ProHEALTH Dental™
Put Your Health Where Your Mouth Is

Formulario de Registro de Paciente Nuevo

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido:	**Nombre:**		**Inicial del segundo nombre:**
Estado Civil: ❑ Soltero ❑ Casado ❑ Divorciado ❑ Otro _____	**Número de Seguridad Social:**	**Fecha de Nacimiento**:	**Género**: ❑ M ❑ 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**:	

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

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

¿Fumas?	❑ Sí ❑ No	Si es así, ¿cuántos por día?
¿Alguna vez ha tenido alguna complicación después de un tratamiento dental?	❑ Sí ❑ No	En caso afirmativo, explíquelo porfavor:
¿Ha sido ingresado en un hospital o necesitó atención de emergencia durante los últimos dos años?	❑ Sí ❑ No	En caso afirmativo, explíquelo porfavor:
¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico?	❑ Sí ❑ No	En caso afirmativo, explíquelo porfavor:
¿Tiene algún problema de salud que necesite mayor aclaración?	❑ Sí ❑ No	En caso afirmativo, explíquelo porfavor:
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:

INFORMACIÓN DEL PARTIDO RESPONSABLE				
La Siguiente es para: ❑ Paciente ❑ Persona Responsable del Pago ❑ Relación con el Paciente _____				
Nombre:		**Género** : ❑ M ❑ F	**Estado Civil**: ❑ Soltero ❑ Casado ❑ Divorciado ❑ 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 Empleado**:		**Teléfono del Empleador**:
Nombre del Seguro Primario:				
Nombre del Suscriptor:		**Fecha de Nacimiento**:	**Grupo #**:	**ID #**:
Relación del Paciente con el Suscriptor:	❑ Yo ❑ Esposa ❑ Niño ❑ Otro: _____			
SEGURO SECUNDARIO:				
Ocupación:	**Empleador** :	**Dirección del Empleado:**		**Teléfono del Empleador**:
Nombre del Seguro Secundario:				
Nombre del Suscriptor:		**Fecha de Nacimiento**:	**Grupo #**:	**ID #**:
Relación del Paciente con el Suscriptor:	❑ Yo ❑ Esposa ❑ Niño ❑ 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:

ProHEALTH Dental™
Put Your Health Where Your Mouth Is

Cuestionario médico

En ProHEALTH Dental, nos preocupamos por su salud y bienestar generales. Es sabido que ciertos problemas de salud bucal están relacionados con muchas enfermedades crónicas y pueden afectar la forma de comer, dormir y vivir. Responda estas preguntas para que podamos ayudarle a alcanzar su mejor versión.

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Tiene presión arterial alta o toma medicamentos para la presión arterial?	S	N
¿Tiene diabetes o prediabetes?	S	N
¿Ha experimentado alguna vez un ritmo cardíaco irregular?	S	N
¿Ha sufrido alguna vez un accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio (Transient Ischemic Attack, TIA), o ataque cardíaco?	S	N
¿Ha experimentado alguna vez somnolencia o falta de energía durante el día?	S	N
¿Le han dicho alguna vez que ronca?	S	N
¿Ha molestado alguna vez con su ronquido a otra persona?	S	N
¿Le gustaría dejar de roncar? (Si marcó Sí en la respuesta anterior)	S	N
¿Se ha despertado alguna vez sin aliento o con palpitaciones?	S	N
¿Le han recetado alguna vez un dispositivo de presión positiva continua en vía aérea (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP)?	S	N
Si le han recetado un dispositivo de CPAP, ¿lo usa todas las noches?	S	N
¿Se siente cómodo y satisfecho con el uso del dispositivo de CPAP?	S	N

(Asistentes o higienista)

Tamaño del cuello _____ Mujer > 15, Varón > 16.5 = S

Altura _____ Peso _____ Índice de masa corporal (IMC) _____ > 30 = S

Escala de Mallampati _____ Clase III o IV = S

Lengua festoneada _____ Lengua festoneada = S

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 pregúnte 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 interceptivo 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 alergicas, 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

Por favor díganos cómo usted aprendió acerca de nuestra práctica. (Seleccione TODAS las que correspondan.)

❑ Doctor de ProHEALTH:

Nombre: _____

❑ Doctor de Mount Sinai:

Nombre: _____

❑ Otro Dentist/Doctor:

Nombre: _____

❑ Amigo / Familia

❑ Pagina Web

❑ Busqueda de Internet

❑ Compañía de Seguros

❑ Entrar / Señal de Sierra

❑ Publicidad Periodística

❑ Correo Electrónico deProHEALTH

❑ Envío de ProHEALTH

❑ Personal Dental de ProHEALTH

❑ Empleado de ProHEALTH

❑ Paciente de ProHEALTH

❑ Otro: _____

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 financier.

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 mi 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: