



CONCORD CENTER FOR FAMILY DENTISTRY

1424-A FERN CREEK DRIVE
STATESVILLE, NC 28677-9376
(704) 749-4141 PH (704) 871-1505

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ **Fecha de Hoy** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Seguro Social:** _____

Direccion: _____

(Calle, Apt. #)

(Ciudad)

(Estado)

(Codigo Postal)

Informacion Para Contactar: _____

(Tel. De Casa)

(Celular)

(# de Trabajo)

(Correo Electronico)

Persona Responsable: _____ **Tel. #:** _____

(Padres/Guardian)

(Si no es el mismo)

Contacto de Emergencia: _____

(Nombre)

(# de Tel.)

(Nombre)

(# de Tel.)

Farmacia: _____

(Nombre)

(# de Tel.)

Doctor de Familia: _____

(Nombre)

(# de Tel.)

Cuando fue la ultima vez que fue al dentista? _____

A quien le podemos dar gracias por su visita? _____

CONCORD CENTER FOR FAMILY DENTISTRY

982 LEE-ANN DR NE

CONCORD, NC 28025

PH (704) 787 9355 FX (704) 787 9554

POLITICAS DE LA OFICINA/ACUERDO DE TRATAMIENTO

- Salvo en caso de emergencia, por favor intente mantener sus citas dentales para permanecer en el cumplimiento de su plan de tratamiento, si usted no puede mantener su cita, por favor comuníquese con nuestra oficina para informarnos, si pierde de dos citas sin aviso, la oficina puede optar por la liberación de usted como un paciente.
- Traiga su tarjeta de seguro actual con usted cada visita. Si usted no tiene su tarjeta en el día de su cita, es posible que puede retrasar su tratamiento o que no pueda retrasar su tratamiento o que no pueda ser visto.
- Este Preparado para pagar en efectivo por su co-pago dental cada visita. **NO ACEPTAMOS CHEQUES.** Se aceptan tarjetas de débito o crédito para cubrir cargos por un total de \$10.00 o más. Para prótesis dentales, parciales o coronas, hay un 50/50 plan. Si usted no tiene su co-pago el día de su cita, por favor consulte con el manager de la oficina sobre su obligación de pago o de las opciones de acuerdo a su situación de seguros.
- Debido a razones legales y de responsabilidad, si el paciente es menor de 18 años de edad o un residente de un hogar de grupo, Assisted Living, hogar de ancianos o de Servicios Sociales, los padres, tutores o personal de enfermería está obligado a permanecer en la clínica durante la duración de su cita. Si el paciente es dejado o los niños no se corrigen, el paciente no será tratado e intentaremos contactar con el tutor o guardián para que sean recogidos.
- **MEDICAMENTOS:** Usted está obligado a ser examinado antes de cualquier medicamento prescrito. **SIN EXCEPCIONES!!** Usted debe preguntarle al médico por cualquier tipo de medicamento que se prescribe. Cuando el médico salga de la habitación, las prescripciones ya no serán discutidas, todos los medicamentos recetados serán objeto de seguimiento. Opciones de tratamientos alternos y el dolor será discutido con el médico. Si usted es un paciente de una clínica de tratamiento del dolor, se le requiere para hacernoslo saber. No somos una clínica de tratamiento del dolor y no seremos víctimas de abuso.
- Si lleva a niños pequeños con usted a su cita, usted tendrá que sacar nueva cita. Nuestros empleados no serán responsables por ellos mientras está en tratamiento.
- Por favor sea considerado con su lenguaje y nivel de ruido de las conversaciones, como somos una oficina amigable y de familia. Agradeceríamos ningún comportamiento perturbador ya que nuestros dentistas y los empleados necesitan concentrarse en el tratamiento del paciente. Si el comportamiento se vuelve inquietante u ofensivo para cualquier persona, se le pedirá que abandone la clínica.
- Debido a emergencias o retrasos inesperados en los tratamientos, puede que tenga que esperar. Si no puede esperar, por favor permita saberlo a nuestro personal para que podamos reprogramar su cita.

Yo reconozco que he leído y entendido las declaraciones anteriores y de acuerdo a que se adhieran a ellos como un paciente de esta oficina.

