

Formulario de Registro de Paciente Nuevo

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro _____	Número de Seguridad Social:	Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código Postal:	
Correo Electrónico:			
Teléfono Móvil:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo:	
		Ext:	
Nombre del Médico de Atención Primaria:	Dirección del Médico:	Teléfono médico:	
Nombre del Empleador:	Dirección del Empleado:	Ocupación:	
Doy mi consentimiento a ProHEALTH Dental para comunicarse con la(s) siguiente(s) persona(s) sobre my atencion medica, incluye y no limitaciones a los detalles de la cita y planes de tratamiento;			
Nombre:	Relacion al Paciente:		
INFORMACIÓN DE PADRES/ GUARDIAN			
Nombre de Madre/ Padre/ Guardián:	Número de teléfono:		
Dirección:			
Nombre de Madre/ Padre/ Guardián:	Número de teléfono:		
Dirección:			
INFORMACIÓN DE CUIDADOR(A)			
En el caso que no se pueda localizar a ningún padre o guardián, permita que la siguiente persona designada de su consentimiento para el tratamiento dental para el niño(a) mencionado anteriormente de acuerdo con la póliza de ProHEALTH Dental :			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Los padres/Guardián tiene que estar presente para dar su consentimiento para un nuevo tratamiento dental 2. Cuidador(a) podría traer al niño para un tratamiento predeterminado ya hablado con los padres y el examen de higiene 3. Tratamiento inesperado descubierto cuando el cuidador(a) está presente requiere el consentimiento verbal de unos de los padres o guardián que la oficina debe de obtener y registrar en el chart del paciente. 			
Nombre legal complete del Cuidador(a):	Fecha de Nacimiento:		
Dirección:	Número de teléfono:		
Relación con el niño(a) :			

Formulario de Historial Clínica de Adulto

(Pacientes mayores de 18 años de edad)

OMITA ESTA PAGINA PARA PACIENTES PEDIATRICAS

¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes? Por favor marque los que aplican:

- | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Crecimientos | <input type="checkbox"/> Dolor mandibular | <input type="checkbox"/> Dificulta les Respiratoria | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Alergia a la codeína | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas de los Riñones | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Alergia: _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas de los Hígado | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Trastorno del Desarrollo | <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardíacas | <input type="checkbox"/> Problema mental | <input type="checkbox"/> Apnea de Sueño | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Ansiedad | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Soplo de Corazón | <input type="checkbox"/> trastorno nervioso | <input type="checkbox"/> Educación Especial | |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis | |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina | <input type="checkbox"/> Problema Estomacal | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Jaundice | <input type="checkbox"/> Esta Embaraza Semanas _____ | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco | |
| <input type="checkbox"/> Autism | <input type="checkbox"/> Dolor facial | <input type="checkbox"/> Fijación de la quijada | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación | <input type="checkbox"/> Insomnio | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea | <input type="checkbox"/> Glaucoma | | | <input type="checkbox"/> Roncan | |
| | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno | | | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |

¿Fumas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿cuántos por día?
¿Alguna vez ha tenido alguna complicación después de un tratamiento dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, explíquelo por favor:
¿Ha sido ingresado en un hospital o necesitó atención de emergencia durante los últimos dos años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, explíquelo por favor:
¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, explíquelo por favor:
¿Tiene algún problema de salud que necesite mayor aclaración?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, explíquelo por favor:
Por favor liste todos los medicamentos y las dosis que está tomando actualmente:		

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores e informaciones son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud, informaré a que los médicos en la próxima cita sin fallan.

Nombre del Paciente/Guardián (Imprimir):

Fecha:

Nombre del Paciente/Guardián (Firma):

Fecha:

Cuestionario Médico de Adulto

(Pacientes mayores de 18 años de edad)

OMITA ESTA PAGINA PARA PACIENTES PEDIATRICAS

En **ProHEALTH Dental**, nos preocupamos por su salud y bienestar en general. Esta bien documentado que ciertos problemas de salud oral están relacionados con muchas enfermedades crónicas y pueden afectar la forma en que come, duerme, y vive.

Por favor, complete este cuestionario para que podamos ayudarlo a ser lo mas saludable posible.

