



### Registración de Nuevo Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Número de Seguro \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_  
Domicilio de Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### Persona Responsable por Paciente;

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Número de Seguro \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_  
Domicilio de Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

### Información de Aseguranza

Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_ # De Grupo \_\_\_\_\_  
Nombre de dueño de la Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
# Social \_\_\_\_\_ Numero de Telefono \_\_\_\_\_

### Como escucho de Nosotros?

Un amigo/ paciente \_\_\_\_\_ Un Doctor \_\_\_\_\_ Aseguranza \_\_\_\_\_  
Un Marketer \_\_\_\_\_ Manejando \_\_\_\_\_ Sitio Web \_\_\_\_\_ Google \_\_\_\_\_ Facebook \_\_\_\_\_

### Doctor Principal

Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

### Salud Historia

Las preocupaciones primarias: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista? \_\_\_\_\_  
¿Es sensible a los alimentos o líquidos calientes? \_\_\_\_\_  
¿Es sensible al frío alimentos o líquidos? \_\_\_\_\_  
¿con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_ ¿sus encías sangran? \_\_\_\_\_  
¿Es usted hace rechinar los dientes? \_\_\_\_\_ ¿tiene algún dolor en la mandíbula: ? \_\_\_\_\_  
¿quiere cambiar la disposición de su los dientes? \_\_\_\_\_

**Para mujeres:**

¿Está tomando píldoras anticonceptivas? \_\_\_\_\_ ¿Estás embarazada? \_\_\_\_\_ Semana #: \_\_\_\_\_ ¿Está amamantando? \_\_\_\_\_  
¿Usted ha experimentado alguno de los siguientes? (Por favor circule S / N)

- |                           |                                   |  |                              |
|---------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------|
| S N Sangrado anormal      | S N Defecto congénito del corazón | S N Soplo cardíaco                     | S N Enfermedad del hígado    |
| S N Anemia                | S N Diabetes                      | S N Cirugía cardíaca                   | S N Lupus                    |
| S N Enfisema              | S N Hemophilia                    | S N Marcapasos                         | S N Convulsiones             |
| S N Válvulas artificiales | S N Desmayos                      | S N Hepatitis                          | S N Tos persistente          |
| S N Asma                  | S N Ampollas febriles             | S N Herpes                             | S N Tratamiento de radiación |
| S N Cáncer                | S N Presión arterial alta         | S N Quimioterapia                      | S N Dolores de cabeza        |
| S N Glaucoma              | S N Tuberculosis (TB)             | S N Colitis                            | S N Ataque al                |
| S N VIH/SIDA              | S N Enfermedades venéreas         | S N Huesos/articulaciones artificiales |                              |
| corazón                   | S N Problemas renales             |  |                              |

Está usted tomando algún medicamento? Por favor en lista los medicamentos que está tomando;

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes? (Por favor marque Y/N)

- |                    |                        |                |                  |
|--------------------|------------------------|----------------|------------------|
| Y N Aspirin        | Y N Erythromycin       | Y N Sedatives  | Y N Barbiturates |
| Y N Jewelry/Metals | Y N Sulfa Drugs        | Y N Codeine    | Y N Latex        |
| Y N Tetracycline   | Y N Dental Anesthetics | Y N Penicillin | Y N Other        |

**Entiendo que soy responsable del pago de servicios rendidos por Midtown Family Dentistry**, y responsable de pagar cualquier copago y deducible que mi seguro no cubre. Por la presente autorizo a Midtown Family Dentistry a liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros, ya sean manuales o electrónicas.

**Afirmó que la información que he dado es correcta** a mi leal saber y entender. Toda la información contenida en este documento se mantendrá estrictamente confidencial y es mi responsabilidad informar a Midtown Family Dentistry de cualquier cambio en mi estado médico. Con toda la verdad, revele todos los aspectos de la historia de salud de mi /mi hijo y me doy cuenta de que el no haberlo hecho puede tener consecuencias negativas para la salud de mii/mi hijo y el éxito del tratamiento de mi /mi hijo.

**Estoy de acuerdo en cooperar plenamente con las recomendaciones del Dentista** y Higienista Dental y me doy cuenta de que el no hacerlo puede resultar en resultados menos que óptimos y comprometer la vida del tratamiento de mi / mi hijo. También estoy de acuerdo en seguir las recomendaciones para el cuidado en el hogar y el horario para la limpieza de dientes y chequeos futuros. Me doy cuenta de que el hecho de no hacer mi parte en el mantenimiento de la salud bucal de mi hijo / hija pondrá en peligro el éxito de cualquier tratamiento dental recibido.

**Por la presente autorizo a Midtown Family Dentistry** y al personal a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías intraorales o cualquier otra herramienta de diagnóstico, todo lo que el dentista considere apropiado para hacer un diagnóstico completo de las necesidades dentales del paciente. También autorizo al dentista a realizar todas y cada una de las formas de tratamiento incluyendo limpieza, fluoruro y selladores (los dientes posteriores tienen ranuras y hoyos en los que por lo general comienzan las caries). Un asistente sellará las ranuras con un revestimiento de plástico para ayudar a prevenir la descomposición No se necesita anestesia, es importante mantener una buena higiene bucal y evitar la presencia de alimentos y velas pegajosos y duros para mantener los selladores).

**Y además autorizar y consentir que el dentista elija y emplee la asistencia que ella juzga conveniente.** Entiendo que los antibióticos, la anestesia local ("inyecciones") y todos los demás medicamentos administrados al paciente antes, durante y después del tratamiento, pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón de tejido, dolor, picazón, vómito y / o shock anafiláctico. Reacción alérgica grave). La administración de anestesia local ("inyecciones") puede causar daño nervioso (parestesia) que puede durar días, meses o indefinidamente. Las mujeres en edad fértil necesitan saber que los antibióticos pueden hacer que los medicamentos anticonceptivos sean ineficaces y necesitan confiar en otros métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo.

**Entiendo y reconozco que puedo elegir no ser tratado por el dentista.** El dentista me ha explicado los riesgos razonablemente previsibles asociados con no tratar mi condición. Se me han presentado adecuadamente planes de tratamiento alternativo con sus previsibles riesgos y beneficios asociados.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nuestra oficina es HIPAA complaciente y se compromete a cumplir o exceder los estándares de control de infección ordenados por OSHA, el CDC y la ADA.



## Política de Privacidad HIPAA

Entiendo que como parte de mi cuidado de la salud , esta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi historial médico , síntomas , exámenes y pruebas, diagnósticos , tratamiento y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- una base para planear mi cuidado y tratamiento
- un medio de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a mi cuidado
- una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta.
- un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron proporcionados realidad.
- y una herramienta para operaciones de atención médica de rutina, tales como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud

Entiendo y he estado siempre con un Aviso de Prácticas de Información que proporciona una descripción más completa de información de usos y revelaciones. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas, y antes de su implementación se enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado . Yo entiendo que tengo el derecho de oponerse al uso de mi información de salud para fines de directorio. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento , pago u operaciones de atención médica y que la organización no está obligada a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas . Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la organización ya ha tomar medidas en relación a lo mencionado .

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Relación a Paciente :** Yo mismo    o    Guardián    (por favor circule uno)