



APPT TIME _____
ASSISTANT _____ LDV _____
NEW PATIENT / EXISTING PATIENT
CHART # _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____
APPELLIDO, PRIMER NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMENINA

NUMERO DE TELÉFONO CASA _____ MOBILE _____ TRABAJO _____

DIRECCION _____
CALLE, CUIDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL,

CORREO ELECTRONICO _____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre de su Doctor Familiar _____ Telefono _____

Fecha de la ultima visita dental _____ Motivo de la visita _____

Por favor marque SI o NO si Su niño ha tenido algunas de estas condiciones medicas:

☐ SI ☐ NO SIDA	☐ SI ☐ NO Epilepsia	☐ SI ☐ NO Rinon	☐ SI ☐ NO Problemas Estomacales
☐ SI ☐ NO Alergias	☐ SI ☐ NO Sangrado excesivo	☐ SI ☐ NO Enfermedades del Higado	☐ SI ☐ NO Embolia
☐ SI ☐ NO Anemia	☐ SI ☐ NO Desmayos	☐ SI ☐ NO Desordenes Mentales	☐ SI ☐ NO Tuberculosis
☐ SI ☐ NO Artritis	☐ SI ☐ NO Glaucoma	☐ SI ☐ NO Desorden Nervioso	☐ SI ☐ NO Tumores
☐ SI ☐ NO Articulaciones	☐ SI ☐ NO Erupciones	☐ SI ☐ NO Marcapaso	☐ SI ☐ NO Ulceras
☐ SI ☐ NO artificiales	☐ SI ☐ NO Fiebre del Heno	☐ SI ☐ NO Embarazo	☐ SI ☐ NO Enfermedades Venereas
☐ SI ☐ NO Asma	☐ SI ☐ NO Accidentes en la cabeza	Fecha de T: _____	☐ SI ☐ NO Alergico a la Codeina
☐ SI ☐ NO Enfermedades de la sangre	☐ SI ☐ NO Enfermedades del corazon	☐ SI ☐ NO Tratamiento de Radiaciones	☐ SI ☐ NO Alergico a la Penicilina
☐ SI ☐ NO Cancer	☐ SI ☐ NO Soplo en la corazon	☐ SI ☐ NO Problemas Respiratorios	☐ SI ☐ NO Otros:
☐ SI ☐ NO Diabetes	☐ SI ☐ NO Hepatitis	☐ SI ☐ NO Fiebre Reumatica	☐ SI ☐ NO
☐ SI ☐ NO Mareos	☐ SI ☐ NO Alta Presion	☐ SI ☐ NO Reumatismo	☐ SI ☐ NO
	☐ SI ☐ NO Ictericas	☐ SI ☐ NO Problema Sinusitis	☐ SI ☐ NO

Medicación Actual _____

Nombre del Pediatra _____ Telefono _____

Ha tenido su niño alguna complicacion en tratmentios dentales? ☐ SI ☐ NO

Si lo ha tenido, por favor explíquelo _____

Su niño ha estado hospitalizado; o en la sala de emergencia los ultimos 2 años? ☐ SI ☐ NO

Si lo ha tenido, por favor explíquelo _____

Su niño esta siendo atendido por algun otro Doctor? ☐ SI ☐ NO

Si lo tiene; Por favor mencionelo _____

Tiene su niño alguna enfermedad importante que debamos saber? ☐ SI ☐ NO

Si lo tiene; Por favor explíquelo _____

Se me han informado todos los procedimientos; y las respuestas e informacion requerida es la correcta. Si existe algun cambio en la salud del paciente se informara inmediatamente.

Firma del Padre/Guardian _____

FECHA _____

Como escucho de nuestra oficina? ☐ Por otro paciente, amigo ☐ Por otro paciente, pariente Nombre: _____

☐ Paginas Amarillas ☐ Radio ☐ Internet ☐ Facebook ☐ Television ☐ Oficina Dental ☐ Otros _____

FOR OFFICE USE ONLY

BP: _____ / _____ Pulse _____ TIME OF EXIT _____ DR REVIEWING MEDICAL HISTORY _____

REFERRAL TO SPECIALIST ☐ YES ☐ NO _____

NEXT VISIT _____

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NUMERO DE TELÉFONO CASA _____ MOBILE _____ TRABAJO _____

DIRECCIÓN _____

CALLE , # DE APARTAMENTO, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL

RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

NOMBRE DE EMPLEADOR _____ OCUPACION _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ RELACION CON EL PACIENTE _____

NUMERO DE TELFONO # (CASA) _____ (TRABAJO) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIVADO

Compañía Aseguradora, Nombre y Dirección _____

Nombre del asegurado _____

Numero Social / Identificación _____

Fecha de Nacimiento del asegurado _____ ID # _____ Group # _____

Dirección del asegurado _____

Nombre del empleador del asegurado _____

Relacion del paciente con el asegurado ☐ Mismo ☐ Esposo/Esposa ☐ Hijo/Hija ☐ Otro _____