Nombre: _____

Fecha: _____

¿Tiene presión arterial alta o toma medicamentos para la presión arterial?	Si	No
¿Tiene diabetes o prediabetes?	Si	No
¿Alguna vez ha experimentado un ritmo cardiaco irregular o le han diagnosticado fibrilación auricular (aFib)?	Si	No
¿Ha sufrido alguna vez un accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio(TIA), o ataque cardíaco?	Si	No
¿Se siente cansado, fatigado o con sueño durante el día?	Si	No
¿Le han dicho alguna vez que roncas?	Si	No
Si has respondido que si, ¿a alguien más le molestan sus ronquidos?	Si	No
¿Alguna vez te has despertado jadeando o con el corazón acelerado?	Si	No
¿Utiliza actualmente un dispositivo CPAP mientras duerme? Si has respondido que si, ¿a veces se salta una noche o se lo quita mientras duerme?	Si	No

Hablado con el paciente: _____ Si _____ No

Nombre del Higienista: Iniciales _____ Firma _____

E0008: Formulario de Cuestionario de Sueño

E0006: Referir para Estudio de Sueño

E0000: Cuestionario de Sueño positivo si hay 2 respuestas de Si

***Ingres el Código en Dentrrix al momento de la visita

Formulario de Historial Clínica Pediátrica

(Menores de 18 años de edad)

OMITA ESTA PAGINA PARA PACIENTES ADULTOS

Nombre del Niño: _____ Apodo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____ SS #: _____ Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino Pronombres: _____

Guardian#1: _____ Relación al Paciente: _____

Empleador: _____ # Trabajo: _____ Móvil: _____

Correo Electrónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Guardian#2: _____ Relación al Paciente: _____

Empleador: _____ # Trabajo: _____ Móvil: _____

Correo Electrónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Hemos visto a otros niños en tu familia? _____

Historia Clínica

Médico/ Pediatra del niño(a): _____ Teléfono: _____

Si No Su niño(a) está de buena salud? Fecha del último examen físico: _____

Si No Su niño(a) alguna vez tuvo un problema de salud? _____

Si No Su niño(a) es alérgico(a) a algo? _____

Si No Su niño(a) tiene sus inmunizaciones/vacunas al día? Si no está al día, por favor explicar: _____

Si No Su niño(a) ha tenido alguna cirugía/ hospitalización? Si has respondido que sí, por favor explicar: _____

Si No Esta tomando su niño(a) algún medicamento actualmente? Por favor comentar los medicamentos, dosis, y razón: _____

Si No Su niño(a) alguna vez ha tenido una transfusión de sangre?

Si No Su niño(a) fuma o usa productos de tabaco?

Si No Su niño(a) ha visto previamente a un dentista?

Fecha de la última cita: _____ Nombre del Dentista: _____

Si No Su niño(a) alguna vez ha recibido flúor en alguna forma?

Si No Su niño(a) se chupa el pulgar o los dedos?

Si No Se cepillan los dientes de su niño(a) una o más veces al día?

Si No A qué edad dejó su niño(a) de tomar de botella o pecho?

Marque cualquiera de los siguientes por los que su niño(a) haya sido tratado:

- | | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Labio hendido/Paladar hendido | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Embarazada | <input type="checkbox"/> Hablar/audición |
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento congénitos | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Espina bífida |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Alergias Estacionales | <input type="checkbox"/> síndrome |
| <input type="checkbox"/> Asma/respiración | <input type="checkbox"/> Endocrino/Crecimiento | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> amígdalas/Adenoides |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Vista | <input type="checkbox"/> Alergia al látex | <input type="checkbox"/> Derivación | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Discrasias Sanguinosas | <input type="checkbox"/> Alergias a los alimentos | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática/Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Tumores | <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes | <input type="checkbox"/> Retrasos Mentales | <input type="checkbox"/> Ronquidos | |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Personalidad/Social | | |

Otro: _____

- ____ Si ____ No Su niño(a) ronca?
- ____ Si ____ No Su niño(a) de despierta con dolores de cabeza por la mañana?
- ____ Si ____ No Su niño(a) parece tener sueño durante el día?
- ____ Si ____ No Alguna vez ha despertado su niño(a) jadeando por aire?
- ____ Si ____ No Alguien en su familia ha sido diagnosticado con apnea del sueño? Si has respondido si, Que tratamiento recibió? _____

Hay algo mas que debemos saber sobre su niño(a)?

