

American Dental Care
105 N. Virginia Ave. Suite 103
Falls Church, VA 22046
Telephone: 703-533-7285 Fax: 703-533-7287

American Dental Care

Fecha: _____

Nombre: _____ Preferido: _____

Hombre: _____ Mujer: _____ Fecha de nacimiento: _____ (mes / fecha / año)

Título: _____ Estado civil: soltero _____ casado _____ separado _____ divorciado _____ viudo _____

Dirección de casa:

Tel. de casa: _____ Tel. del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Fax: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de la empresa / empleador: _____ Cargo: _____

Seguridad Social #: _____

Nombre del cónyuge: _____ Nombre de la empresa / empleador: _____

Puesto: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Persona responsable de esta cuenta: _____ Relación con el paciente: _____

SÓLO PARA FINES DE VERIFICACIÓN DEL SEGURO

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación del seguro: _____ Número de grupo / póliza: _____

Nombre de la empresa (empleador) a través del seguro: _____

Nombre del seguro dental: _____ Teléfono: _____

Liberación de información de Seguro y Pago

Certifico que yo, o mi dependiente estamos cubiertos por un seguro dental con _____, y asigno directamente a Occoquan Family and Cosmetic Dentistry todos los beneficios del seguro, si los hubiera, pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros. O C F D puede usar mi información de atención médica o la de mi menor / hijo y puede divulgar dicha información a las compañías de seguros mencionadas anteriormente y a sus agentes con el fin de

obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro o el beneficio pagadero. Para servicios relacionados.

¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLE A NUESTRA OFICINA?

En caso de emergencia, ¿a quién debemos notificar?

Nombre: _____ Teléfono (celular): _____ Teléfono (casa): _____

CUESTIONARIO DE SALUD HISTORIAL MÉDICO

1. Nombre y número de teléfono del médico: _____
2. ¿Cuándo fue su último examen físico? _____
3. ¿Tiene algún problema de salud? _____ SÍ NO
4. ¿Ha sido hospitalizado o ha tenido una enfermedad / operación grave en los últimos cinco años?
_____ SÍ NO

En caso afirmativo, explíquelo por favor, _____

5. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?
 - Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática _____ SÍ NO
 - Lesiones cardíacas congénitas, soplo, o prolapso de la válvula mitral _____ SÍ NO
 - Enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio, angina o arteriosclerosis) _____ SÍ NO
 - Presión arterial alta / baja _____ SÍ NO
 - Hepatitis A, B o C, ictericia o enfermedad hepática _____ SÍ NO
 - Alergias estacionales, asma o fiebre del heno _____ SÍ NO
 - Desmayos o convulsiones _____ SÍ NO
 - Diabetes _____ SÍ NO
 - Artritis _____ SÍ NO
 - Tuberculosis _____ SI NO
 - Tos persistente o tos con sangre _____ SÍ NO
 - Enfermedad venérea _____ SI NO
- Reemplazo de cadera o ticolación _____ SÍ NO
 - Otro _____ SÍ NO
 - ¿Necesita pre-medicarse con un antibiótico antes de las citas dentales? _____ SÍ NO
 - ¿Qué antibiótico? _____
- Sangrado anormal con extracciones, cirugía, otros _____ SÍ NO
- Trastornos de la sangre, como anemia _____ SÍ NO
- Historial de cirugía o radioterapia para un tumor, crecimiento en la cabeza o el cuello _____ SI NO
6. ¿Está tomando alguno de los siguientes fármacos o medicamentos?
 - Antibióticos o sulfonamidas _____ SÍ NO
 - Medicamentos para la presión arterial alta _____ SÍ NO
 - Anticoagulantes (diluyentes de la sangre) _____ SI NO

American Dental Care

105 N. Virginia Ave. Suite 103

Falls Church, VA 22046

Telephone: 703-533-7285 Fax: 703-533-7287

● Cortisona (esteroides) _____ SÍ NO

● Tranquilizantes _____ SI NO

● Aspirina _____ SÍ NO

● Insulina o medicamentos similares _____ SI NO

● Digital, nitroglicerina o medicamentos para problemas cardíacos _____ SÍ NO

● Terapia hormonal _____ SI NO

● Suplementos o vitaminas _____ SI NO

7. ¿Usa productos de tabaco? _____ SÍ NO

Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? _____

8. ¿Es VIH positivo? _____ SÍ NO

9. ¿Es alérgico o ha reaccionado adversamente a: (Subraye)

