

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN PRIMARIA DEL MÉDICO

Médico: _____

Teléfono: _____

HISTORIAL MÉDICO

SALUD GENERAL: ☐ EXCELENTE EXCELLENT ☐ BUENO ☐ JUSTO ☐ POBRE

- ☐ Y ☐ N ¿Bajo el cuidado de un médico ahora?
- ☐ Y ☐ N ¿Alguna hospitalización en los últimos 5 años? _____
- ☐ Y ☐ N ¿Alguna enfermedad / cirugía grave? _____
- ☐ Y ☐ N ¿Usa tabaco de alguna forma? En caso afirmativo, escriba: _____
- ☐ Y ☐ N **¿Se requiere medicación previa antes de las visitas al dentista debido a una afección cardíaca o una articulación artificial?**
- ☐ Y ☐ N ¿Toma alguna receta o medicamentos OTC diarios? En caso afirmativo, enumere los detalles en la Sección de Medicamentos

PACIENTES
FEMENINOS:

☐ Y ☐ N Actualmente amamantando?

☐ Y ☐ N ¿Actualmente embarazada?

Fecha de
vencimiento: _____

¿Conoce alguna razón por la cual los procedimientos dentales de rutina puedan representar un riesgo para usted, nuestro personal u otros pacientes? ☐ Y ☐ N
En caso afirmativo, describa: _____

¿Hay algo importante sobre su condición médica que no le hayamos preguntado? ☐ Y ☐ N En caso afirmativo, describa: _____

TODOS LOS PACIENTES: ¿TIENES O ALGUNA VEZ TIENES ALGO DE LO SIGUIENTE? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

☐ NINGUNO

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ REFLUJO ÁCIDO | ☐ BULIMIA | ☐ PROBLEMAS AUDITIVOS | ☐ TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO |
| ☐ ADHD | ☐ CANCELADOR / MALIGNANCIA | ☐ ATAQUE AL CORAZÓN | ☐ RADIACIÓN / QUIMO |
| ☐ AIDS/HIV | ☐ PALEROS CEREBRALES | ☐ ENFERMEDADES DEL CORAZÓN | ☐ ENFERMEDAD RESPIRATORIA |
| ☐ ANEMIA | ☐ DEPENDENCIA QUÍMICA | ☐ MURMUR DE CORAZÓN | ☐ FIEBRE REUMÁTICA |
| ☐ ANOREXIA | ☐ POX DE POLLO | ☐ HEPATITIS | ☐ PROBLEMAS SINUSALES |
| ☐ ANSIEDAD | ☐ CONVULSIONES | ☐ ALTA PRESIÓN ARTERIAL | ☐ CARRERA |
| ☐ VÁLVULA ARTIFICIAL
DEL CORAZÓN | ☐ DEPRESIÓN | ☐ ENFERMEDAD RENAL | ☐ CONDICIÓN DE TIROIDES |
| ☐ JUNTAS ARTIFICIALES | ☐ DIABETES | ☐ PROBLEMAS DE HÍGADO | ☐ TUBERCULOSIS |
| ☐ ARTRITIS | ☐ MAREO / DESAFÍO | ☐ PROLAPSO DE LA VÁLVULA
MITRAL | ☐ ÚLCERAS |
| ☐ ASMA | ☐ EPILEPSIA / ASEGURACIONES | ☐ MONONUCLEOSIS | ☐ ENFERMEDAD VENÉREA |
| ☐ AUTISMO / ASPERGER'S | ☐ INFECCIONES OÍDAS FRECUENTES | ☐ MARCAPASOS | |
| ☐ DESORDEN SANGRANTE | ☐ DOLOR DE CABEZA FRECUENTES | ☐ OTROS - POR FAVOR
LISTA: _____ | |

TODOS LOS PACIENTES: ¿ES ALÉRGICO O ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNA REACCIÓN A LO SIGUIENTE? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

- | | | | | |
|--|---|---|---|----------------------------------|
| ☐ ASPIRINA | ☐ CODEÍNA | ☐ SULFA DRUGS | ☐ PENICILINA / OTROS
ANTIBIÓTICOS | ☐ NINGUNO |
| ☐ ANESTÉSICO -
LOCAL | ☐ PRODUCTO
LÁCTEO | ☐ SENSIBILIDAD METALICA | | |
| ☐ BARBITURADOS | ☐ LATEX | ☐ SEDACIÓN DE ÓXIDO
NITROSO | | |
| ☐ OTROS - POR FAVOR
LISTA: _____ | | | | |

INFORMACIÓN DE MEDICACIÓN

TODOS LOS PACIENTES: ¿ESTÁN TOMANDO ACTUALMENTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

☐ NINGUNO

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ ANTIBIÓTICOS / DROGAS DE
SULFA | ☐ ANTIHISTAMINOS / ALERGIA | ☐ ASPIRINA DIARIA | ☐ MEDICAMENTOS PARA PRESION
ARTERIAL |
| ☐ ANTICOAGULANTES | ☐ CÁNCER / MEDICAMENTOS
QUÍMICOS | ☐ CORTISONA / ESTEROIDES | ☐ MEDICACIÓN DEL CORAZÓN /
DIGITALIS |
| ☐ INSULINA | ☐ NITROGLICERINA | ☐ TRANQUILIZADORES | ☐ MEDICAMENTOS PARA
OSTEOPOROSIS |
| ☐ OTROS MEDICAMENTOS
DIABÉTICOS | ☐ DROGAS RECREACIONALES | ☐ MEDICAMENTOS TIROIDES | |
| ☐ OTRO (POR FAVOR ENUMERE
ABAJO) | | | |

CONTINUAR EN LA PARTE POSTERIOR

Si toma alguna lista de medicamentos a continuación, si no, deje en blanco.

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA:
NOMBRE DE DROGA	MOTIVO PRESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **Fecha:** _____

Staff Signature: _____ **Fecha:** _____

PATIENT REGISTRATION

ID: _____ Chart ID: _____

First Name: _____ Last Name: _____ Middle Initial: _____

Patient Is: ☐ Policy Holder

Preferred Name: _____

☐ Responsible Party

Responsible Party (if someone other than the patient)

First Name: _____ Last Name: _____ Middle Initial: _____

Address: _____ Address 2: _____

City, State, Zip: _____ Pager: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Ext: _____ Cellular: _____

Birth Date: _____ Soc Sec: _____ Drivers Lic: _____

☐ Responsible Party is also a Policy Holder for Patient ☐ Primary Insurance Policy Holder ☐ Secondary Insurance Policy Holder

Patient Information

Address: _____ Address 2: _____

City: _____ State / Zip: _____ Pager: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Ext: _____ Cellular: _____

Sex: ☐ Male ☐ Female Marital Status: ☐ Married ☐ Single ☐ Divorced ☐ Separated ☐ Widowed

Birth Date: _____ Age: _____ Soc. Sec: _____ Drivers Lic: _____

E-mail: _____ ☐ I would like to receive correspondences via e-mail.

Section 2

Employment Status: ☐ Full Time ☐ Part Time ☐ Retired

Student Status: ☐ Full Time ☐ Part Time

Medicaid ID: _____ Pref. Dentist: _____

Employer ID: _____ Pref. Pharmacy: _____

Carrier ID: _____ Pref. Hyg.: _____

Section 3

Referred By: _____

Previous Dentist: _____

Emergency Contact: _____

Emergency Contact #: _____

Primary Insurance Information

Name of Insured: _____ Relationship to Insured: ☐ Self ☐ Spouse ☐ Child ☐ Other

Insured Soc. Sec: _____ Insured Birth Date: _____

Employer: _____ Ins. Company: _____

Address: _____ Address: _____

Address 2: _____ Address 2: _____

City, State, Zip: _____ City, State, Zip: _____

Rem. Benefits: _____ .00 Rem. Deduct: _____ .00

Secondary Insurance Information

Name of Insured: _____ Relationship to Insured: ☐ Self ☐ Spouse ☐ Child ☐ Other

Insured Soc. Sec: _____ Insured Birth Date: _____

Employer: _____ Ins. Company: _____

Address: _____ Address: _____

Address 2: _____ Address 2: _____

City, State, Zip: _____ City, State, Zip: _____

Rem. Benefits: _____ .00 Rem. Deduct: _____ .00

Cita Perdida

Llamadas de recordatorio se realizan quando sea possible, pero es la responsabilidad del paciente para recorder sus citas con el dentista. Por favor, revise la parte inferior de su estado de cuenta de los servicios prestados para confirmer todas las citas de la familia. Si usted llama para hacer una cita, por favor, llevar un registro de la hora y el dia se ha programado. Se require 2 días de trabajo previo aviso para cancelar una cita conel fin para que se evite un cargo por cancelacion de \$50.00 por cada hora.