Firma del Guardián legal: _____ Relación al Paciente: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PARTIDO RESPONSABLE

La Siguiente es para: Paciente Persona Responsable del Pago Relación con el Paciente _____

Nombre:		Género : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro _____	
SS#:	Fecha de Nacimiento:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Móvil:	
Dirección:			Ciudad/Estado/Código Postal:		

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO:					
Ocupación:	Empleador:	Dirección del Empleador:		Teléfono del Empleador:	
Nombre del Seguro Primario:					
Nombre del Suscriptor:		Fecha de Nacimiento:	Grupo #:	ID #:	
Relación del Paciente con el Suscriptor:	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro: _____				
SEGURO SECUNDARIO:					
Ocupación:	Empleador :	Dirección del Empleador:		Teléfono del Empleador:	
Nombre del Seguro Secundario:					
Nombre del Suscriptor:		Fecha de Nacimiento:	Grupo #:	ID #:	
Relación del Paciente con el Suscriptor:	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro: _____				

Asignación y lanzamiento

El abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tiene cobertura de seguro y asigna los beneficios del seguro directamente a **ProHEALTH Dental** que de otra manera pagar a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos o lo que no pagado por el seguro. Por la presente autorizo al doctor a liberar toda la información necesaria para asegurar los pagos de beneficios y autorizar el uso de esta firma en todos los envíos seguros.

Nombre del Paciente/Guardián (Imprimir):

Fecha:

Nombre del Paciente/Guardián (Firma):

Fecha:

Consentimiento para Tratamiento Dental y el Acuse de Recibo de la Información

La ley requiere nuestra oficina obtener su consentimiento para su cuidado oral contemplado y tratamiento dental. Por favor lea este formulario cuidadosamente y pregunte cualquier cosa que no entienda. Estaremos encantados de explicar y discutir sus preocupaciones y preguntas.

Yo autorizo el consentimiento para el tratamiento oral y dental que puede incluir, sin limitarse a, las siguientes: examen de las radiografías (rayos x), diagnóstico, profilaxis dental (limpieza), tratamiento con flúor, restauraciones (obturaciones y pulpotomías, acero inoxidable coronas de acero), anestesia, cirugía oral (extracciones), tratamiento de ortodoncia interoceptivo y tratamiento de emergencia.

Entiendo que, durante cualquier procedimiento previsto, pueden presentarse condiciones imprevistas que puede requerir tratamiento o procedimientos adicionales, o diferentes de las originalmente discutidos. Además, aunque no me han informado que se espera que los resultados positivos, la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones no pueden prever con precisión y, por lo tanto, puede haber ninguna garantía expresa o implícita ya sea en cuanto al resultado del tratamiento.

Aunque su ocurrencia no es frecuente, se conocen algunos riesgos y complicaciones asociados con procedimientos de cirugía dental u oral. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: después de anestesia, adormecimiento, infección, inflamación, náusea prolongada sangrado, decoloración, vómitos, reacciones alérgicas, deglución o aspiración de materiales diversos (por ejemplo, acero inoxidable coronas), lesiones en la lengua, labios, mejillas, daños a la posible pérdida de los dientes existentes o restauraciones (obturaciones), lesiones a nervios cerca del sitio de tratamiento y fractura de una raíz del diente que puede requerir cirugía adicional para su remoción. Además, entiendo y acepto que complicación puede requerir tratamiento médico, dental o quirúrgico adicional y puede requerir hospitalización.

Consentimiento para el examen de salud integrado

ProHEALTH Dental proporciona un examen práctico y no invasivo en el consultorio de los datos de signos vitales clínicos críticos que pueden revelar una afección médica no diagnosticada. Si bien este no es un diagnóstico definitivo de una complicación de salud en particular, puede indicar la necesidad de una evaluación adicional. Los exámenes de detección incluyen la presión arterial de rutina, la oxigenación de la sangre, la lectura del monitor de diagnóstico del ritmo cardíaco y el examen de detección de cáncer oral y el examen de cabeza y cuello.

