

# Avanta Dental

## REGISTRO DE PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Paciente es responsable:  Si  No Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

### Responsable (si alguien diferente al paciente)

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ #de Licencia: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil:  Casado/a  Soltero/a  Divorciado/a  Separado/a  Viudo/a SS#: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ # de Licencia: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Me gustaría recibir correspondencia por correo electrónico Empleado:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Retirado/a Estudiante:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO

Nombre de asegurado/a: \_\_\_\_\_ Relación con Asegurado/a: \_\_\_\_\_

Persona mismo/a  Esposo/a  Hijo/a  Otros Asegurado SS#: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Asegurado fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Campania de Seguro: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ INFORMACIÓN SECUNDARIA DE SEGURO Nombre de asegurado/a: \_\_\_\_\_ Relación con Asegurado/a: \_\_\_\_\_

Persona mismo/a  Esposo/a  Hijo/a  Otros Asegurado SS#: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Asegurado fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Campania de Seguro: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## 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, Phén-Fén o Redux?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |
| ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |
| ¿Esta 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 | Latido 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 \_\_\_\_\_

# Avanta Dental

## Reconocimiento del Recibo de la Declaración de prácticas de Privacidad.

Reconozco que he recibido una copia de la Declaración de práctica de privacidad por la oficina Avanta dental. La Declaración de Practicas de Privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información protegida de salud que podrían ocurrir en mi tratamiento, pago de servicios, o en el desempeño de las operaciones de la oficina de atención de la salud. La Declaración de Practicas de Privacidad también describe mis derechos y las responsabilidades y deberes de esta oficina con respecto a mi información protegida de salud. La Declaración de Practicas de Privacidad también se ha publicado en la instalación.

Avanta Dental se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en la Declaración de Practicas de Privacidad. Si cambian las prácticas de privacidad, se le ofrecerá una copia de la Declaración de Practicas de Privacidad en el momento de su primera visita después de que las revisiones entren en vigor. También puede obtener una declaración de Prácticas de Privacidad, solicitando que se le envíe una copia por correo.

### AUTORIZACION DE REVELACION DE INFORMACION ADICIONAL

Además de las revelaciones permitidas descritas en la Declaración de Prácticas de Privacidad, por la presente autorizo específicamente la revelación de mi información protegida de salud a las personas indicadas a continuación.

CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA INMEDIATA	SI	NO
---	----	----

CONYUGE SOLAMENTE	SI	NO
-------------------	----	----

OTOR (ESPECIFICAR)	SI	NO
--------------------	----	----

\_\_\_\_\_ **(Incial)** Consentimiento a comunicacion mediante para mandar y recibir mensajes de texto

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o responsable

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del responsable

USO OFICIAL SOLAMENTE DEBAJO DE ESTA LINEA REGISTRO DE RECONOCIMIENTO DE A NO SER OBTENIDO

¿Proporcionado antes del tratamiento?

SI

NO

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

Razón de la negación: Necesita más tiempo para revisar la declaración de prácticas de privacidad.

Quería consultar con otra persona antes de firmar

No puede firmar.

La razón no determinada.

Otra (explicar):

## **Declaración de Practica de Privacidad Avanta Dental**

Nuestra oficina está dedicada a proteger los derechos de privacidad de nuestros pacientes y la información confidencial que se nos confían. El compromiso de cada empleado para garantizar que su información de salud no se vea comprometida es un concepto principal de nuestra práctica. Es posible que de vez en cuando, enmendamos las políticas y practica de privacidad, pero siempre le informamos de cualquier cambio que pueda afectar sus derechos.

### **Protección de su información personal de salud.**

Nosotros usamos y revelamos la información que obtenemos de usted solo según lo permitido por el Health Insurance Portability and Accountability ACT y el Estado de Washington. Esto incluye cuestiones relacionadas con su tratamiento, pago y nuestras operaciones de cuidado dental. Su información personal de salud nunca revelara a cualquier persona, incluso miembros de la familia, sin su consentimiento escrito, Usted por supuesto podrá conceder autorización escrita para revelar su información a cualquier persona que elija para cualquier propósito.

Nuestra oficina y sistemas electrónicos están a salvo de acceso no autorizado y nuestros empleados están entrenados para asegurarse de que la confidencialidad de sus registros esté siempre protegidos. Nuestras normas de privacidad y prácticas se aplican a todos los pacientes anteriores, actuales y futuros, así que usted puede estar seguro de que su información de salud está protegida y no se distribuirá indebidamente o en libertad.

### **Recopilación de información de salud protegida**

Solo le pediremos información personal necesaria para proporcionar a nuestros estándares de atención dental de calidad, llevar a cabo actividades de pago, realizar las operaciones normales de practica dental, y cumplir con la ley. Esto puede incluir su nombre, dirección, números de teléfono, número de seguro social, datos de empleo, historial médico, los registros de salud, etc. Mientras que la mayoría de la información será obtenida de usted, podemos obtener información de terceras partes sin que se considere necesario. Independientemente de la fuente, su información personal siempre estará protegida con el rigor de la ley.

