



HOJA DE REGISTRO & HISTORIAL MÉDICO

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____
 Apellido: _____
 Prefiero que me llamen: _____
 Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Género: _____ ¿El paciente es menor de edad?: Si
 Estado Civil: Casado(a) Unión Libre Divorciado(a)
 Soltero(a) Viudo(a)

¿El paciente es estudiante? Tiempo Completo Medio Tiempo
 Empleador: _____
 Teléfono: _____
 Puesto: _____
 Domicilio de Empleador: _____
 Nombre de esposo(a): _____
 Fecha de nacimiento: _____
 ¿Cómo se entero de nosotros?: _____

SEGURO DENTAL

Persona responsable del seguro: _____
 Relación con el paciente: _____
 Nombre de la aseguranza: _____
 Número de grupo: _____
 ID del suscriptor/NSS: _____
 ¿Esta cubierto por aseguranza adicional? Si No
 Nombre del suscriptor: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Relación con el paciente: _____
 Nombre de la aseguranza: _____
 Número de grupo: _____
 ID del suscriptor/NSS: _____

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN. Certifico que yo y/o mis dependientes tenemos cobertura de aseguranza con _____ y asigno a Carlton Dental todos los beneficios del seguro, si los hubiera, de otra manera pagado a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no, por la aseguranza. Autorizo el uso de mi firma en todas las prestaciones del seguro. La oficina dental mencionada anteriormente puede usar mi información médica y puede revelar dicha información con las aseguranzas nombradas en esta forma y sus agentes con el propósito de obtener pagos por servicios prestados. Este consentimiento terminará cuando finalice mi tratamiento o un año después de firmar este documento.

 Firma del paciente, padre, tutor o representante legal

 Nombre completo del paciente, padre, tutor o representante legal

 Fecha

 Relación con el paciente

INFORMACIÓN DE CONTACTO *INFORMACIÓN REQUERIDA*

*Número Celular (_____) _____ ¿Podemos mandarle mensajes de texto para recordatorios y confirmar citas? Si No
 *Correo Electrónico: _____ Se usará para recordatorios / confirmaciones de citas. No se usará para correo no deseado o entregado a nadie más.
 Número de Casa (_____) _____ Número de Trabajo (_____) _____ Hora y lugar para contactarlo: _____
Contacto de Emergencia: Nombre _____ Relación con el paciente _____ Teléfono (_____) _____

HISTORIAL DENTAL

Razón de su visita: _____
 Fecha de última visita dental: _____
 Fecha de últimas radiografías dentales: _____

	Si	No
¿Le sangran las encías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa alguna forma de tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene la boca seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se acumula comida entre sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Rechina los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dientes flojos o relleno en sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sufre de dolor mandibular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVALUACIÓN DE SU SONRISA

	Si	No
¿Le gustaría sus dientes más rectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le gustaría sus dientes más blancos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha notado desgaste o astillado en sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si pudiera cambiar algo sobre sus dientes, ¿Qué sería?

SALUD DEL SUEÑO

	Si	No
¿Usted ronca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se despierta cansado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se despierta en las mañanas con dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le dificulta mantenerse despierto durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIAL MÉDICO

Si	No		Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AIDS/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Válvulas Cardiacas Artificiales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Sanguínea Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulaciones Artificiales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado Anormal Después De La Cirugía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis, Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Del Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones Congénitas Del Corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas De Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Sanguínea Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso De La Válvula Mitral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad De La Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Del Sistema Nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependencia Química	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento De Radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Escarlata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque Al Corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas De La Circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta De Aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Premedicación necesaria para visitas dentales?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento De Cortisona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Sinusales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está embarazada?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glándulas De Cuello Hinchadas	Otros problemas del corazón: _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas De La Tiroides	_____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	Otras condiciones médicas: _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos o Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	_____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor / Crecimientos En La Cabeza	_____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores De Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	_____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis Tipo _____						

MEDICAMENTOS

Enliste todos los medicamentos que toma actualmente:

Médico de cabecera: _____

Domicilio del médico: _____

Teléfono del médico: _____

ALERGIAS

	Si	No
Penicilina u Otros Antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína u Otros Narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lodine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestesia Local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reacción a metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro / Detalles: _____		

El firmante autoriza a los doctores y al personal de Carlton Dental para realizar exámenes dentales, tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y/o cualquier otra ayuda apropiada para hacer un diagnóstico concienzudo de acuerdo a las necesidades del paciente. También autoriza a los doctores en Carlton Dental de realizar cualquier y todos los tipos de tratamiento, medicación y terapia indicados. El firmante autoriza el uso de anestésicos y entiende que su uso involucra ciertos riesgos.