Comprender este Formulario

Por la presente declaro que he leído y entiendo este formulario de consentimiento, que me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que podría tener y que todas las preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Entiendo que tengo derecho a recibir respuestas a preguntas que puedan surgir durante el transcurso de mi tratamiento.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento, y que mi consentimiento permanecerá en efecto hasta el momento en que decido retirarlo.

Nombre del Paciente/Guardián (Imprimir):

Fecha:

Nombre del Paciente/Guardián (Firma):

Fecha:

Información Referencial

Cuéntanos como te enteraste de nuestra práctica.

Elija un cuadro azul y de ahí seleccione una de las opciones dentro de ese cuadro

01	Vecindario:	Seleccione uno:	Vecindario • Vi un letrero • Entrada
02	Compania de Seguros:		_____ <i>Nombre de Compania</i>
03	Familiar / Amigo(a) / Conocido(a):		_____ <i>Nombre del Familiar, amigo(a), conocido(a)</i>
04	En linea:	Seleccione uno:	Busqueda de internet • Redes Sociales • Pagina web
05	Anuncio:	Seleccione uno:	Volante/Tarjeta Postal • Revista • Envió • Periódico Exterior/Comunidad • Television
06	Evento:		_____ <i>Nombre de Evento</i>
07	Dentista:		_____ <i>Nombre del Dentista</i>
08	Empleado:	Seleccione uno:	Nuestra Compania • CareMount • Catholic Health • Mt. Sinai Optum • ProHEALTH • Riverside • WestMed
09	Otro:		_____ <i>Descripcion</i>
99	Doctor(a) / Oficina Medica:	Seleccione uno:	CareMount • Catholic Health • Mt. Sinai Optum • ProHEALTH • Riverside • WestMed _____ <i>Doctors Name</i>

Acuerdo Financiero

Nuestro objetivo es ofrecer la máxima calidad de atención dental posible así como una experiencia positiva del paciente. Por favor vea nuestra acuerdo financiero.

Todas las cuentas son pagaderas en el momento del servicio.

Si un procedimiento requiere múltiples citas, pago puede ser pagado con un mínimo de dos pagos o basado en el número de citas para completar el tratamiento.

Opciones de Pago:

- Dinero Efectivo
- Visa / MasterCard / Discover / AMEX
- The Lending Club

Pacientes con Seguro: El paciente/garante es responsable de la porción no cubiertos estimada, procedimientos y/o deducibles en el momento del servicio. Debido a cambios de la póliza de seguro o cambios necesarios en los planes de tratamiento, la cobertura puede variar desde el cálculo estimado de tratamiento. Reconozco que esto es sólo una estimación y que, no la compañía de seguros, soy responsable en última instancia para el pago completo por todos los servicios no cubiertos por ningún motivo por mi seguro.

Los padres no acompañara a su hijo a una cita deben hacer previo acuerdos de pago (efectivo, cheque o tarjeta de crédito la autorización). Los padres acompañando a sus hijos son financieramente responsables del pago.

Hay un cargo de procesamiento por cheques devueltos o sin fondos.

Por favor avisamos por lo menos 24 horas antes de su cito sino va poder atender, ya que hemos reservado tiempo para usted. Para evitar algún cargo por cita perdida.

Nombre del Paciente/Guardián (Imprimir):

Fecha:

Nombre del Paciente/Guardián (Firma):

Fecha:

Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad de mi información de salud protegida bajo la ley de portabilidad y responsabilidad de seguro de salud de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y será usado para:

- Proporcionar y coordinar mi tratamiento entre muchos proveedores de salud que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente
- Obtener el pago de terceros pagadores para mis servicios de salud.
- Realizar operaciones de atención médica normales como actividades de evaluación y mejora de la calidad.

He sido informado de aviso de prácticas del mi proveedor dental de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información protegida de salud. Me ha dado el derecho a revisar y recibir una copia de tal aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho a modificar el aviso de prácticas de privacidad y que puedo contactar con esta oficina para obtener una copia actualizada del aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo pedir por escrito que usted restrinja cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. Entiendo que usted no está obligado a aceptar mis pedidas restricciones, pero si usted está de acuerdo entonces que están obligados a acatar las restricciones.

Nombre del Paciente/Guardián (Imprimir):

Fecha:

Nombre del Paciente/Guardián (Firma):

Fecha: