

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Fecha: _____ PACIENTE NUEVO ACTUALIZACIÓN
 Nombre: _____

_____ APELLIDO NOMBRE SEGUNDO PREFERIDO TITULO
 MASCULINO FEMENINA NIÑO* ESTUDIANTE SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO

*SI EL NIÑO, ES MENOR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE(S) DE PADRES A CONTINUACIÓN:

**SI ES ESTUDIANTE FAVOR COMPLETAR ESTA FORMA: A TIEMPO COMPLETO A MEDIO TIEMPO

_____ NOMBRE DEL PADRE/TUTOR(S)

_____ SCHOOL/LOCATION

Fecha de Nacimiento _____

Seguro social _____

Dirección:

_____ DIRECCIÓN LÍNEA 1

_____ DIRECCIÓN LÍNEA 2

_____ CIUDAD

_____ ST

_____ CÓDIGO POSTAL

CASA: _____

CELL: _____

OTRO: _____

TRABAJO: _____

FAX: _____

Correo electrónico: _____

¿Referido? Sí No

Referido por: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, por favor proporcionar la información de esa persona:

_____ NOMBRE

_____ RELACIÓN

Tel: _____

INFORMACION DE EMPLEO

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección:

_____ DIRECCIÓN LÍNEA 1

_____ DIRECCIÓN LÍNEA 2

_____ CIUDAD

_____ ST

_____ CÓDIGO POSTAL

TELEFONO: _____

X

TEL: DIRECTO : _____

OTRO: _____

FAX: _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

nombre _____ APELLIDO PRIMER SEGUNDO PREFERIDO TITULO

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de social _____

Empleador _____

Relación del paciente y miembro? AUTO CÓNYUGE NIÑO OTRO

PRIMARIA COMPAÑÍA DE SEGUROS:

Grupo/Política No: _____ ID No: _____

Dirección: _____

TEL: _____

SIN-COSTO: _____

FAX: _____

_____ CIUDAD

_____ ST

_____ CÓDIGO POSTAL

SEGURO SECUNDARIO CARRIER:

Grupo/Política No: _____ ID No: _____

Dirección: _____

TEL: _____

SIN-COSTO: _____

FAX: _____

_____ CIUDAD

_____ ST

_____ CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN DEL DENTISTA ANTERIOR

Dentista: _____ Teléfono: _____
 Clínica / Centro: _____
 Dirección: _____

 CIUDAD ST CÓDIGO POSTAL

Motivo del cambio: _____

HISTORIAL DENTAL

SALUD ORAL: EXCELENTE BUENA REGULAR POBRE

Fecha de la última visita al dentista: _____ Tipo de tratamiento: _____

¿Le gustaría tener un cribado del cáncer oral VisiLite? Sí No

* Nota: Algunos planes de seguro no cubren este servicio; por favor revise los documentos del plan para obtener más detalles.

- Sí No ¿Actualmente tiene molestias dentales? En caso afirmativo, explique: _____
- Sí No ¿Cualquier experiencia dentales infeliz / desagradables? En caso afirmativo, explique: _____
- Sí No ¿Cualquier lesión en la boca / dientes / cabeza? En caso afirmativo, explique: _____
- Sí No ¿Cualquier dientes perdidos distintos de las muelas del juicio o extracciones de ortodoncia?
- Sí No ¿Se han sustituido los dientes que faltan?
- Sí No ¿Aparatos de ortodoncia ahora o en el pasado?
- Sí No ¿Las encías sangran al cepillarse los dientes o usar hilo dental?
- Sí No ¿Preocupado por la enfermedad de las encías? Historia de la enfermedad de las encías? Sí No
- Sí No ¿Cualquier preocupación acerca de la apariencia de sus dientes?
- Sí No ¿Le duele al morder o masticar?
- Sí No ¿Cómo se aprietan o rechinan los dientes? Si es así, ¿te pones un guardia de noche o una férula? Sí No
- Sí No ¿Desea convertirse en un paciente de atención médica continua regular en nuestra práctica?
- Sí No ¿Quieres que tu boca correctamente restaurado y sin dolor?
- Sí No ¿Hay algún tipo de tratamiento dental te pone nervioso? En caso afirmativo, explique a continuación: _____

Las preocupaciones más importantes con respecto a mi tratamiento dental son: _____

¿Qué factores son los más importantes para su satisfacción con nuestra oficina? _____

¿Cualquier preocupaciones / comentarios adicionales? _____

NIÑO / MENOR PACIENTES: POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- Sí No ¿Cualquier hábitos bucales? (Chuparse el dedo, morderse las uñas, respiración bucal, hábitos de enfermería / botella, chupete, etc.) _____
- Sí No _____
- Sí No Cualquier hábitos del habla inusual? En caso afirmativo, explique: _____
- Sí No Cualquier dientes perdidos? En caso afirmativo, indique: _____
- Sí No ¿Tiene el paciente reciba ayuda con cepillado y el hilo? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____

INFORMACIÓN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Médico: _____ Teléfono: _____
 Clínica / Centro: _____

HISTORIAL MÉDICO

SALUD GENERAL: EXCELENTE BUENA FERIA POBRE

- Sí No ¿Bajo el cuidado 's un médico ahora?
 Sí No ¿Cualquier hospitalización en los últimos 5 años? _____
 Sí No ¿Cualquier enfermedad grave / cirugías? _____
 Sí No ¿Uso de tabaco en cualquier forma? En caso afirmativo, Tipo: _____
 Sí No ¿Se requiere medicación previa antes de las visitas al dentista debido a la enfermedad del corazón o articulación artificial?
 Sí No ¿Tomar cualquier prescripción o de venta libre medicamentos / drogas diarias? Si es así, los detalles de la lista en la sección de medicamentos.

