



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 _____

¿Cómo escuchó de nosotros?

Un amigo/ paciente _____ Un Doctor _____ Aseguranza _____ Un Empleado _____ Manejando _____

Sitio Web _____ Google _____ Facebook _____

Salud Historia

Doctor Principal

Nombre _____ Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Teléfono _____ Fax _____ Correo Electrónico _____

Fecha de ultima cita: _____

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 rechinar los dientes? _____ ¿tiene algún dolor en la mandíbula? _____ Fuma?: _____

¿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 Glaucoma	S N Presión arterial alta	S N Quimioterapia	S N Dolores de cabeza
S N VIH/SIDA	S N Tuberculosis (TB)	S N Colitis	S N Ataque al corazón
S N Problemas renales	S N Enfermedades venéreas	S N Huesos/articulaciones artificiales	
S N Autismo			

¿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 Illinois Family Dentistry, y responsable de pagar cualquier copago y deducible que mi seguro no cubre. Por la presente autorizo a Illinois 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 Illinois 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 mi/mi hijo y el éxito del tratamiento de mi /mi hijo.

Estoy de acuerdo en cooperar plenamente con las recomendaciones del Dentista e 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 Illinois 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 juzgue 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 previsible asociados con no tratar mi condición. Se me han presentado adecuadamente planes de tratamiento alternativo con sus previsible 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 tomado medidas en relación a lo mencionado .

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____ **Fecha** _____

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