Todos los cargos deben ser pagados al tiempo del servicio. Si el pago se volvio a los servicios de colecciones, todos los gastos incluyendo honorarios razonables de colecciones (50%) y los gastos judiciales incurridos por el Dr. Jorge Alvarez DDS., PC., seran pagados por el firmante.

Firma de Paciente/ Guardador

Fecha

Hippa

El consentimiento HIPPA para utilizar la informacion protegida de salud para tratamiento, pago y operaciones de atencion medica.

Doy mi consentimiento para permitir Dr. Jorge Alvarez DDS., P.C. a usar o divulgar mi informacion protegida de salud para tratamiento, pago y operaciones de atencion medica.

Tratamiento quiere decir la provision, coordinacion o gestion de la atencion medica y servicios relacionados con uno o mas proveedores de atencion medica. El pago quiere decir las actividades realizadas por un proveedor de cuidado de salud o plan de salud para obtener o proporcionar reembolsos de los seguros para prestacion de la asistencia sanitaria.

Operaciones de atencion medica quiere decir evaluacion de la calidad de conduccion y actividades de mejoracion, revision de la competencia o cualificacion de los profesionales de la salud, suscripcion, calificacion de primas de seguro, y otras actividades relacionadas con los contratos de seguro de salud, revisions medicas, servicios juridicos, funciones de auditoria, y gestion de empresas y actividades administrativas generals del Dr. Jorge Alvarez DDS., PC.

Doy mi consentimiento para permitir que el Dr. Jorge Alvarez DDS., PC. A reveler informacion protegida de salud a otro proveedor de cuidado de la salud operaciones de atencion de las actividades, solamente si el proveedor de atencion medica tiene o tuvo una relacion con el paciente mencionado mas abajo. La divulgacion debe sere para el tratamiento u otras operaciones de cuidado de la salud con el proposito de fraude de atencion medica y deteccion de abuso o cumplimiento. Entiendo que la informacion en mi expediente dental puede incluir informacion relacionada con la enfermedad de transmission sexual, syndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Tambien puede incluir informacion sobre los servicios de salud mental o psiquica.

Firma de Paciente/ Guardador

Fecha

Información de seguro dental

Gracias por elegir la oficina del Dr. Álvarez. Estaremos encantados de ayudarle a presentar sus reclamos de seguro dental. Entendemos que el seguro dental puede ser muy confuso y estaremos encantados de responder sus preguntas lo mejor que podamos. Recuerda que estamos aquí para servirte.

Ayúdenos leyendo y reconociendo lo siguiente:

Algunas compañías de seguros limitan los procedimientos que cubrirán. Tenga la seguridad de que el Dr. Álvarez siempre recomendará el tratamiento apropiado para su salud, independientemente de lo que apruebe un representante de la compañía de seguros.

ESTIMAREMOS su deducible y el monto cubierto en los procedimientos dentales. Recuerde que esto es solo una estimación basada en nuestro historial con su compañía de seguros. Si deben cubrir menos de lo esperado, usted será responsable del saldo. Si cubren más, se aplicará un crédito a nuestra cuenta o se enviará un reembolso rápido, según su preferencia. El seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Haremos todo lo posible para proporcionar toda la información para acelerar el reclamo, pero en última instancia, cualquier procedimiento no cubierto es responsabilidad del paciente.

Infórmenos si se realizó algún tratamiento en otro consultorio dental para que podamos calcular con mayor precisión sus beneficios restantes.

Infórmenos si ha habido algún cambio en su empleo o seguro que pueda afectar sus beneficios.

Gracias por revisar nuestra póliza de seguro. Queremos evitar malentendidos para que podamos centrarnos en su salud.

Entiendo y acepto la política del Dr. Alvarez sobre seguro dental.

Firma de Paciente/ Guardador

Fecha