

REGISTRO DE PACIENTE

Nombre completo: _____ Nombre preferido: _____ Fecha: _____

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

Seguro Social — opcional; necesario solo para pacientes con financiamiento o seguro.

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

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Preferencia de idioma: Español ___ Inglés ___

Contacto de emergencia : Nombre: _____ Número de teléfono: _____

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo a nuestra oficina?

Amigo: _____ Google Instagram Facebook Nextdoor TikTok Yelp Otro: _____

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

Parte responsable (si alguien que no sea el paciente es financieramente responsable del tratamiento)

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Consentimiento de comunicación

Al proporcionar mi número de teléfono y marcar "S" a continuación, acepto recibir mensajes de texto (SMS) de MiraMar Family Dental, incluyendo recordatorios de citas y, si lo autorizo, mensajes de cuenta y promocionales. La frecuencia de los mensajes varía (hasta aproximadamente 4 al mes) y pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Puedo responder STOP para cancelar o HELP para ayuda en cualquier momento. El consentimiento no es condición para recibir tratamiento. La información móvil no se comparte con terceros ni afiliados con fines de marketing. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para más detalles.

¿Podemos enviarle mensajes de texto? ___ Sí ___ No ¿Podemos dejar mensajes de voz? ___ Sí ___ No

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

Reconocimiento de prácticas de privacidad

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo. Entiendo que también puedo revisarlo en cualquier momento en el sitio web miramarfamilydental.com.

Consentimiento para Grabación de Audio y Documentación Asistida por IA

El consultorio usa una herramienta segura asistida por IA —de un proveedor bajo un Acuerdo de Asociado Comercial (BAA) de HIPAA— que graba el audio de su consulta y lo convierte en texto para ayudar a crear sus notas clínicas, las cuales son revisadas y aprobadas por su proveedor tratante. Las grabaciones y transcripciones forman parte de su expediente médico protegido, no se usan para entrenar modelos de IA y se manejan conforme a nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Es voluntario y no afecta su tratamiento; puede rechazarlo o retirarlo en cualquier momento.

Doy mi consentimiento para la grabación de audio para documentación asistida por IA. No lo autorizo.

Consentimiento para exámenes dentales y radiografías

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento voluntario y autorizo a los proveedores dentales y a los profesionales y el personal de la clínica dental que puedan estar involucrados en mi atención a proporcionar los exámenes, diagnósticos, cuidados y tratamientos que mi proveedor dental considere necesarios o aconsejables.

Nota de tarifa: Para pacientes de contado sin seguro dental, el costo del examen y las radiografías es de \$75. No incluye limpieza dental, consultas con médicos especialistas, radiografías 3D como las tomografías CBCT, o escaneos intraorales 3D.

Nombre del paciente o padre (letra de molde)

Firma del paciente o padre

Fecha

HISTORIAL MÉDICO

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

¿Está bajo el cuidado de un médico actualmente? Sí No

En caso afirmativo: _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación mayor? Sí No

En caso afirmativo: _____

¿Alguna vez ha sufrido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Sí No

En caso afirmativo: _____

¿Está tomando algún medicamento, pastilla o droga? Sí No

En caso afirmativo: _____

¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux? Sí No

¿Está en una dieta especial? Sí No

¿Usa tabaco? Sí No

¿Usa sustancias controladas? Sí No

¿Alguna vez ha tenido dificultad para anesthesiarse o alguna reacción a la anestesia local? Sí No

MUJERES:

¿Está embarazada / intentando quedar embarazada? Sí No ¿Toma anticonceptivos orales? Sí No

¿Amamantando? Sí No

¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Sulfas Anestésico local

Otro: _____

Marque cualquiera de los siguientes que haya tenido o tenga:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Angina |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Ataque/Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Crecimientos de tumores | <input type="checkbox"/> Culebrilla |
| <input type="checkbox"/> Desmayos/Mareos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Diálisis renal | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Drogadicción |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita | <input type="checkbox"/> Enfermedad de célula falciforme | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del estómago | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Espina bífida | <input type="checkbox"/> Falta de aliento fácilmente | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Herpes labial/Ampollas febriles | <input type="checkbox"/> Hinchazón de extremidades | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia |
| <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Infarto cerebral | <input type="checkbox"/> Latido cardíaco irregular | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Medicina con cortisona | <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Tratamientos de radiación |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Urticaria o sarpullido | <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial |

¿Ha tenido alguna vez alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? Sí No

En caso afirmativo: _____

Nombre del paciente o padre (letra de molde)

Firma del paciente o padre

Fecha

INFORMACIÓN DE ACUERDO FINANCIERO Y SEGURO

INFORMACIÓN DEL SEGURO

1. ¿Tiene SEGURO DENTAL PRIMARIO? ___ Sí ___ No Nombre: _____

Nombre completo del suscriptor principal: _____ Fecha de nacimiento: _____

ID de miembro o SSN: _____ Nombre del empleador: _____ Grupo N.º: _____

Teléfono del seguro: _____ Relación con el suscriptor: Uno mismo Cónyuge
Hijo/a/Dependiente

2. ¿Tiene SEGURO DENTAL SECUNDARIO? ___ Sí ___ No Nombre: _____

Nombre completo del suscriptor principal: _____ Fecha de nacimiento: _____

ID de miembro o SSN: _____ Nombre del empleador: _____ Grupo N.º: _____

Teléfono del seguro: _____ Relación con el suscriptor: Uno mismo Cónyuge
Hijo/a/Dependiente

PACIENTES CON SEGURO: Como cortesía, verificaremos su elegibilidad y beneficios del seguro antes de su primera visita y actualizaremos sus registros cada vez que nos notifique un cambio en su plan. Recuerde que la tramitación del seguro dental no es una ciencia exacta, y la información que proporciona su compañía de seguros es solo una estimación de beneficios, no una garantía de pago. Tenga en cuenta que nuestra oficina es una clínica dental fuera de la red (out-of-network) y no participamos dentro de la red con ninguna compañía de seguros dentales ni acuerdos de seguros de terceros. Usted es responsable, en última instancia, de conocer la cobertura de su plan, incluidas las exclusiones, los períodos de espera y las limitaciones. Cualquier cargo no cubierto por su plan, aparte de los descuentos contractuales, es su responsabilidad financiera. Por la presente, autorizo la asignación de beneficios del seguro a este consultorio.

Política de cancelación

MiraMar Family Dental comprende que pueden surgir imprevistos y que usted podría necesitar cancelar una cita. Si eso sucede, le pedimos respetuosamente que cancele las citas programadas con al menos 24 horas de anticipación para tratamiento básico y 48 horas para tratamiento mayor. Nuestro médico desea estar disponible para sus necesidades y las de todos nuestros pacientes. Cuando un paciente no se presenta a una cita programada, otro paciente pierde la oportunidad de ser atendido. **Se cobrará a su cuenta una tarifa de \$50.00 para tratamiento básico y \$100.00 para tratamiento mayor si no recibimos una llamada o un mensaje de texto para cancelar la cita.** Gracias por ser un paciente valioso y por su comprensión y cooperación. Esta política nos permite liberar citas que de otro modo no se usarían para atender mejor las necesidades de todos los pacientes.

- Para asegurar que el tiempo con el doctor quede reservado específicamente para usted, requerimos que todos los honorarios del tratamiento se paguen en su totalidad al menos 48 horas antes de su cita programada. Esta política nos permite prepararnos adecuadamente para su visita y mantener la disponibilidad para todos nuestros pacientes.
- Política de copias de radiografías: Las copias de radiografías pueden solicitarse por una tarifa administrativa de \$25. El procesamiento puede tomar hasta 24 horas. Las radiografías se enviarán al correo electrónico indicado en el formulario de autorización. Para cumplir con las regulaciones de HIPAA, se requiere un formulario de autorización firmado antes de enviar cualquier registro.

Nombre del paciente o padre (letra de molde)

Firma del 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 también puedo revisar y obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en el sitio web miramarfamilydental.com.

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 revisado si lo solicito.

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 firmar este Reconocimiento es voluntario y que MiraMar Family Dental no me negará el tratamiento si decido no firmarlo.

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

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente / parte responsable: _____ **Fecha:** _____

Si usted no es el paciente, complete la siguiente información:

Nombre de la parte responsable: _____

Fecha de nacimiento de la parte responsable: _____

Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Personas autorizadas a acceder a mis registros médicos:

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____