Paciente/Padre/Guardian Legal

Fecha

AVISO DE PRACTICA DE RECONOCIMIENTO

CONCORD CENTER FOR FAMILY DENTISTRY

ENTIENDO QUE CONFORME EL ACTO DE PORTABILIDAD DE SEGURO DE 1996, (HIPPA) TENGO CIERTOS DERECHOS A PROTEGER MI PRIVACIDAD EN CUANTO A MI SALUD. ENTIENDO QUE MI INFORMACION PUEDE Y SERA USADA SOLAMENTE PARA:

- CONDUCIR, PLAN DIRECTO DE MI TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO ENTRE
- ABASTECEDORES DE ASISTENCIA MEDICA MULTIPLES QUE PUEDEN ESTAR IMPLICADOS EN ESTOS TRATAMIENTOS DIRECTAMENTE O IINDIRECTAMENTE
- OBTENER PAGOS DE TERCERAS PERSONAS O INSTITUCIONES
- CONDUCIR OPERACIONES DE ASISTENCIA MEDICA NORMALES COMO CERTIFICACIONES

HE RECIBIDO, LEIDO Y ENTENDIDO SU NOTICIA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD QUE CONTIENEN UNA DESCRIPCION MAS COMPLETA DE LOS USOS Y LAS REVELACIONES DE MI INFORMACION DE SALUD, YO ENTIENDO QUE ESTA ORGANIZACION TIENE EL DERECHO DE CAMBIAR SU AVISO DE PRACTICAS DE CUALQUIER MOMENTO EN LA DIRECCION ARRIBA MENCIONADA PARA OBTENER UNA COPIA CORRIENTE DEL AVISO DE PRIVACIDAD EVALUACIONES DE CALIDAD Y CERTIFICACIONES DE MEDICO.

YO ENTIENDO QUE PUEDO SOLICITAR POR ESCRITO, QUE SE RESTRINJA MI INFORMACION COMO PRIVADA, SI MI INFORMACION ES USADA O DIVULGADA PARA TRATAMIENTO, O PAGO DE SALUD. TAMBIEN ENTIENDO QUE USTEDES NO ESTAN OBLIGADOS A ACEPTAR LAS RESTRICCIONES A MI PEDIDO, PERO SI USTED ESTA DE ACUERDO ENTONCES ESTAN OBLIGADOS A RESPETAR ESTAS RESTRICCIONES.

NOMBRE DE EL PACIENTE: _____

RELACION AL PACIENTE: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

OFFICE USE ONLY

ITTEMPTED TO OBTAIN THE PATIENT'S SIGNATURE IN ACKNOWLEDGEMENT ON THIS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT, BUT WAS UNABLE TO DO SO AS DOCUMENTED BELOW:

Date:	Inititals:	Reason:

Autorizacion para la Divulgacion de Informacion

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

CONCORD CENTER FOR FAMILY DENTISTRY. Esta autorizado a divulgar la informacion protegida de la salud del paciente antes mencionado a las entidades mencionadas a continuacion. El proposito es informar al paciente o de otras de acuerdo con las instrucciones del paciente.

Entidad para recibir informacion. Compruebe cada persona/entidad que apreueba para recibir informacion.	Descripcion de la informacion para ser liberados: Comprobar que cada uno se puede dar a la persona/entidad en el lado izquierdo en la misma seccion.
Correo de Voz	Resultados de pruebas de laboratorio/radiografias Otros
Conyuge (indique el nombre y numero de telefono) _____ _____	Financial Medico de la siguiente manera: _____ _____
Padres (indique el nombre y numero de telefono) _____ _____	Financial Medico de la siguiente manera: _____ _____
Otro (indique el nombre y numero de telefono) _____ _____	Financial Medico de la siguiente manera: _____ _____

Informacion para el paciente:

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorizacion en cualquier memento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la informacion de salud protegida que se divulgara tal como se describe en este documento. Entiendo que la revocacion no es eficaz en los casos en que ya ha sido divulgada la informacion, pero sera efectiva en el futuro.

Yo entiendo que la informacion usada o divulgada como resultado de esta autorizacion puede estar sujeta a una nueva divulgacion por el recipiente y pudiera ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

Yo entiendo que tengo el derecho de negarse a firmar esta autorizacion y que mi tratamiento no estara condicionado a la firma. Esta autorizacion estara vigente hasta que sea revocada por el paciente.

Firma de el paciente o Respresentante Personal

Fecha

Descripcion de la autoridad del representante personal (adjunte la documentacion necesaria)

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- | | | |
|---|---|---|
| ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Está usted en una dieta especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usa tabaco? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usted usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?
 Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|--|---|-----------------------------------|---|
| SIDA / HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diálisis renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / vértigo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Lafido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretonescon facilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falla del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | La ictericia amarilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____