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS

Una condicion para recibir tratamiento por esta oficina es hacer arreglos financieros con anticipacion. El consultorio depende sobre los reembolsos de costos de los pacientes que se agregaran a los tratamientos hechos en la oficina y es responsabilidad de cada paciente hacer el pago antes del tratamiento. Todos los servicios de emergencia dental que se realice sin una cita tendran que pagar en efectivo y antes de realizar el tratamiento. Pacientes con seguro dental entienden que los servicios dentales y tratamientos seran cargados directamente al paciente o a la persona responsable. Esta oficina ayuda a los pacientes a preparar formas del seguro del paciente o asistir a coleccionar de la compania de seguros el pago y hacerlo; y si el credito llega a sobrar se depositara a la cuenta del paciente directamente. Sin embargo la oficina no puede dar servicio y asumir los cargos que van a ser pagados por la compania de seguros. Un balance que no se ha pagado en mas de 60 dias se hara un cargo de 1 1/2 % por mes (18% anual). A menos que se haga un arreglo financiero satisfactorio. Entiendo que los honorarios calculados por el tratamiento solo son validos por un periodo de 6 meses a partir de la fecha de la examinacion del paciente. En consideracion con los servicios profesionales prestados que me son solicitados por el Doctor; por lo tanto estoy de acuerdo a pagar el valor del tratamiento que indique el Doctor o el asigne en el tiempo prestado al servicio. Ademas estoy de acuerdo en aceptar el valor que elijan por los servicios que pague a menos que tuviera una objesion por mi.

Yo leí las condiciones de tratamiento dental y de pago y estoy de acuerdo al consentimiento de estas. Doy mi consentimiento para usar los servicios dentales, anestesiólogo local, y el uso de los medios propios y aceptables para completar el tratamiento en mi niño/nina.

Firma De Pariente/Guardian

Relacion al Paciente

Fecha



1. ¿Que significa HIPAA?

HIPAA significa Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 y es una ley federal que establece normas acerca de quienes pueden ver y recibir informacion sobre su salud.

2. ¿Por que debo de firmar ahora?

Firmando hoy simplemente no avisa que si recibio el aviso de HIPAA. Por supuesto, usted puede elegir no firmar.

3. ¿Que pasa si no firmo estas formas de Aviso de Privacidad?

1, necesita saber como nosotros podemos proporcionar cuidado y tratamiento aun no firmando la forma. 2, si usted elige no firmar, nosotros mencionaremos su decision en la parte final de la forma y esperamos que tome una copia del Aviso.

4. ¿Es mi firma solamente un aviso que recibi este Aviso de Privacidad?

Sí, Mediante la firma de esta form de Aviso podemos mostrar al departamento de Servicios Humanos y Salud que estamos cumpliendo con una de las principals reglas de HIPAA para asegurarnos que le damos a cada paciente la oportunidad de obtener el aviso. Usted puede negarse a firmar la forma.

5. ¿Por que esta tan largo este aviso comparado al que recibi de mi institucion financier, la compania de la tarjeta del credito, o de mi compania de seguro de vida?

Estas compañías estan sujetas a un conjunto de diferentes reglas privadas bajo la organizacion de Grahm/Leach Act, mientras que la organizacion al cuidado de la salud estan sujetas a HIPAA y a leyes del Estado.

6. ¿Estas hacienda ahora halgo diferente con mi informacìon de salud antes de que existiera HIPAA?

En realidad, vamos a guardar su informacìon mèdica mas de cerca. Hemos creado politicas y procedimientos para todo nuestro personal en Heroes Dental para asegurarnos que su informacion dental será solo compartida con aquellos que necesitan informacìon al cuidado de la salud.

7. ¿Es solamente este Aviso de HIPAA, para el uso de Heroes Dental?

Sí, sin embargo todas las organizaciones de salud, como hospitals, centros de cirugia ambulatoria y oficinas de Doctores, estan sujetos a HIPAA desde April 14 del 2003 estas organizaciones tienen sus propios Avisos de Prividad que se necesitan firmar cuando vayan a recibi sus servicios.

8. ¿Despues que firmo este aviso y reconocimiento, que va pasar?

Pondremos su forma en el expediente y mencionaremos su eleccìon en nuestro sistema electronico, cuando regrese a su síguiente cita en Heroes Dental le preguntaremos sí ya recibio el Aviso de Privacidad. Sí ya recibió una copia, solo haganolo saber .

9. ¿ Que es lo que voy a pagar por firmar este Aviso de Privacidad?

No hay nungun cobro por firmar nuestro Aviso de Privacidad.

10. ¿Puedo firmar Este reconocimiento sin leer el Aviso de Privacidad?

Sí, es simplemente para documentar que recibiste el Aviso de Privacidad que es requerido por la ley de HIPAA. Su firma no indicara que has leído esta notificacion o que estas de acuerdo con lo que dice.



RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que me han proporcionado la oportunidad de leer una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Heroes Dental

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente o Tutor Legal _____

Fecha _____

La información clínica no se proporcionará a ninguna persona solo Usted como se señala en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Si desea que algun otro miembro de su familia y otras personas se informen de su condicion medical general o diagnostico incluyendo tratamiento, pagos o atenciones del cuidado del salud, por favor de anotar los nombres aqui:

SOLO PARA EL USO DEL OFICINA / FOR OFFICE USE ONLY:

We have made every effort to obtain written acknowledge of receipt of our Notice of Privacy from this patient but it could not be obtained because:

- ☐ Individual refuse to sign
- ☐ Due to an emergency situation it was not possible to obtain an acknowledgment
- ☐ A communication barrier prevented ECT from obtaining acknowledgment
- ☐ Other: (please provide specific details) _____

Employee Signature: _____

Date: _____

Cuestionario para evaluar el riesgo dental



A los padres y personas que cuidan a niños: utilice este formulario para decirnos sobre la salud oral de su niño. La presente será parte del expediente médico de su niño.

Nombre de Padre / Madre / Tutor legal _____ Fecha _____

Nombre del niño _____ Edad del niño _____

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Toma su familia agua que contiene fluoruro, o toman sus niños tabletas de fluoruro? | ☐ | ☐ |
| 2. ¿Usa su niño una pasta de dientes que contiene fluoruro? | ☐ | ☐ |
| 3. ¿Ayuda usted a su niño a cepillarse los dientes? | ☐ | ☐ |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido usted o han tenido sus niños una mala experiencia con el dentista? | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Ha tenido caries alguno de sus niños? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Se queja su niño de dolor en la boca? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Lleva un biberón a la cama su niño? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Siempre camina su niño bebiendo de un biberón o tasa? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Cuántas veces durante el día come bocadillos su niño? _____ | | |
| 10. ¿Cuántos biberones toma su niño cada día? _____ | | |
| 11. ¿Cómo está su propia salud dental? ☐ Buena ☐ Pasable ☐ Mala | | |
| 12. ¿Tiene caries usted? | ☐ | ☐ |
| 13. ¿Se le sangran las encías? | ☐ | ☐ |

¿Sabía usted?

Entre cada 100 niños de edad escolar, se pierden más de 5 días de escuela por año debido a enfermedades dentales.

¡Una buena salud dental es importante!

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)



Cuestionario sobre la salud oral

Nombre del niño _____ Fecha _____

Edad del niño _____ Fecha de nacimiento del niño _____

HISTORIAL MÉDICO

	Sí	No
¿Tuvo la madre de nacimiento algunos problemas durante el embarazo?	☐	☐
¿Nació prematuro su niño?	☐	☐
¿Fue bajo el peso natal de su niño?	☐	☐
¿Hubo algunas complicaciones durante el parto?	☐	☐
¿Ha estado enfermo su niño?	☐	☐
¿Está tomando medicamentos su niño?	☐	☐

DIETA Y NUTRICIÓN

¿Le dio (le da) leche de mamá a su niño?	☐	☐
¿Duerme su niño con un biberón?	☐	☐
¿Bebe de una tasa su niño?	☐	☐
¿Siempre camina bebiendo de un biberón o tasa su niño?	☐	☐
¿Sigue su niño una dieta especial?	☐	☐
¿Cuántas veces durante el día come botanas su niño? _____		
¿Cuántos biberones toma su niño durante el día? _____		

SUFICIENCIA DE FLUORURO

¿Conoce usted el nivel de fluoruro en su agua?	☐	☐
¿Tiene agua de pozo?	☐	☐
¿Usa agua embotellada?	☐	☐
¿Usa un acondicionador de agua o sistema de filtración?	☐	☐
Si contestó sí, indíquelo _____		
¿Usa pasta de dientes con fluoruro para su niño?	☐	☐

HÁBITOS ORALES

¿Usa su niño un chupete?	☐	☐
¿Chupa su niño el pulgar o los dedos?	☐	☐
¿Le rechinan los dientes su niño durante el día o la noche?	☐	☐

PREVENCIÓN DE LESIONES

¿Camina su niño?	☐	☐
¿Está su casa a prueba de niños?	☐	☐
¿Usa su niño un asiento para niños?	☐	☐
¿Ha sufrido su niño una lesión a la boca o la cara?	☐	☐

DESARROLLO ORAL

¿Tiene su niño unos dientes ya?	☐	☐
Edad del niño (en meses) cuando salió su primer diente _____		
¿Ha tenido su niño problemas de dentición?	☐	☐
¿Ha notado usted algún problema con la boca o los dientes de su niño?	☐	☐
¿Se queja su niño de dolor en la boca?	☐	☐
¿Ha tenido alguno de sus niños caries?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido usted o han tenido sus niños una mala experiencia con el dentista?	☐	☐

HIGIENE ORAL

¿Limpia usted las encías o los dientes de su niño?	☐	☐
¿Usa un cepillo de dientes para limpiar los dientes de su niño?	☐	☐
¿Usa pasta de dientes para limpiar los dientes de su niño?	☐	☐

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

First Dental Home