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROVISTA ES COMPLETA Y PRECISA

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Doctor: _____ Fecha: _____



POLÍTICA DE CITAS TARDÍAS Y PERDIDAS

En Carlton Dental, nuestro objetivo es proporcionar cuidado dental de calidad. Para esto, se requiere un compromiso de tiempo de usted, así como de nosotros. Cuando reserve una cita, usted tendrá nuestro tiempo y atención, así como materiales y equipo listo.

Si por alguna razón necesita cambiar su cita, es importante que le dé a nuestra oficina **al menos 48 horas de anticipación** para evitar una tarifa de reprogramación de \$25.

He leído la política anterior. Entiendo y acepto cumplir con los términos.

Firma de la persona financieramente responsable

Fecha

Gracias por elegir Carlton Dental para sus necesidades dentales. Nos damos cuenta de que la situación financiera de cada persona es diferente. Por esta razón, trabajamos duro para proporcionar una variedad de opciones de pago para ayudarle a recibir el cuidado dental que usted necesita.

- **El pago por servicios es requerido en el momento en que se proporciona el servicio.** Las formas de pago aceptadas incluyen dinero en efectivo, cheques, Visa, MasterCard, American Express, Discover y Care Credit.
- **Pacientes de seguros:** Sus beneficios dentales se basan en un contrato hecho entre su empleador y una compañía de seguros. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios dentales, contacte directamente a su empleador o compañía de seguros. Los planes de beneficios dentales nunca pagarán por la terminación de su cuidado dental. Sólo tienen la intención de ayudarle.

Acceptamos la mayoría de los planes de seguro. Esto significa que trabajamos con **literalmente cientos de empresas**. A pesar de que mantenemos historiales de pago computarizados por una empresa dada, **estos cambian**; por lo cual **no nos es posible** darle una cotización garantizada en el momento del servicio. Estimamos su porción basándonos en la información más actualizada que tenemos, pero **sólo es una estimación**. Las compañías de seguros no nos proporcionan cargos precisos para ningún procedimiento.

- Le facturamos a su compañía de seguros como una cortesía para usted. Si su seguro no paga dentro de 60 días, **Carlton Dental** se reserva el derecho de solicitar el pago de usted, en su totalidad, por los servicios prestados y le permitirán recoger los fondos que se le deban de su seguro. Esto es raro, pero es importante que usted reconozca que el seguro que tiene es un contrato legal entre **USTED y su compañía de seguros**. Nuestra oficina no es y no puede ser parte de ese contrato legal. **En última instancia, usted es responsable de todos los cargos incurridos en nuestra oficina.**
- **Pacientes sin seguro:** Se requiere pago **en su totalidad en el momento del servicio**. Entendemos que sin el seguro dental puede ser difícil, especialmente si hay necesidades dentales extensas. Por favor consulte con nuestro coordinador de tratamiento para opciones de pago incluyendo 3^{ra} opciones de financiamiento del partido como el crédito de cuidado.
- **Pacientes menores:** El adulto que acompaña a un menor de edad y los padres (o tutores) son responsables de **pago completo**, independientemente de la orden de manutención de la corte. En el caso de menores no acompañados, no se realizará ningún tratamiento de emergencia a menos que se hayan efectuado acuerdos previos de aprobación y financiación.
- **Visitas de emergencia:** En caso de **emergencia** después de horas hábiles, se cobrará una tasa de emergencia de \$55 para los pacientes establecidos, además de los honorarios de tratamiento necesarios. Los pacientes que no estén establecidos en la práctica se les cobrará una tarifa de emergencia de \$125 después de horas hábiles.
- **Arreglos financieros:** Reconozco que soy responsable financieramente de todos los cargos. Si es necesario efectuar cobros de mi cuenta debido a esta o subsecuentes visitas, acepto pagar todos los costos y gastos, incluyendo honorarios razonables de abogado. Cualquier cheque devuelto tendrá una cuota de \$35 y no se aceptarán más cheques de ese paciente. Si la cuenta debe ser entregada a una agencia de cobros, por cualquier razón, el 10% del saldo principal se añadirá por intereses, junto con un cargo adicional del 10% de servicio.

He leído el seguro y la política financiera de arriba. Entiendo y acepto cumplir con los términos de la lista.

Firma de la persona financieramente responsable

Fecha



Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información de salud sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información.

Por favor lea este documento cuidadosamente.

La privacidad de su información de salud es importante para nosotros.

NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por la ley federal y estatal aplicable a mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos concernientes a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras está en vigencia. Este aviso tiene efecto 1/1/03, y permanecerá en vigor hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando tales cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso afectarán toda la información de salud que fue obtenida, incluyendo la información de salud que creamos o recibimos antes de hacer los cambios. Antes de hacer cambios significativos en nuestras Prácticas de Privacidad, se cambiará este aviso y el nuevo aviso estará disponible a petición.

Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este aviso, por favor contáctenos usando la información listada al final de este aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Usamos y divulgamos información médica sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de salud. Por ejemplo:

Tratamiento: Nosotros podemos usar o revelar su información de salud a un dentista, médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento.

Pago: Podemos usar y revelar su información de salud para obtener el pago por los servicios que le proporcionamos.

Operaciones Sanitarias: Podemos usar y revelar su información de salud en relación con nuestras operaciones de salud. Las operaciones de salud incluyen evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento, revisando la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluando

profesional y el desempeño del proveedor, la realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias, o acreditación actividades.

Su Autorización: Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago o operaciones de salud, usted puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o para divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará a ningún uso o revelación permitido por su autorización mientras estaba en vigencia. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o revelar su información de salud por ninguna razón excepto las descritas en este aviso. Por ley estatal, su autorización es válida por 90 días.

A Su Familia y Amigos: Debemos revelar su información de salud a usted, como se describe en la sección de derechos del paciente de este aviso. Podemos revelar su información de salud a un miembro de la familia, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudarle con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero sólo si usted está de acuerdo en que podemos hacerlo.

Personas Involucradas En Cuidado: Podemos usar o revelar información de salud para notificar, o asistir en la notificación de (incluyendo identificar o localizar) a un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su condición general, o muerte. Si usted está presente, antes de usar o revelar su información de salud, le proporcionaremos la oportunidad de objetar tales usos o divulgaciones. En caso de incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos la información de su salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional, divulgando solamente la información de la salud que es directamente relevante a la implicación de la persona en su cuidado médico. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés en permitir que una persona recoja las prescripciones llenas, los suministros médicos, las radiografías, u otras formas similares de información de salud.

Servicios De Marketing Relacionados Con La Salud: No usaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito.

Obligatorio Por Ley: Podemos revelar su información de salud cuando estamos obligados a hacerlo por la ley.

Abuso O Negligencia: Podemos revelar su información de salud a las autoridades apropiadas si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o la posible víctima de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de los demás.

Seguridad Nacional: Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las fuerzas armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a los federales autorizados información médica requerida para la inteligencia legal, la contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos revelar a instituciones correccionales o la policía oficial

tener la custodia legal de la información protegida de la salud del preso o del paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios De La Cita: Podemos usar o revelar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (tales como mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas).

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene el derecho a mirar u obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que proporcionemos copias en otro formato que no sean fotocopias. Vamos a utilizar el formato que usted solicite a menos que no podamos hacerlo. Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Puede obtener un formulario para solicitar acceso mediante la información de contacto listada al final de este aviso. Le cobraremos una tarifa razonable basada en los costos para gastos tales como copias y tiempo del personal. También puede solicitar el acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Si usted solicita copias, podemos cobrarle \$0,83 por cada página hasta treinta (30) y \$0,63 para cada página después de treinta, una cuota administrativa de \$19 para localizar y copiar su información médica y franqueo si desea que se le envíen las copias por correo. Las radiografías (rayos x) se duplicarán a un precio razonable. Si usted solicita un formato alternativo, nosotros le cobraremos una tarifa basada en costos por proveer su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, le prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud por un honorario. Póngase en contacto con nosotros utilizando la información indicada al final de este aviso para una explicación completa de nuestra estructura de honorarios.

Contabilidad De Divulgación: Usted tiene el derecho de recibir una lista de los casos en los cuales nosotros o nuestros asociados de negocios divulguen su información de salud para ciertos propósitos, aparte del tratamiento, el pago, las operaciones de salud, y algunas otras actividades, durante los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, nosotros podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos por responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por medios o lugares alternativos. Usted debe hacer su petición por escrito. Su petición debe especificar los medios o la localización alternos, y proporcionar una explicación satisfactoria acerca de cómo serán manejados los pagos bajo medios alternos o ubicación que usted solicite.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito, y debe explicar por qué la información debe ser enmendada. Podemos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electrónico: Si recibe este aviso en un sitio web o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir este aviso en forma escrita.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, por favor contáctenos.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que hicimos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, usted puede enviarnos una queja usando la información de contacto indicada en el fin de esta notificación. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos bajo petición.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.

Carlton Dental
133 E Main Street Carlton, OR 97111
www.carltondental.net
(503) 852-7147