### **Revelación de su información protegida de salud**

Como se mencionó anteriormente podemos revelar la información requerida por la ley, Estamos obligados a proporcionar información a la policía y funcionarios del gobierno en ciertas circunstancias. Podemos usar y/o divulgar su información médica para comunicarse recordatorios sobre sus citas incluyendo mensajes de voz, contestador automático, y tarjetas postales.

### **Derechos de los pacientes**

Usted tiene el derecho de solicitar copias de su información de salud, al igual que para solicitar copias en una variedad de formatos, y para solicitar una lista de casos en los que nosotros, o nuestros socios de negocios, han dado a conocer su información protegida para otros usos que los indicados anteriormente. Todas las solicitudes deben hacerse por escrito. Nosotros tenemos el derecho de cobrar por las copias en una cantidad permitida por la ley. Si usted cree que sus derechos han sido violados, le instamos a que nos notifique de inmediato.

Le damos las gracias por ser un paciente en nuestra oficina. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta acerca de sus derechos de privacidad y la protección de su información médica personal.

## **Póliza de Cancelación/No presentarse a la cita**

Favor de tomar un minute y leer detalladamente, favor de hacer cualquier pregunta al personal de recepción.

1. Avanta dental ofrece citas que están reservadas solo para usted.
2. Cualquier cita fallada resulta en tiempo perdido que podría ser utilizado en otro paciente esperando recibir tratamiento.
3. Avanta Dental ofrece recordatorios como: Tarjetas, Textos, Correos electrónicos y llamadas desde 2 semanas de anticipación antes de su cita. Dejaremos un mensaje recordatorio en caso de no obtener contestación. En el evento de que su teléfono sea desconectado o no tome textos o mensajes de voz, es la responsabilidad del paciente confirmar o cambiar su cita con 48 horas de anticipación.
4. 48 horas de cancelación antes de su cita al menos que sea una emergencia o enfermedad que pueda ser contagiosa o contra producente para el paciente o el personal de la clínica.
5. Pacientes que fallan su cita o lleguen tarde 10 minutos serán considerados como no presentes y un sobre cargo será aplicado a su cuenta.
6. Si el paciente no tiene sobre cargos aplicados en citas anteriores y es la primera vez que falla una cita, tendrá la oportunidad por (1) mes después de su cita fallada para tratar de borrar el sobre cargo manteniendo su cita antes que el mes se venza.
7. Citas durante los Sábados las mismas normas y cargos aplican, con la diferencia que si falla una cita no podrá obtener otra cita en sábados y los cargos aplicados serán dobles por cancelación.
8. Citas falladas/Cancelaciones para cada individuo son las siguientes:
  - Primer cancelación.       \$85.00
  - Segunda cancelación.     \$170.00
  - Tercer cancelación       Despedida de la clínica
  - Sábados                     \$170.00

**Cuando el dentista o el personal de la clínica necesita explicar sus opciones de tratamiento dental por ejemplo (Coronas, dentaduras, implantes etc.), usted prefiere: Favor de marcar una opción.**

1.

- Una explicación simplificada y descripción del tratamiento dental necesario.
- Las dos maneras detalladas con visualidad y explicación oral que incluye videos animados, fotografías o fotografías de pacientes que han tenido un tratamiento similar.
- Modelos 3 dimensiones que puedan mostrar en detalle los tratamientos recomendados.

2.

- Prefiere obtener todo el tratamiento necesario hoy por la razón de que es difícil obtener tiempo libre de mi trabajo.
- Prefiere tener un plan detallado de todas las visitas requeridas para determinar cada cita.

**Favor de poner lista de contactos de Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

# ¿Comos se enteró de nosotros?

**Por favor de tomar un minuto y marcar la caja apropiada:**

- Mientras manejaba/Cartel en el edificio:
- Tarjeta Postal:
- Tarjeta postal de la Unión (Nombre de la unión?)  
\_\_\_\_\_
- Estación de Radio (especifique cual estación?) \_\_\_\_\_
- Familiar/Amigo (Nombre) \_\_\_\_\_
- Libro Telefonico:
- Proveedor de Aseguranza: \_\_\_\_\_
- Por la Unión Local ( Si fue referido por un representante de la unión favor de escribir cual unión y el nombre del representante)  
\_\_\_\_\_
- Página de internet (¿Cuál? Favor de escoger y encerrar uno/a)  
Google      cwdentist.com      Facebook      Buscando por dentistas
- Otro Medio (Favor de especificar): \_\_\_\_\_

**Apreciamos su participación y su Tiempo.**

**Gracias**