

Odontología Mountain View
Dentista Justin Sama

Información para el paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____
Apellido, Nombre Inicial del segundo nombre (Nombre preferido)
#de Seguro Social : _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Género: *M / F*
Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Extensión: _____ (Celular): _____
Dirección de envío: _____
Calle / Apartado Postal Ciudad Estado Código Postal
correo electrónico: _____

Información de salud

¿ Actualmente o en el pasado , tiene alguna de las siguientes condiciones? Marque o rodee con un círculo todas las opciones que correspondan:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias alimentarias: | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual: _____ | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática/ictericia |
| <input type="checkbox"/> Alergia al látex | <input type="checkbox"/> Mareos / Desmayos | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Migrañas/dolores de cabeza frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Otras alergias: _____ | <input type="checkbox"/> Anorexia o bulimia | <input type="checkbox"/> Tipo de hepatitis: _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos paranasales |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Dependencia de drogas y alcohol | <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca o de Crohn |
| <input type="checkbox"/> Artritis osteorreumatoide | <input type="checkbox"/> Glaucoma / Cataratas | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal o hepática | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial: _____ | <input type="checkbox"/> Hiper o hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Tumores / Crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón: Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Ataques de ansiedad o pánico | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> TDAH o TDA | <input type="checkbox"/> Cirugías: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación/sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Osteoporosis / Osteopenia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiación o quimioterapia | <input type="checkbox"/> Marcapasos o desfibrilador | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta/baja | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 o 2 | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio | | |

¿ Tiene algún problema de salud no mencionado anteriormente? ☐ Sí ☐ No Si es así, por favor explique:

• ¿ Está tomando algún medicamento actualmente? ☐ Sí ☐ No. Si es así, por favor enumere los medicamentos con receta/OTC/herbales: _____

• ¿ Es usted alérgico a algún medicamento ☐? Sí ☐ No Si es así, por favor enumere: _____

• Nombre del médico: _____ Fecha de la última visita médica: _____

• ¿ Ha tenido alguna complicación después de un tratamiento médico o dental? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

• ¿ Ha sido hospitalizado o ha necesitado atención de emergencia durante los últimos tres años? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

• **(Mujeres)** ¿ Está embarazada o sospecha que podría estarlo o está amamantando? ☐ Sí ☐ No especificar : _____ de vencimiento : _____

• ¿ Alguna vez le han dicho que necesita premedicarse con un antibiótico antes de sus citas dentales? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

• ¿ Alguna vez ha tomado bisfosfonatos orales o inyectables? (Ejemplos: Fosamax , Actonel, Boniva, Zometa, Aredia) ☐ Sí ☐ No Si es así, por favor explique: _____

• ¿ Consume alguno de los siguientes? Alcohol: Sí / No, Drogas recreativas: Sí / No, Tabaco: Sí / No

¿ Tipo de tabaco? _____ ¿ Cuánto tabaco ? _____ ¿ Interesado en dejarlo? Sí / No

A mi leal saber y entender, toda la información anterior es correcta. Es mi responsabilidad informar al consultorio sobre cualquier cambio en mi salud o la de mi hijo/a en la próxima cita.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha : _____

Información del seguro

Primario

Nombre del asegurado: _____ ¿Esta asegurado el paciente? Si or No

Fecha de nacimiento del titular asegurado: _____ N.º de identificación: _____ N.º de grupo: _____

Dirección del asegurado: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Relación del paciente con el asegurado: ☐ Yo mismo ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro _____

Política de citas

Nuestro objetivo es brindar atención dental de calidad de manera oportuna. Para lograrlo, solicitamos a nuestros pacientes que cumplan con nuestra política de cancelación de citas y de no presentarse. Esta política nos permite optimizar el uso de las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención dental.

Nuestro compromiso con usted:

- Trabajaremos con usted para encontrar el horario de cita que mejor se adapte a su agenda.
- Haremos todo lo posible por recordarle su cita con al menos dos días de anticipación, ya sea por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico. Puede indicarnos la mejor manera de contactarlo para confirmarle su cita.
- Si vamos con retraso, haremos todo lo posible para informarle con antelación.

Su compromiso con nosotros:

- Las citas deben confirmarse dentro de las 24 horas posteriores a la hora de la cita.
- Si no recibe nuestra llamada, mensaje de texto o correo electrónico de confirmación, contáctenos lo antes posible para confirmar. Si la oficina está cerrada, déjenos un mensaje de voz. Todas las citas de los lunes deben confirmarse antes de las 9:00 a. m. del jueves. Las citas no confirmadas podrían resultar en la cancelación.
- Por favor, llegue puntualmente a su cita. Es posible que le pidamos que llegue temprano para actualizar la documentación, lo que nos permitirá atenderle a la hora de su cita.

