☐ Medicamento de Sulfa ☐ Tetraciclina ☐ Valium ☐ Vicodin ☐ Metales ☐ Otros _____
- ¿Alguna vez ha tomado medicamentos con receta médica para la pérdida de peso (pastillas de dieta)? ☐ SI ☐ NO
Si la respuesta es sí, tomó alguno de los siguientes: ☐ Fen-Phen ☐ Pondimin ☐ Redux ☐ Other _____
- ¿Alguna vez ha tomado fármacos para la osteoporosis o prevención de tal, como Fosamax, Actonel, Boniva o algún fármaco similar? ☐ SI ☐ NO
- ¿Ha estado hospitalizado en los últimos cinco años? ☐ SI ☐ NO
- ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o la boca? ☐ SI ☐ NO
- ¿Le han dicho alguna vez que tome un pre medicamento antes del tratamiento dental? ☐ SI ☐ NO
- ¿Hay algo más acerca de tener un tratamiento dental que usted quisiera saber? ☐ SI ☐ NO
Por favor explique: _____
- ¿Ha bajado o subido más de 10 libras durante el año pasado? ☐ SI ☐ NO
- ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, condición o problema que no se haya mencionado? ☐ SI ☐ NO
- Si la respuesta es sí, por favor haga una lista: _____

13. Siguiendo Pagina

MUJERES

- ¿Está embarazada o piensa que pudiera estarlo? ☐ SI Meses ☐ NO ¿Está actualmente amamantando? ☐ SI ☐ NO
- ¿Toma anticonceptivos con prescripción? ☐ SI ☐ NO
- ¿Tiene algún problema relacionado con su periodo menstrual? ☐ SI ☐ NO

He respondido a todas las preguntas según a mi conocimiento y comprensión. Si se necesitara más información, doy mi autorización para que se le pregunte a mi proveedor o agencia de atención médica correspondiente, quien puede revelarle dicha información. Notificaré al médico de cualquier cambio en mi salud o medicamento.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR)

FECHA

FECHA DE REVISIÓN HISTORIA

FECHA DE REVISIÓN HISTORIA

FECHA DE REVISIÓN HISTORIA

PACIENTE: ¿Cualquier cambio en su historial de salud?
☐ NO ☐ SI - Si la respuesta es sí, describa

PACIENTE: ¿Cualquier cambio en su historial de salud?
☐ NO ☐ SI - Si la respuesta es sí, describa

PACIENTE: ¿Cualquier cambio en su historial de salud?
☐ NO ☐ SI - Si la respuesta es sí, describa

DENTISTA: La historia del paciente revisado

DENTISTA: La historia del paciente revisado

DENTISTA: La historia del paciente revisado

FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR) FECHA

FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR) FECHA

FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR) FECHA



13. Indique cuál de las siguientes ha tenido, o tiene en la actualidad. Marque "SI" o "NO" a cada elemento.

NOTA: Algunas condiciones médicas pueden requerir una consulta médica con su médico antes del inicio de cualquier tratamiento dental.

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
A.I.D.S./H.I.V. Positivo	☐	☐	Diabetes	☐	☐	Prolapso de la válvula mitral	☐	☐
Anemia	☐	☐	Dieta (especial/restringida)	☐	☐	Trastornos nerviosos	☐	☐
Artritis/Reumatismo	☐	☐	Dificultad para tragar	☐	☐	Nerviosismo/ansiedad	☐	☐
Válvula cardíaca artificial/marcapasos	☐	☐	Adicción a las drogas	☐	☐	Trastornos neurológicos	☐	☐
Articulaciones artificiales	☐	☐	Enfisema	☐	☐	Osteoporosis	☐	☐
Prótesis artificial	☐	☐	Epilepsia o convulsiones	☐	☐	Atención psiquiátrica/psicológica	☐	☐
Asma	☐	☐	Sangrado excesivo	☐	☐	Radioterapia	☐	☐
Enfermedad sanguínea	☐	☐	Desmayos o mareos fuertes	☐	☐	Fiebre reumática	☐	☐
Transfusión de sangre	☐	☐	Glaucoma	☐	☐	Fiebre escarlata	☐	☐
Presenta moretones con facilidad	☐	☐	Fiebre del heno/alergia/urticaria	☐	☐	Anemia falciforme	☐	☐
Cáncer, tumores, quistes	☐	☐	Lesiones en la cabeza	☐	☐	Sinusitis	☐	☐
Parálisis cerebral	☐	☐	Cirugía, enfermedad, ataque al corazón	☐	☐	Apoplejía	☐	☐
Quimioterapia	☐	☐	Insuficiencia cardíaca	☐	☐	Hinchazón de tobillos	☐	☐
Dolor de pecho	☐	☐	Soplo cardíaco	☐	☐	Problemas/enfermedad de la tiroides	☐	☐
Varicela	☐	☐	Hemofilia	☐	☐	Amigdalitis	☐	☐
Tos crónica	☐	☐	Hepatitis A B C	☐	☐	Tuberculosis	☐	☐
Herpes labial	☐	☐	Herpes	☐	☐	Úlceras	☐	☐
Lesiones cardíacas congénitas	☐	☐	Presión arterial alta/baja	☐	☐	Enfermedad venérea	☐	☐
Lentes de contacto	☐	☐	Problema/enfermedad renal	☐	☐	Otros (Si es si, por favor haga una lista)	☐	☐
Cortisona	☐	☐	Enfermedad hepática/Ictericia amarilla	☐	☐			

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE. ESTA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por leyes federales y leyes estatales para mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a proporcionarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos sobre su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté en vigencia. Este aviso toma efecto (14/04/2003) y permanecerá en efecto hasta que la reemplazamos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, proporcionar que tales cambios son permitidos por las leyes aplicables. Nos reservamos el derecho a realizar cambios en nuestras prácticas de privacidad y en las nuevas condiciones de nuestro aviso eficaz de toda información médica que mantenemos, incluyendo información de salud hemos creado o recibido antes de que los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y hacer la nueva notificación disponibles bajo petición.

Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este aviso, póngase en contacto con nosotros mediante la información al final de este aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

Usar y revelar información médica sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos utilizar o divulgar su información médica a un médico de otro proveedor de atención médica pendiente de tratamiento para usted.

Pago: Podemos utilizar o divulgar su información médica para obtener pago por los servicios que proporcionamos a usted.

Operaciones de cuidado de la salud: Podemos utilizar o divulgar su información médica con respecto a nuestras operaciones de cuidado de la salud. Operaciones de cuidado de la salud incluyen actividades evaluación y mejora de calidad, revisión de la competencia o cualificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del rendimiento profesional y el proveedor, realización de programas de capacitación, acreditación y certificación de licencia o acreditación de las actividades.

Nuestra autorización: Además de nuestro uso de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médicas, usted puede darnos autorización para usar su información de salud o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocar por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso de divulgaciones permitidos por su autorización mientras que era en efecto. A menos que usted nos da autorización escrita, no podemos usar o divulgar su información médica por ninguna razón excepto las descritas en este aviso.

A su familia y amigos: nos debemos divulgar su información médica a usted, como se describe en la sección de los derechos del paciente de este aviso. Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar a con su atención médica o con el pago para su atención médica, pero sólo si está de acuerdo que podemos hacerlo.

Las personas involucradas en la atención: podemos utilizar o divulgar información médica para notificar, o asistir en la notificación (incluyendo identificación o localización) un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su condición general o muerte. Si está presente, entonces antes de uso o divulgación de su información de salud, le proporcionará una oportunidad para oponerse a tales usos o divulgaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional sólo información de salud que es directamente relevante a la participación de la persona en su atención médica. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias responsables de su mejor interés en permitir a una persona recoger recetas rellenas, suministros médicos, rayos x u otras formas de información de salud.

Servicios relacionados con la salud de marketing: No utilizaremos su información de salud para comunicaciones de marketing sin su autorización escrita.

Requerido por la ley: Podemos utilizar o divulgar su información médica cuando estamos obligados a hacerlo por ley.

Abuso o abandono: podemos divulgar su información médica a autoridades apropiadas si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o seguridad de los demás.

Seguridad nacional: podemos revelar a autoridades militares la información de salud de las fuerzas armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar la información de salud de funcionarios federales autorizados para inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades

de seguridad nacional. Podemos divulgar a instituciones correccionales o a oficiales de la ley que tiene la tutela legal de información de salud protegida del recluso o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos utilizar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de voz, postales o cartas).

