

HISTORIA de SALUD

MID-VALLEY DENTAL ASSOCIATES
Taylor C. Bennion, DMD

2811 Main Street
Philomath, OR 97370
(541) 929-5227



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

HISTORIA DENTAL:

Razón por visita: _____

Dentista Previa: _____ Ciudad: _____

Fecha de último tratamiento dental: _____ Fecha de rayos-x: _____

Por favor marque si tiene o ha tenido alguno de lo siguiente:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mal olor en boca | <input type="checkbox"/> Problemas de mandibula | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal |
| <input type="checkbox"/> Encias sangrantes | <input type="checkbox"/> Dientes flojos o rotos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a dulces |
| <input type="checkbox"/> Rechina los dientes | <input type="checkbox"/> Comida incrustada entre las muelas | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a frío o caliente |
| <input type="checkbox"/> Dolor en boca | <input type="checkbox"/> Úlceras en la boca | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a morder |

¿Está Ud. Satisfecho con la aperiencia de sus dientes? _____

Por favor valore su sonrisa: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

HISTORIA MÉDICA

Nombre de Médico: _____ Fecha de última visita: _____

¿Ha tenido alguna enfermedad o cirugía? sí ___ no ___ ¿Cuál: _____

Para pacientes femeninas:

¿Está embarazada? sí ___ no ___ ¿Esta amamantando? sí ___ no ___ ¿Control de la natalidad? sí ___ no ___

¿Requiere Ud. antibiótico antes de tratamiento dental? sí ___ no ___

Por favor marque si tiene o ha tenido alguno de lo siguiente:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adicción a drogas | <input type="checkbox"/> Enfermedad de pulmones | <input type="checkbox"/> Hemofilico | <input type="checkbox"/> Problemas de espalda |
| <input type="checkbox"/> Alergia a latex | <input type="checkbox"/> Enfermedad de reñones | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Radiación |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre | <input type="checkbox"/> Infartos | <input type="checkbox"/> SIDA |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Jaqueca | <input type="checkbox"/> Soplo al corazón |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Es cardiaco | <input type="checkbox"/> Nervioso/ansioso | <input type="checkbox"/> Tratamiento de cortisone |
| <input type="checkbox"/> Coyuntura artificial | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Tratamiento de cancer |
| <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiatrico | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides | <input type="checkbox"/> Uso de tobacco |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de hígado | | <input type="checkbox"/> Problemas circulación | <input type="checkbox"/> Válvula artificial |
| Otra condicion: | | | <input type="checkbox"/> Válvulas en el corazón |

MEDICAMENTOS: _____

ALERGIAS: _____

Al firmar, reconozco que he leído y respondido las preguntas anteriores a mi leal saber y entender.

Firma de paciente o padre sí el paciente es menor

Fecha



INFORMACIÓN de PACIENTE

INFORMACIÓN de GARANTE *(Persona responsable de la cuenta - madre o tutor si el paciente es menor de edad)*

Nombre legal: _____ Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Número de seguridad social: _____

Empleadora: _____ ¿A quien agradecer por recomendarte? _____

Si casada: Nombre de la esposa _____ Esposo fecha de nacimiento : _____

Empleadora de la esposa _____

INFORMACIÓN de PACIENTE *(Completa si la paciente es menor. Si paciente es garante, puede saltarse esta sección)*

Nombre legal: _____ Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono trabajo: _____

Relación con garante: _____ Número de seguridad social: _____

INFORMACIÓN de la ASEGURADORA

Nombre de miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____ Phone: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Compañía de seguros: _____ Número de identificación: _____ Número de grupo: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

Si usted tiene aseguradora dual, complete el sección a continuación.

Nombre de miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____ Phone: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Compañía de seguros: _____ Número de identificación: _____ Número de grupo: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

He leído y contestado a todas las preguntas con honestidad. Autorizo y requiero a mi compañía aseguradora que pague directamente al dentista cualquier beneficio que tenga. Autorizo al dentista el uso y tránsito de información necesaria para recibir el pago de beneficios. Entiendo que soy responsable de todos los cargos no pagados por mi aseguradora. Autorizo el uso de mi firma en ésta hoja para sumisión de la aseguradora.

Firma de paciente o padre sí el paciente es menor

Fecha



ACUERDO FINANCIERO Y CONDICIONES

Esta declaración es para informarle de nuestra política financiera. Estamos comprometidos a proveerle con el mejor cuidado de calidad utilizando sólo los mejores materiales y tecnologías disponibles en el mercado hoy en día. Todos los gastos en los que incurra son su responsabilidad, independientemente de su cobertura de seguro.

La cobertura del seguro es un valioso activo en la restauración y el mantenimiento de una buena salud oral. Al proporcionarnos información precisa sobre el seguro, que nos permiten procesar sus reclamos de manera oportuna. También podemos ser capaces de determinar los beneficios antes del tratamiento, lo que le proporciona importante información sobre el deducible y copago. Nuestra relación es con usted como nuestro paciente, no la compañía de seguros. Nuestra oficina no es una parte de ese contrato y la responsabilidad final del pago es el suyo. Como una cortesía a usted, vamos a ayudarle a procesar sus reclamaciones de seguros. Si no hay pago de la compañía de seguros dentro de los sesenta (60) días, se espera que usted pague el saldo completo.

Su parte del pago es debido en el momento en que se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, giros postales, cheques personales, Visa, MasterCard y Discover. También ofrecemos ningún interés y planes de pago de intereses bajos extendida a través de la tarjeta de salud y cuidado de crédito Citi Health card y la tarjeta care credit.

Los cheques devueltos por cualquier razón, se cobrará un cargo de procesamiento de \$25.00. Saldos de más de 60 días están sujetos a los derechos de cobro y cargos financieros, a razón de 18% anual. NOTA: Si se hace necesario colecciones efecto de cualquier cantidad adeudada en esta o en posteriores visitas, el que suscribe se compromete a pagar todos los costos y gastos, incluyendo honorarios razonables de abogados y gastos de recaudación

Todas las citas perdidas (aquellos sin aviso de 24 horas) serán evaluó a un cargo de \$ 75.00

He leído la declaración anterior del Acuerdo y políticas financieras, y entiendo que, independientemente de cualquier cobertura de seguro que pueda tener, yo soy responsable del pago de mi cuenta.

Firma _____ Fecha _____



HIPAA - RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Aviso de Prácticas de Privacidad

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida, para dar aviso acerca de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información protegida de la salud y para notificar a las personas afectadas a raíz de una violación de la información de salud protegida sin garantía.

Yo he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Firma de paciente o representante de paciente

Fecha

Nombre de paciente o representante de paciente

Relación con el paciente

Soló para uso de oficina

Se intentó obtener por escrito nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento debido a que:

- El individuo rehusó firmar
- Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impiden la obtención
- Otros (especificar) _____