● Anestésicos locales

● Penicilina u otros antibióticos

● Drogas Sulfa

● Barbitúricos, sedantes

● Aspirina

● Ibuprofeno

● Yodo

● Látex

● Otro

10. ¿Tiene alguna enfermedad, infección o problema que debamos saber? _____ SÍ NO

Si es así, explique: _____

Solo Mujeres

11. ¿Estás embarazada? _____ SÍ NO

12. ¿Está tomando anticonceptivos orales? _____ SÍ NO

HISTORIA DENTAL

● ¿Hace cuánto tiempo fue al dentista? _____

● ¿Qué se hizo entonces? _____

● ¿Le hicieron radiografías? _____

● ¿Ha perdido algún diente? _____ ¿Por qué? _____

● ¿Tus dientes son sensibles a: Frío Calor Dulces Agrios: _____

● ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ Tipo de cepillo de dientes _____

● ¿Utiliza hilo dental _____ ¿Con qué frecuencia? _____

● ¿Tiene encías sangrantes? _____ ¿Cuándo? _____

● ¿Usa enjuague bucal? _____ Nombre: _____

● ¿Siente dolor al cepillarse los dientes o usar hilo dental? _____

● ¿Rechina o aprieta los dientes? _____ ¿Cuándo? _____

● ¿Ha tenido tratamiento para las encías? _____ ¿Cuándo y tipo? _____

● ¿Escuchas chasquidos, chasquidos o ruidos al masticar? _____

● ¿Está consciente de alguna hinchazón o bulto en la boca? _____

American Dental Care
105 N. Virginia Ave. Suite 103
Falls Church, VA 22046
Telephone: 703-533-7285 Fax: 703-533-7287

• ¿Ha tenido algún problema grave asociado con un tratamiento dental anterior? _____

Si es así, Explique: _____

Describa cualquier tratamiento médico actual, operación inminente o cualquier otra información médica o dental que pueda afectar su tratamiento dental: _____

Fecha: _____ Firma del paciente _____

AUTORIZACIÓN PARA DISCUTIR EL TRATAMIENTO

Yo, _____, doy permiso a Occoquan Family and Cosmetic Dentistry para discutir mi caso y / o tratamiento con:

NOMBRE: _____ Relación: _____

NOMBRE: _____ Relación: _____

NOMBRE: _____ Relación: _____

Nombre del paciente: _____ Relación con el paciente (si es menor): _____

Firma del paciente, padre, tutor o representante _____

Fecha: _____

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

American Dental Care

105 N. Virginia Ave. Suite 103

Falls Church, VA 22046

Telephone: 703-533-7285 Fax: 703-533-7287

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede acceder a esta información. Por favor revíselo con atención. La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Entiendo que, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida.

Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- . Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los diversos proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en su tratamiento directa e indirectamente.
- . Obtenga el pago de terceros pagadores.
- . Podemos usar o divulgar información médica para proporcionar recordatorios de citas (correo de voz, cartas, postales, correo electrónico y mensaje de texto) o en relación con nuestras operaciones de atención médica, incluidas evaluaciones de calidad, actividades de mejora, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de los profesionales, certificación , licencias o credenciales.
- . Podemos usar o divulgar información médica para notificar o ayudar en la notificación de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, estado general o muerte. Si está presente, antes de usar o divulgar su información médica, le brindaremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o divulgaciones. Usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés en permitir que una persona recoja recetas surtidas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información médica.
- . Podemos usar o divulgar su información médica cuando la ley nos lo exija.
- . Podemos divulgar su información médica a las autoridades correspondientes en la medida necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otros, si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. O la posible víctima de otros delitos.

He recibido, leído y entendido su aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Entiendo que esta Oficina tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta Oficina en cualquier momento en la dirección anterior para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica, o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información médica, o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede presentarnos una queja utilizando nuestra información de contacto.

Nombre del paciente: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de firma: _____