DERECHOS PACIENTE

Acceso: Usted tiene el derecho a ver u obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que proporcionemos copias en un formato que no sean fotocopias. Vamos a utilizar el formato de su solicitud a menos que no podemos hacerlo practicable. Debe realizar una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Usted puede obtener un formulario para solicitar el acceso mediante el uso de la información de contacto que aparece al final de este aviso. Cobraremos una cuota razonable costo basado en gastos como copias y de personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Si usted solicita copias, le cargaremos para el tiempo del personal localizar y copiar su información de salud y gastos de envío si desea que las copias por correo. Si usted solicita un formato alternativo, cobramos una cuota de costo base para proporcionar su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información médica para un honorario. Póngase en contacto con nosotros mediante la información al final de este aviso para una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

Contabilidad de divulgación: Usted tiene el derecho a recibir una lista de instancias en las que nosotros o nuestros asociados de negocios divulgaron su información médica para fines que no sean tratamiento, pago, operaciones de salud y ciertas otras actividades, durante los últimos seis años, pero no antes de 14 de abril de 2003. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en el período de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota razonable, costo base para responder a estas solicitudes adicionales.

Restricciones: Usted tiene derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales en nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, nosotros cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).

De comunicación alternativa: Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por medios alternativos, en lugares alternativos. (Usted debe hacer su petición por escrito). Su petición debe especificar los medios alternativos o ubicación y explicación satisfactoria cómo se manejarán los pagos bajo los medios alternativos o ubicación que usted podrá.

Enmienda: usted tiene el derecho de solicitar que enmendamos su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué debe modificarse la información).

Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Aviso electrónico: Si usted recibe este aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail), tienen derecho a recibir esta notificación en forma escrita.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, póngase en contacto con nosotros.

Si le preocupa que nosotros podemos haber violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con una decisión que hicimos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una petición usted hizo enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, usted puede quejarse a nosotros utilizando la información de contacto al final de este aviso. Usted también puede presentar una queja por escrito a la Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja a los Estados Unidos Departamento de salud y servicios humanos a petición.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tacionaremos de cualquier manera si usted decide presentar una queja con el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos

Para obtener más información sobre HIPAA o presentar una queja:
El Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos
Oficina de derechos civiles
200 independencia Avenue, S.W., Washington, DC 20201
202/619-0257 o llame gratis: 1/877-696-6775

ACUSE DE RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*** Usted puede negarse a firmar este reconocimiento ***

Firma: _____ **fecha** _____

—

Consentimiento para el uso y divulgación de información en salud

Sección A: paciente dar su consentimiento

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Seguro social: _____

Sección B: Para el paciente, por favor lea las siguientes afirmaciones

Publicada en el lobby es nuestro *aviso de privacidad*. Proporciona información sobre cómo utilizar y revelar su información de salud protegida (PHI) nuestra oficina:

Usted tiene el derecho a revisar nuestro *Aviso de prácticas de privacidad* antes de firmar este formulario de consentimiento del paciente. Por favor tómese el tiempo para hacerlo ahora. Se adjunta una copia

Usted tiene el derecho a solicitar que restrinjamos cómo su PHI es usada o divulgada para tratamiento facturación/pago u operaciones de la oficina Dental. Solicitud de restricción de PHI debe sometido a OCP por escrito y firmado por usted como se especifica en nuestro anuncio;

Nuestra oficina no tiene que estar de acuerdo con su solicitud de restricción de PHI. Si de acuerdo a su solicitud el ocp por escrito y firmado por usted como se especifica en nuestro anuncio;

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento paciente. Revocación del consentimiento debe sometido a OCP por escrito y firmado por usted como se especifica en nuestro anuncio;

Una revocación del consentimiento, no afecta la divulgación hecha antes de la fecha de la revocación.

Nuestro aviso de privacidad puede cambiar de vez en cuando. Si lo hace, recibirá un aviso revisado en la primera visita después de que se han realizado cambios al aviso.

Su firma a continuación indica su consentimiento para el uso y divulgación de su PHI por nuestra oficina durante la facturación/pago de tratamiento, operación del consultorio dental como se indica en nuestro aviso

Nuestra oficina puede condicionar el tratamiento dental en ejecución de este formulario de consentimiento del paciente.