Cancelación de una cita: Para respetar las necesidades de otros pacientes, le pedimos que se comunique con nuestra oficina 24 horas antes de su cita. Las citas no confirmadas podrían resultar en la cancelación.

Llegada tardía: Si llega 10 minutos después de su cita, podríamos tener que reprogramarla. Si logramos completar parte de su cita, es posible que le pidamos que regrese en otro momento para completar lo demás.

No presentarse: Una "No presentarse" es una cita que no se canceló con al menos 24 horas de anticipación y no se presentó en la oficina. Las citas no presentadas no se reprogramarán.

Varias cancelaciones con poca antelación pueden dar lugar a que le recomendemos que busque otro proveedor dental para continuar con su atención dental.

Si cancelar una cita es inevitable, le solicitamos respetuosamente que nos avise con la mayor anticipación posible.

Reconocimiento: Mi firma a continuación indica que he leído, comprendido y acepto la política de citas anterior.

Firma del paciente : _____ Fecha: _____

Consentimiento para los servicios

Como condición para su tratamiento en esta clínica, se deben realizar arreglos financieros por adelantado. La clínica depende del reembolso por parte de los pacientes de los costos incurridos en su atención, y la responsabilidad financiera de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento. Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos, deben pagarse en efectivo al momento de la prestación. Los pacientes con seguro dental entienden que todos los servicios dentales prestados se cobran directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Esta clínica ayudará a los pacientes a preparar los formularios de seguro o a realizar cobros a las compañías de seguros y abonará dichos cobros a la cuenta del paciente. Sin embargo, esta clínica dental no puede prestar servicios bajo el supuesto de que nuestros cargos serán pagados por una compañía de seguros. El saldo pendiente de pago durante más de 60 días, a menos que se realicen arreglos financieros previos por escrito, puede dar lugar a medidas adicionales. Entiendo que el presupuesto indicado para esta atención dental solo puede extenderse 90 días a partir de la fecha de cotización. En consideración a los servicios profesionales que me ha prestado el Doctor, o a petición mía, me comprometo a pagarle el valor razonable de dichos servicios al Doctor o a su cesionario, en el momento de la prestación. Asimismo, acepto que el valor razonable de dichos servicios será el facturado, salvo que me oponga por escrito dentro del plazo de pago. Asimismo, acepto que la renuncia a cualquier incumplimiento de cualquier término o condición del presente documento no constituirá una renuncia a ningún otro término o condición, y acepto pagar todos los costos y honorarios razonables de abogados si se interpone una demanda en virtud del presente. Autorizo a usted o a su cesionario a llamarme a los números de teléfono que figuran en la lista para tratar asuntos relacionados con este formulario. He leído las condiciones de tratamiento y pago anteriores y acepto su contenido.

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha: _____ Relación con el paciente: _____

**Autorización para la divulgación de información
Para Mountain View Dentistry
Dentista Justin Sama**

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

El Dr. Justin Sama está autorizado a divulgar información médica protegida sobre el paciente mencionado anteriormente a las entidades que se indican a continuación. El propósito es informar al paciente o a otras personas, de acuerdo con sus instrucciones.

☐ Correo de voz

☐ Mensajes de texto

☐ Correo electrónico

☐ Hora y fecha de la cita

☐ Cualquier comunicación

☐ Información financiera

☐ Cónyuge/Otro (proporcione nombre y número de teléfono)

☐ Padre (proporcione nombre y número de teléfono)

☐ Financiero

☐ Tratamiento dental

☐ Citas _____

Información para el paciente

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y a inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará según lo descrito en este documento. Entiendo que la revocación no surtirá efecto en los casos en que la información ya se haya divulgado, pero sí lo hará en el futuro.

Entiendo que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no estará condicionado a la firma. Esta autorización estará vigente hasta que sea revocada por el paciente.

Firma: _____ Fecha: _____

Acuse de recibo de las prácticas de privacidad

He leído una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Mountain View Dentistry. Si lo solicito, puedo recibir una copia o enviarla por correo electrónico.

Firma : _____ Fecha : _____

Solo para uso de oficina

No se pudo obtener la firma del paciente debido a la lista de explicaciones específicas: _____

Historial Dental del Nuevo Paciente

¿Cuál es su principal preocupación hoy? _____

¿Cuál es la fecha de su última visita al dentista? _____ ¿Últimas radiografías? _____

¿Tiene antecedentes de enfermedad periodontal? _____

¿Ha recibido algun tratamiento periodontal antes? _____ ' si es asi ¿
donde? _____

¿Alguien en su familia usa dentadura postiza? _____

¿Está satisfecho con su sonrisa actual? _____ Si no, por favor explique:
