



**RAPHA
DENTAL**
Gentle & Affordable Dentistry

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono del Hogar _____.

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Número de Seguro Social _____.

Sexo M F Casado/a Viudo/a Soltero/a Menor Separado/a Divorciado/a

Correo Electrónico _____ Teléfono Móvil _____.

Empleador/Escuela _____ Teléfono del Empleador/Escuela _____.

Dirección del Empleador/Escuela _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Cónyuge o Nombre del Padre/Madre _____

_____ Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____.

¿A quién podemos agradecerle por habernos referido? _____ Persona de contacto en caso de emergencia _____ Teléfono _____.

PARTE RESPONSABLE

Nombre de la Persona Responsable de esta Cuenta _____ Relación con el Paciente _____.

Domicilio _____ Teléfono del Hogar _____.

N.º de Licencia de Conducir _____ Fecha de Nacimiento _____.

Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____.

¿Es actualmente paciente de nuestro consultorio? Sí No

Correo Electrónico _____ Teléfono Móvil _____.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del Asegurado _____ Relación con el Paciente _____.

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Fecha de Empleo _____ Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____.

Dirección del Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____. Compañía de Seguros _____ N.º de Grupo _____

N.º de Sindicato o Sección _____ Domicilio _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____.

¿Cuánto es el monto de su deducible? _____ ¿Cuánto ha utilizado? _____ Max. Beneficio Anual _____.

SEGURO ADICIONAL

Por favor complete la página 3 si tiene un seguro dental adicional

AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN

A mi leal saber y entender, la información proporcionada anteriormente es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si ocurre algún cambio en mi salud o en la de mi hijo menor.

Certifico que yo y/o mis dependientes contamos con la cobertura del seguro _____ y
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

cedemos directamente al Dr. Mock In Huh todos los beneficios del seguro, si los hubiera, que de otro modo me fueran pagados por el servicio realizado. Entiendo que soy responsable de todos los cargos en los que incurra, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.

El dentista mencionado anteriormente puede usar mi información médica y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros nombrada(s) y a sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios a pagar por los servicios correspondientes. Este consentimiento finalizará cuando se complete el plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de la firma a continuación.

Firma del Paciente, Tutor o Representante Personal

Fecha

Escriba el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Se deberá realizar el pago del importe total al momento del tratamiento, a menos que se hayan aprobado acuerdos previos.

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL SEGURO

Nombre del Asegurado _____ Relación con el Paciente _____.

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Empleo _____.

Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____.

Dirección del Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____. Compañía de Seguros _____ N.º de Grupo _____

N.º de Sindicato o Sección _____ Domicilio _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____. ¿Cuánto es el monto de su deducible? _____

¿Cuánto ha utilizado? _____ Max. Beneficio Anual _____.

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL SEGURO

Nombre del Asegurado _____ Relación con el Paciente _____

. Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Empleo _____.

Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

. Dirección del Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____. Compañía de Seguros _____ N.º de Grupo _____

N.º de Sindicato o Sección _____ Domicilio _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____. ¿Cuánto es el monto de su deducible? _____

¿Cuánto ha utilizado? _____ Max. Beneficio Anual _____.

Formulario para la Historia de Salud

ADA American Dental Association®

America's leading advocate for oral health

Email: _____ Fecha de hoy: _____

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre: <i>Apellido</i> <i>Nombre</i> <i>2o Nombre</i>	Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i> () ()	Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i> () ()
Dirección: <i>Dirección postal</i>	Ciudad:	Estado: Código postal:
Ocupación:	Altura: Peso:	Fecha de nacimiento: Sexo: M F
SS# o ID del Paciente: Contacto en Emergencias:	Parentesco: Teléfono: <i>Incluya código del área</i> () ()	Teléfono celular: <i>Incluya código del área</i> () ()
Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona? <i>Su Nombre</i> <i>Parentesco</i>		
Tiene alguna de estas enfermedades o problemas: (Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta) SÍ No NS		
Tuberculosis activa		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tos persistente de más de 3 semanas de duración		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tos que produce sangre		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.</i>		

Información Dental En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.

SÍ No NS	SÍ No NS
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sufre de dolor de oídos o del cuello? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sufre de boca seca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tiene lesiones o úlceras en su boca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Usa dentaduras (placas) completas o parciales? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Participa en actividades enérgicas de recreación? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Está fluorada el agua que llega a su casa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen dental: Qué le hicieron en esa ocasión?
Bebe usted agua embotellada o filtrada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha de su última radiografía dental:
Si es así, con qué frecuencia? Marque su respuesta con un círculo: A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE	
Tiene dolor o molestias dentales en este momento? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?	
Cómo se siente con su sonrisa?	

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

SÍ No NS	SÍ No NS
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Médico: <i>Nombre</i> Teléfono: <i>Incluya código del área</i> () ()	Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?
Dirección/Ciudad/Estado/Código:	Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se encuentra usted sano/a? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos: _____ _____ _____
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Si es así, qué condición le están tratando?	
Fecha de su último examen médico:	

Información Médica

Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

<p>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</p> <p>Usa lentes de contacto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____</p> <p>Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha del comienzo del Tratamiento: _____</p> <p>Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción.</p> <p>Anestésicos locales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Aspirina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Penicilina u otros antibióticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sulfas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Codeína u otros narcóticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Usa sustancias reguladas (drogas)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? <i>Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA</i></p> <p>Bebe bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____</p> <p>Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____</p> <p>SÓLO MUJERES Está usted:</p> <p>Embarazada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Número de semanas: _____</p> <p>Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Amamantando? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Metales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Látex (goma) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Yodo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Polen (fiebre del heno)/estacional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Animales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alimentos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p>Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.</p>			
<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Válvula cardíaca artificial (prótesis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Previa endocarditis infecciosa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Válvulas dañadas en corazón transplantado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad cardíaca congénita (ECC)</p> <p style="padding-left: 20px;">ECC cianótica, sin reparar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Reparada en los últimos 6 meses (completamente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">ECC reparada con defectos residuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i></p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Arterioesclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Daño en las válvulas cardíacas... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Marcapasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad cardíaca reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sangramiento anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Si es así, fecha: _____</p> <p>Hemofilia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SIDA o infección por VIH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Arterioesclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Daño en las válvulas cardíacas... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Marcapasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad cardíaca reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sangramiento anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Si es así, fecha: _____</p> <p>Hemofilia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SIDA o infección por VIH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Bronquitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sinusitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetes Tipo I o II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Trastornos de alimentación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Malnutrición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Reflujo G.E./ardor persistente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Derrame cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Desmayos o ataques epilépticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alteraciones neurológicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Si es así, especifique: _____</p> <p>Alteraciones del sueño <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Usted ronca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alteraciones mentales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Especifique: _____</p> <p>Infecciones recurrentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Tipo de infección: _____</p> <p>Alteraciones renales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sudor nocturno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Osteoporosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Inflamación persistente de los ganglios del cuello <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cefaleas graves/jaquecas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Pérdida de peso severa o rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Orina en forma excesiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Arterioesclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Daño en las válvulas cardíacas... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Marcapasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad cardíaca reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sangramiento anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Si es así, fecha: _____</p> <p>Hemofilia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SIDA o infección por VIH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p>Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			
<p>Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____</p> <p style="text-align: right;">Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ()</p>			
<p>Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Explique por favor: _____</p>			

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/Apoderado: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____

RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DE
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento

Entiendo que, conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), dispongo de ciertos derechos de privacidad respecto de mi información médica protegida.

Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

1. Dirigir, planificar y llevar a cabo mi tratamiento y hacer un seguimiento a los diversos proveedores de atención médica que puedan participar directa e indirectamente en ese tratamiento
2. Obtener el pago de terceros pagadores
3. Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y comprendido su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Entiendo que esta organización puede, en cualquier momento, obtener una copia actual del Aviso de Prácticas de Privacidad en la dirección anterior.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restrinja la forma en que se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o la operación de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar la restricción solicitada pero, si acepta, entonces estará obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre del Paciente (en letra de imprenta): _____.

Relación con el Paciente: _____.

Firma: _____ Fecha: _____.

Solicitud de Comunicaciones Confidenciales

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____.

Anote los detalles correspondientes sobre cómo debemos comunicarnos con usted.

(solo si tiene una solicitud)

_____.

******* SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO*******

Intenté obtener la firma del paciente como acuse de recibo en el Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no fue posible, tal como se describe a continuación.

Fecha: _____ Motivo: _____ Iniciales: _____.



Consentimiento Informado para Tratamiento Dental

Lea las siguientes afirmaciones y coloque sus iniciales. Si tiene alguna pregunta, consulte a su médico antes del inicio del tratamiento

1. Consentimiento Preliminar para Tratamiento

Comprendo que hoy me someteré a alguno o todos los procedimientos que se detallan a continuación: Examen, radiografías, "rayos X" y limpieza "profiláctica".

Iniciales _____.

2. Medicamentos, Sustancias y Condiciones Médicas

Comprendo que los antibióticos, los analgésicos, los "medicamentos para el dolor", los anestésicos, el látex y otras sustancias pueden causar reacciones alérgicas, lo cual puede provocar enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, picazón, dolor, vómitos y/o reacciones alérgicas más graves. He informado al dentista de cualquier alergia y/o afección médica conocida, incluido la posibilidad de embarazo

Iniciales _____.

3. Cambios en el Plan de Tratamiento

Comprendo que, durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a condiciones que se presenten durante el tratamiento y que no fueron evidentes al realizar el examen inicial. Algunos de estos cambios son, entre otros, el tratamiento de conducto que es necesario después de la colocación de "empastes profundos", o coronas, recomendadas después de la colocación de "empastes grandes". Autorizo a mi dentista a realizar cambios y/o adiciones a mi plan de tratamiento según sea necesario

Iniciales _____.

4. Beneficios Dentales

Comprendo que el tratamiento que recomienda mi dentista está basado en lo que él o ella determina que es mejor para mi salud dental y no necesariamente en lo que pagará un plan de seguro. Por lo tanto, entiendo que mi seguro (si corresponde) puede no cubrir todos los aspectos de mi plan de tratamiento, y que seré responsable del pago de cualquier tratamiento que no esté cubierto por el plan de seguro. Comprendo que el plan de tratamiento que me han propuesto es una estimación de los beneficios del seguro y que mi cobertura real puede diferir debido a limitaciones en la frecuencia, cobertura grupal, información incompleta proporcionada por mi compañía de seguros, etc. También reconozco que soy responsable de cualquier saldo restante en el caso de que mi cobertura de seguro finalice por cualquier motivo.

Iniciales _____.

Comprendo que el tratamiento dental tiene riesgos y consecuencias potenciales. Del mismo modo, también implica riesgos la denegación de llevar a cabo el tratamiento dental. Las afecciones que no reciben tratamiento pueden causar dolor, hinchazón, infección, pérdida de dientes y/o tener otras consecuencias graves. Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que no se pueden asegurar ni garantizar resultados exactos. He tenido la oportunidad de que mi dentista responda todas mis preguntas.

_____.

Firma del Paciente, Padre o Madre, Tutor Legal o Representante Personal

_____.

Fecha

_____.

_____.

Escriba el nombre del Paciente, Padre o Madre, Tutor Legal o Representante Personal Relación con el Paciente



Rapha Dental LLC

Dr. Mock In Huh
700 Route 130 N Suite 204
Cinnaminson, NJ 08077

<http://RaphaDentalLLC.com>

Teléfono 856-829-8668

DrHuh@RaphaDentalLLC.com

Política de la Oficina Respecto de los Requisitos de Cambio de Cita o Aviso de Cancelación

Comprenda que en Rapha Dental su cita con el dentista representa un valioso tiempo profesional, no solo a nuestro médico, sino a todo nuestro personal. La hora de su cita está reservada exclusivamente para usted a fin de que podamos brindarle toda nuestra atención.

Respetamos el valor de su tiempo y le pedimos amablemente que también respete y valore nuestro tiempo. Debido a la naturaleza individual de cada cita, se requiere un aviso de 48 horas para cualquier cancelación o cambio que sea necesario para su horario designado.

Mi firma a continuación indica que comprendo la importancia de esta cita y estoy dispuesto a aceptar estos requisitos. También entiendo que seré responsable de un cargo de \$ 89 si no realizo dicha notificación.

Firma

Fecha

Gracias por su cooperación anticipada.

Dr. Mock In Huh
Rapha Dental LLC