

REGISTRO DE PACIENTE

Nombre completo: _____ Nombre Preferido: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M ___ F ___ Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Número de teléfono: _____ Email: _____

Licencia de conducir: _____ Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Preferencia de idioma: Español ___ Inglés ___

Contacto de emergencia: Nombre _____ Numero de Telefono _____

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo a nuestra oficina?: _____

¿Cuándo fue su última visita al dentista (aproximadamente)?: _____

<p>Parte responsable (si alguien que no sea el paciente es financieramente responsable del tratamiento)</p> <p>Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___</p> <p>Relación con el paciente: _____</p>
--

<p>Consentimiento de comunicación:</p> <p>¿Podemos enviarle mensajes de texto?: ___ Si ___ No</p> <p>¿Podemos dejar mensajes de voz?: ___ Si ___ No</p>
--

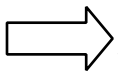
- ¿Tiene dolor o malestar en este momento?..... Si No
- ¿Se siente nervioso por tener un tratamiento dental?..... Si No
- ¿Le interesaría una forma sencilla de blanquear sus dientes?.... Si No

Reconocimiento de prácticas de privacidad:

He recibido el Aviso de la ley de prácticas de privacidad y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo.

Consentimiento para exámenes dentales y radiografías.

Yo, el abajo firmante, voluntariamente doy mi consentimiento para autorizar a los proveedores dentales y los profesionales y el personal de la clínica dental que pueden estar involucrados en mi atención para que proporcionen los exámenes, diagnósticos, cuidados y tratamientos que mi proveedor de servicios dentales considere necesarios o aconsejables.



Nombre del paciente o padre (letra de molde)

Firma del paciente o padre

Fecha

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de todo su cuerpo. Problemas de salud que pueda tener, o la medicación que esté tomando, podrían tener una importante interrelación con la odontología que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas:

¿Está bajo el cuidado de un médico ahora?..... Si No En caso afirmativo: _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación mayor?... Si No En caso afirmativo: _____

¿Alguna vez sufriste una lesión grave en la cabeza o el cuello?..... Si No En caso afirmativo: _____

¿Está tomando medicamentos, pastillas o drogas?..... Si No En caso afirmativo: _____

¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux?..... Si No

¿Estás en una dieta especial?..... Si No

¿Usa tabaco?..... Si No

¿Usa sustancias controladas?..... Si No

¿Alguna vez ha tenido dificultad para anestesiarse o ha tenido alguna reacción a la anestesia local?..... Si No

MUJERES:

¿Está embarazada/intentando quedar embarazada?..... Si No

¿Toma anticonceptivos orales?..... Si No

¿Amamantamiento?..... Si No

¿Es alérgico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Drogas sulfa

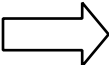
Anestésicos locales Otro: _____

CIRCULE cualquiera de los siguientes que haya tenido o haya:

AIDS/HIV	Diálisis renal	Fácilmente sinuoso	Presión arterial baja
Anafilaxia	Diarrea frecuente	Fiebre del heno	Problemas de riñón
Anemia	Drogadicción	Fiebre reumática	Problemas del corazón
Angina	Dolores de cabeza frecuentes	Glaucoma	Problemas respiratorios
Articulación artificial	Dolores en el pecho	Hemofilia	Prolapso de la válvula m
Artritis / Gota	Dolor en la mandíbula	Hepatitis: A B C	Quimioterapia
Asma	Epilepsia o convulsiones	Herpes	Reumatismo
Ataque del corazón / Fracaso	Enfermedad de célula falciforme	Herpes genital	Sangrado excesivo
Atención psiquiátrica	Enfermedad de la sangre	Herpes labial / Ampollas de fiebre	Sed excesiva
Amigdalitis	Enfermedad del estómago	Hinchazón de las extremidades	Sinusitis
Cáncer	Enfermedad del hígado	Hipoglucemia	Soplo cardíaco
Cardiopatía	Enfermedad de tiroides	Ictericia amarilla	Tos frecuentes
Cirugía de corazón	Enfermedad paratiroidea	Infarto cerebral	Tratamientos de radiac
Convulsiones	Enfermedad pulmonar	Latido del corazón irregular	Transfusión de sangre
Colesterol alto	Enfermedad venérea	Leucemia	Trastorno cardíaco cong
Crecimientos de tumores	Enfisema	Medicina cortisona	Tuberculosis
Culebrilla	Escarlatina	Osteoporosis	Úlceras
Desmayos / mareos	Espina bífida	Pérdida de peso reciente	Urticaria o sarpullido
Diabetes	Fácilmente abollado	Presión arterial alta	Válvula cardíaca artificio