Este formulario se proporciona para que nuestra oficina puede cumplir con la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud de 1996 (HIPPA)

Puede obtener una copia de nuestra notificación de prácticas de privacidad, incluyendo las revisiones de nuestro aviso, en cualquier momento contactando con:

Persona de contacto: Miriam Zúñiga
Teléfono: (562) 455-1717 Fax: (562) 455-1718
Correo electrónico: Erika.amazingsmile@gmail.com
Dirección: 14349 Woodruff Ave Bellflower CA, 90706

Firma de sección C:

Firma: _____

ALERTA MÉDICA IMPORTANTE

Se ha encontrado una conexión entre Fosomax y otros bisfosfonatos con una enfermedad ósea grave llamada Osteonecrosis de la mandíbula (ONJ).

Los bifosfonatos se utilizan comúnmente en forma de tabletas para prevenir y tratar la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. También se utilizan en el tratamiento de la enfermedad de Paget. Formas más fuerte dadas por vía oral o por vía intravenosa (IV) son comúnmente utilizadas en el tratamiento de cánceres avanzados incluyendo pero no limitadas a, cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer de próstata y mieloma múltiple.

¿Ha tomado o está tomando alguno de los siguientes bifosfonatos?

Y N Alendronato (Fosomax)

Y N Clodronato (Bonefos, Ostac)

Y N Etidronato (Didronel)

Y N Ibandronato (Bonival)

Y N Pamidronato (Aredia)

Y N Raloxifine (Evista)

Y N Risedronato (Actonel)

Y N Teriparatida (Forteo)

Y N Tiludronato (Skelid)

Y N Zoledronato (Zometa)

¿En caso afirmativo, cuando?

Médico tratante: _____

Nombre teléfono: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Política De Citas Perdidas Y Cancelaciones — Vigente

A Partir Del 1 De Enero De 2018

POLÍTICA DE CITAS

Amazing Smile Family Dental trabajará con usted para programar horarios de citas que le resulten convenientes. Dado que no sobreprogramamos pacientes anticipando ausencias o cancelaciones de última hora, es importante que usted cumpla con las citas programadas. Comprendemos que pueden surgir enfermedades, emergencias, pinchazos de neumáticos y condiciones climáticas adversas. Requerimos que los pacientes nos notifiquen con 24 horas de antelación, siempre que sea posible, si no pueden asistir a una cita. Esto nos da tiempo para cubrir el espacio en nuestra agenda con otros pacientes que puedan estar en lista de espera. Intentamos enviar recordatorios a los pacientes por teléfono, correo electrónico y/o mensajes de texto antes de las citas próximas; sin embargo, por favor no dependa exclusivamente de esta cortesía. Si no logramos comunicarnos con usted, su tarjeta de cita servirá como confirmación de la misma e implica su obligación de presentarse. Nos reservamos el derecho de cobrar por las citas canceladas o incumplidas sin un aviso previo de 24 horas (véase más abajo). Nos esforzamos por atender a los pacientes puntualmente en sus citas programadas. No obstante, hay ocasiones en las que nuestra agenda sufre retrasos para poder atender una emergencia o una complicación surgida durante un procedimiento programado. Le rogamos acepte nuestras disculpas si esto ocurriera durante su cita.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN: Requerimos que nos notifique cualquier cancelación con al menos 24 horas de antelación a su cita. Si llega con más de 15 minutos de retraso a su cita, es posible que se le solicite reprogramarla.

POLÍTICA Y TARIFAS POR CANCELACIÓN O AUSENCIA A LA CITA

Se cargará una tarifa de \$150 a la cuenta del paciente por CANCELACIONES o AUSENCIAS a las citas. Se considera una CANCELACIÓN o AUSENCIA a la cita cuando el paciente: • cancela o reprograma con menos de 24 horas de antelación; • no se presenta a la cita.

RESERVA DE CITAS DE LARGA DURACIÓN

Debido a la gran cantidad de tiempo que nuestro personal, higienistas y doctores dedican a preparar y reservar un espacio ininterrumpido para las citas de larga duración, requerimos un depósito para realizar su reserva. Este depósito no constituye un costo adicional, a menos que el paciente incurra en una AUSENCIA a la cita. Nos reservamos el derecho de retener el depósito si el paciente cancela o falta a la cita, y además podremos requerir un depósito adicional para reprogramar dicha cita.

Depósito para citas con el dentista: \$200 • Todas las citas con una duración de 2 horas o más • Todos los procedimientos con sedación intravenosa (I.V.). Citas con sedación

X _____ ENTIENDO