CAPITOL HILL
DENTISTRY & BRACES

¡Bienvenido!

Gracias por elegir nuestro equipo de cuidado dental! Haremos todo lo posible por ofrecerle el major cuidado dental posible. Para ayudarnos a ajustarnos a sus necesidades dentales, por favor llene completamente esta forma. Si tiene alguna pregunta ó necesitar asistencia, por favor pregúntenos, estaremos felices de ayudarle.

Información del Paciente
(Confidencial)

☆El Paciente Habla: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Ambos

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P: _____

Teléfono(Casa): _____ Teléfono(Celular): _____ Email: _____

Marque la caja apropiada: ☐ Menor ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado

Si es Estudiante, Nombre de la Escuela/Colegio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Asistiendo a la Escuela: ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Not Asisto

Empleador del Padre/Guardián: _____ Teléfono(Trabajo): _____

Dirección(Trabajo): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P: _____

Nombre del Esposo(a) ó Padre/Guardián: _____ Empleador: _____ Teléfono: _____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Parte Responsable (Si no es el paciente)

Nombre de la Persona Responsible de esta Cuenta: _____

Relación con el Paciente: _____ Dirección: _____

Teléfono(Casa): _____ Teléfono(Celular): _____ Email: _____

de Licencia: _____ Fecha de Nac.: _____ Institución de Financiamiento: _____

Empleador: _____ Teléfono(Trabajo): _____ SS#: _____

Información de Seuguro Dental

Titular: _____ Relación con el Paciente: _____

Compañía de Seguro: _____ Estado: _____

Fecha de Nac.: _____ SS#: _____ Número de Miembro: _____ Grupo: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Email: _____

¿TIENE USTED ALGUN SEGURO ADICIONAL? ☐ SI ☐ NO EN CASO DE TENERLO, COMPLETE LO SIGUIENTE:

Titular: _____ Relación con el Paciente: _____

Compañía de Seguro: _____ Estado: _____

Fecha de Nac.: _____ SS#: _____ Número de Miembro: _____ Grupo: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Email: _____

¿Cómo supo de nuestra oficina? ☐ T.V ☐ Radio ☐ Folleto ☐ Internet ☐ Compañía de Seguros

☐ Amigo/familiar (Nombre de la persona que lo recomendó: _____)

Historial Médico

Aunque nuestro personal dental se encarga de su boca y de las áreas alrededor de ella, su boca es parte de su cuerpo completo. Es importante que nos proporcione la siguiente información:

¿Se encuentra bajo algún cuidado médico? ○Si ○No _____

¿Ha estado hospitalizado alguna vez ó tenido alguna cirugía mayor? ○Si ○No _____

¿Ha tenido alguna lesion seria en la cabeza ó cuello? ○Si ○No _____

¿Está tomando algún medicamento? ○Si ○No _____

¿Usted toma ó ha tomado Phen-Fen or Redux? ○Si ○No _____

¿Ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel ó algún otro medicamento que contenga bifosfonatos? ○Si ○No _____

¿Usted lleva alguna dieta ó alimentación especial? ○Si ○No

¿Usted consume Tabaco? ○Si ○No

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?

☐ Aspirina ☐ Penicilina ☐ Codeína ☐ Acrílico ☐ Metal ☐ Latex ☐ Sulfa

☐ Anestesia Local ☐ Otro: _____

¿Usa sustancias controladas? ○ Si ○ No _____

¿Usted tiene ó ha tenido alguno de los siguinetes?

VIH Positivo	○Si	○No	Medicina de Cortisona	○Si	○No	Hemofilia	○Si	○No	Tratamiento de Radiación	○Si	○No
Alzheimer	○Si	○No	Diabetes	○Si	○No	Hepatitis A	○Si	○No	Pérdida de Peso Reciente	○Si	○No
Anafilaxia	○Si	○No	Adicción a las Drogas	○Si	○No	Hepatitis B ó C	○Si	○No	Diálisis Renal	○Si	○No
Anemia	○Si	○No	Fácilmente Agotado	○Si	○No	Herpes	○Si	○No	Fiebre Reumática	○Si	○No
Dolor de Pecho	○Si	○No	Enfisema	○Si	○No	Presión Alta	○Si	○No	Reumatismo	○Si	○No
Artritis/Gota	○Si	○No	Epilepsia ó Ataques	○Si	○No	Colesterol Alto	○Si	○No	Escarlatina	○Si	○No
Válvula Artificial del Corazón	○Si	○No	Sangrado Excesivo	○Si	○No	Urticaria ó Sarpullido	○Si	○No	Células Falcimormes	○Si	○No
Articulación Artificial	○Si	○No	Excessive Thirst	○Si	○No	Hipoglucemia	○Si	○No	Enfermedades Nasal	○Si	○No
Asma	○Si	○No	Desmayos/Mareos	○Si	○No	Pulso Irregular	○Si	○No	Espina Bifida	○Si	○No
Enfermedad de la Sangre	○Si	○No	Tos Frecuente	○Si	○No	Problemas en los Riñones	○Si	○No	Enfermedad Intestinal	○Si	○No
Transfusión de Sangre	○Si	○No	Diarrea Frecuente	○Si	○No	Leucemia	○Si	○No	Enfermedad Estomacal	○Si	○No
Problemas Respiratorios	○Si	○No	Dolor de Cabeza Frecuente	○Si	○No	Enfermedad del Hígado	○Si	○No	Infarto	○Si	○No
Herirse Fácilemnte	○Si	○No	Herpes Genital	○Si	○No	Presión Baja	○Si	○No	Inflamación de Extremidades	○Si	○No
Cancer	○Si	○No	Glaucoma	○Si	○No	Enfermedades Pulmonares	○Si	○No	Enfermedad de la Tiroides	○Si	○No
Quimioterapia	○Si	○No	Alergias	○Si	○No	Prolapso de Válvula Mitral	○Si	○No	Amigdalitis	○Si	○No
Dolores de Pecho	○Si	○No	Ataque al Corazón	○Si	○No	Osteoporosis	○Si	○No	Tuberculosis	○Si	○No
Herpes Labial/Ampollas	○Si	○No	Soplo en el Corazón	○Si	○No	Dolor de Mandibula	○Si	○No	Tumores ó Crecimientos	○Si	○No
Enfermedad del Corazón	○Si	○No	Marcapasos	○Si	○No	Enfermedad de Paratiroides	○Si	○No	Úlceras	○Si	○No
Convulsiones	○Si	○No	Problemas del Corazón	○Si	○No	Tratamiento Psiquiátrico	○Si	○No	Enfermedad Venérea	○Si	○No
									Ictericia	○Si	○No

¿Ha tenido alguna enfermedad seria no mencionada en la lista? ○Si ○No ¿Cuál? _____

Mujeres: Está usted...

☐ Embarazada/Tratando de embarazarse? ☐ Amamantando? ☐ Tomando anticonceptivos orales?

Comentarios:

Firma del Doctor: _____

A mi mayor conocimiento, las preguntas en esta forma han sido contestadas con exactitud. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud(o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi estado médico.

Firma del Paciente, Padre o Guardián:

X _____ Fecha: _____

CAPITOL HILL
DENTISTRY & BRACES
235 SW 25th St.
Oklahoma City, OK 73109
405-295-4967

Aviso de Conocimiento de Prácticas de Privacidad & Concentimiento del Paciente

Entiendo, bajo el Acto de Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPPA: Health Insurance Portability & Accountability Act), que tengo ciertos derechos de privacidad en relación a la protección de mi información de salud/ dental. Entiendo que ésta información puede y será usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre múltiples proveedores del cuidado de la salud, quienes estén involucrados en mi tratamiento, ya sea directa ó indirectamente.
- Conducir operaciones normales del cuidado de la salud, tales como certificaciones y valoraciones de médicos.
- Obtener pagos de terceras partes, tales como compañías de seguros.
- Confirmar y dejar mensajes a números de teléfono proveídos a ésta oficina.

He sido informado de su *Aviso de Prácticas de Privacidad*, que contiene una descripción más completa de los usos y distribución de mi información de salud. Se me ha dado el derecho de revisar tal *Aviso de Prácticas de Privacidad* previo a la firma de éste consentimiento. Entiendo que ésta oficina tiene el derecho de cambiar su *Aviso de Prácticas de Privacidad* de vez en cuando y que puedo contactar a ésta oficina en cualquier momento, en la dirección indicada arriba, para obtener una copia actual del *Aviso de Prácticas de Privacidad.*

Entiendo que puedo solicitar por escrito que ustedes hagan restricciones a la manera en que mi información privada es usada o distribuída para llevar a cabo tratamientos, pagos ó procedimientos del cuidado de la salud. También entiendo que ustedes no están obligados a aceptar tales restricciones, pero si ustedes las aceptan, entonces están obligados a seguir tales restricciones.

Nombre del Paciente: _____

Relación con el Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Politica de Citas Perdidas O Canceladas

Cuando un Paciente pierde una cita dental sin haber llamado o no se presenta a la cita agendada en el dia y hora correctos, se le llama

Cita Perdida

Cuando un paciente cancela su cita dental, sin avisar a la oficina con minimo 24 horas de anticipación, se le llama

Cita Cancelada.

Despues de una "Cita Perdida", el paciente permanecerá en estado de "Walk In" (lo cual significa que puede asistir a la oficina sin cita previa y nosotros haremos el intento de integrarlos al horario entre los pacientes que ya tienen cita).

Despues de una "Cita Cancelada", le podemos reagendar su cita, pero si su cita era durante horarios de alta demanda, como después de las 3pm, su cita no podrá ser reagendada dentro de ese horario.

Nombre Del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente o guardian: _____

YOUR SIGNATURE IS NECESSARY FOR US TO:

1. **PROCESS ALL INSURANCE CLAIMS;**
2. **ENSURE PAYMENT FOR SERVICES PROVIDED**
3. **RELEASE MEDICAL INFORMATION TO INSURANCE COMPANIES NEEDED FOR THE PROCESSING OF YOUR CLAIMS**
4. **RELEASE INFORMATION TO OTHER MEDICAL AND DENTAL PROVIDERS, INCLUDING LABORATORIES, WHEN NECESSARY, FOR YOUR TREATMENT.**

I hereby authorize the release of all medical information necessary to process my claims and I authorize release of this same information, when necessary, to other providers rendering medical/dental care, as well as to labs that need my information to make a diagnosis or fabricate an appliance necessary for my treatment.

I assign all medical and surgical benefits, including major medical benefits to which I am entitled, to DOCTOR/PRACTICE NAME. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as the original.

Patient Signature _____

Patient Full Name (printed) _____

Parent Signature (if minor) _____

Witness _____

Date Signed _____