¿Ha tenido alguna vez alguna enfermedad grave que no se haya mencionado anteriormente? Si ___ No ___

En caso afirmativo: _____



Nombre de paciente o padre (letra de molde)

Firma de paciente o padre

Fecha

INFORMACIÓN DEL SEGURO

1 - Tiene usted: ¿SEGURO DENTAL PRIMARIO? No ___ Sí ___ **NOMBRE:** _____

Nombre Completo del Suscriptor Principal: _____ DOB: ___/___/___

ID de Miembro o SSN: _____ Nombre del Empleador: _____ Grupo
No. _____

Teléfono del Seguro: _____ Relación con Suscriptor: UNO MISMO CÓNYUGE HIJO/A

2 - Tiene usted: ¿SEGURO DENTAL SECUNDARIO? No ___ Sí ___ **NOMBRE:** _____

Nombre Completo del Suscriptor Principal: _____ DOB: ___/___/___

ID de Miembro o SSN: _____ Nombre del Empleador: _____ Grupo
No. _____

Teléfono del Seguro: _____ Relación con Suscriptor: UNO MISMO CÓNYUGE HIJO/A

Algunos de sus procedimientos pueden estar cubiertos por su seguro médico.

3 - Tiene usted: ¿SEGURO MÉDICO? No ___ Sí ___ **NOMBRE:** _____

Nombre Completo del Suscriptor Principal: _____ DOB: ___/___/___

ID de Miembro o SSN: _____ Nombre del Empleador: _____ Grupo
No. _____

Teléfono del Seguro: _____ Relación con Suscriptor: UNO MISMO CÓNYUGE HIJO/A

Política de Cancelación

MiraMar Family Dental comprende que pueden surgir problemas no planificados y es posible que deba cancelar una cita. Si eso sucede, pedimos respetuosamente que las citas programadas se cancelen con al menos 24 horas de anticipación. Nuestro médico quiere estar disponible para sus necesidades y las necesidades de todos nuestros pacientes. Cuando un paciente no se presenta a una cita programada, otro paciente pierde la oportunidad de ser visto.

A partir del 1 de Enero de 2024, se cobrará una tarifa de \$50.00 si no recibimos una llamada para cancelar una cita.

Gracias por ser un paciente valioso y por su comprensión y cooperación mientras instituímos esta política. ¡Esta política nos permitirá abrir citas que de otro modo no se utilizarían para atender mejor las necesidades de todos los pacientes!

PACIENTES DE SEGUROS

La presentación del seguro no es una ciencia exacta; Como cortesía para usted, verificaremos su seguro para determinar la elegibilidad y los beneficios antes de su visita inicial, así como también cada vez que nos notifique de un cambio en su cobertura. No podemos garantizar que la información que recibimos sea una garantía de pago. Las compañías de seguros afirman que la cobertura es sólo una **estimación** de los beneficios. En última instancia, usted es responsable de saber qué cubre o no cubre su plan y si hay períodos de espera para realizar el trabajo. Cualquier monto no cubierto por su plan, excepto los descuentos de tarifas contractuales, es su responsabilidad financiera. **Por la presente autorizo la cesión de beneficios.** _____ (inicial)

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no pague el seguro. MiraMar Family Dental puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a mi (s) compañía (s) de seguros y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados, según las pautas de la HIPAA.



Nombre de paciente o padre (letra de molde)

Firma de paciente o padre

Fecha

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

MiraMar Family Dental

6127 N Fry Rd
Katy, TX 77449

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido y revisado una copia del *Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA* de MiraMar Family Dental.

Entiendo que el *Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA* de MiraMar Family Dental puede cambiar periódicamente y que tengo derecho a recibir una copia del *Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA* revisado de MiraMar Family Dental si lo solicita.

Entiendo que, si tengo preguntas sobre el *Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA* de MiraMar Family Dental, puedo comunicarme con MiraMar Family Dental al 832-779-8444.

Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar este Reconocimiento si así lo deseo, y que MiraMar Family Dental no me rechazará el tratamiento si me niego a firmar este Reconocimiento.

Además, entiendo que puedo comunicarme con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Si tengo inquietudes con respecto a las políticas y procedimientos de privacidad de MiraMar Family Dental. Para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., solicite ayuda al gerente de la oficina, mencionado anteriormente.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente / parte responsable: _____ Fecha: _____

Si no es el paciente, complete la siguiente información:

Nombre de la Parte Responsable: _____

Parte Responsable Fecha de Nacimiento: _____

Relación al Paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Personas autorizadas a acceder a mis registros médicos:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____