LOS PACIENTES FEMENINOS: Y N enfermería actualidad? Y N actualmente embarazada? Fecha de vencimiento: _____

¿Sabe usted de cualquier razón por la cual los procedimientos dentales de rutina podrían suponer un riesgo para usted, nuestro personal, u otros pacientes? Y N
 En caso afirmativo, describa:

¿Hay algo importante acerca de su condición médica no hemos pedido Y N Si sí, por favor describa:

TODOS LOS PACIENTES: ¿TIENE USTED, O ALGUNA VEZ HA TENIDO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

NINGUNO

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> REFLUJO ÁCIDO | <input type="checkbox"/> BULIMIA | <input type="checkbox"/> LOS PROBLEMAS DE AUDICIÓN | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO |
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> CÁNCER / MALIGNIDAD | <input type="checkbox"/> ATAQUE AL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> LA RADIACIÓN / QUIMIOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV | <input type="checkbox"/> LA PARÁLISIS CEREBRAL | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES RESPIRATORIAS |
| <input type="checkbox"/> LA ANEMIA | <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA QUÍMICA | <input type="checkbox"/> SOPLO CARDÍACO | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA |
| <input type="checkbox"/> ANOREXIA | <input type="checkbox"/> VARICELA | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SINUSITIS |
| <input type="checkbox"/> ANSIEDAD | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA | <input type="checkbox"/> STROKE |
| <input type="checkbox"/> VÁLVULA CARDIACA ARTIFICIAL | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL | <input type="checkbox"/> CONDICIÓN DE TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> ARTICULACIONES ARTIFICIALES | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL HÍGADO | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS | <input type="checkbox"/> MAREOS / DESMAYOS | <input type="checkbox"/> PROLAPSO DE VÁLVULA MITRAL | <input type="checkbox"/> ÚLCERAS |
| <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA / CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> LA MONONUCLEOSIS | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES VENÉREAS |
| <input type="checkbox"/> AUTISMO / ASPERGER | <input type="checkbox"/> FRECUENTES INFECCIONES DEL OÍDO | <input type="checkbox"/> MARCAPASOS | |
| <input type="checkbox"/> TRASTORNO DE LA COAGULACIÓN | <input type="checkbox"/> LOS DOLORES DE CABEZA FRECUENTES | <input type="checkbox"/> OTROS - EN LA LISTA: _____ | |

TODOS LOS PACIENTES: ¿ES ALÉRGICO O HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA REACCIÓN A LA SIGUIENTE? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

<input type="checkbox"/> LA ASPIRINA	<input type="checkbox"/> LA CODEÍNA	<input type="checkbox"/> INTOLERANCIA A LA LACTOSA	<input type="checkbox"/> PASTILLAS PARA DORMIR	<input type="checkbox"/> NINGUNO
<input type="checkbox"/> ANESTÉSICO - LOCAL	<input type="checkbox"/> DAIRY	<input type="checkbox"/> LA SENSIBILIDAD DEL METAL	<input type="checkbox"/> SULFAMIDAS	
<input type="checkbox"/> LOS BARBITÚRICOS	<input type="checkbox"/> LATEX	<input type="checkbox"/> ÓXIDO NITROSO SEDACIÓN	<input type="checkbox"/> LOS ANTIBIÓTICOS PENICILINA / OTROS	
<input type="checkbox"/> OTROS - EN LA LISTA: _____				

MEDICATION INFORMATION

TODOS LOS PACIENTES: ¿ESTÁ TOMANDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

NINGUNO

<input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICOS / SULFA DROGAS	<input type="checkbox"/> LOS ANTIHISTAMÍNICOS / ALERGIA	<input type="checkbox"/> USO DIARIO DE ASPIRINA	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS PARA LA HIPERTENSIÓN
<input type="checkbox"/> LOS ANTICOAGULANTES	<input type="checkbox"/> CANCER/ MEDICAMENTOS DE QUIMIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> CORTISONA / ESTEROIDES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTO PARA EL CORAZÓN / DIGITALIS
<input type="checkbox"/> LA INSULINA	<input type="checkbox"/> LA NITROGLICERINA	<input type="checkbox"/> ANTICONCEPTIVOS ORALES	<input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS MEDICATIONS
<input type="checkbox"/> OTROS MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES	<input type="checkbox"/> DROGAS CON FINES RECREATIVOS	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS PARA LA TIROIDES	<input type="checkbox"/> LOS TRANQUILIZANTES
<input type="checkbox"/> OTRO (POR FAVOR INDICAR A CONTINUACIÓN)			

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN	MOTIVO PRESCRITA

Directrices financieras

Estamos comprometidos a proveerle con el mejor cuidado posible para lograr la salud oral total. Con el fin de alcanzar estos objetivos, necesitamos su ayuda y su comprensión de nuestras directrices financieras.

Seguro

Aceptamos las principales pagos de seguro dental, sin embargo, puede no ser una de proveedor de red para su plan. Si nosotros no estamos en un proveedor de la red, revise los detalles de su plan, ya que en muchos casos el reembolso del seguro es muy similar.

- **Sin estimación es una garantía de pago.** Por favor entienda, usted es responsable de todos los cargos no cubiertos por su seguro. Además, muchas compañías de seguros no incluyen algunos procedimientos dentales o procedimientos a un nivel de reembolso menor descenso de grado; en cuyo caso, usted sería responsable de la diferencia.
- **Las demandas de indemnización trabajadores** serán archivados para usted. Por favor, comprenda el portador asignará una cantidad de dinero que se pagará a la reclamación, que puede o no puede cubrir toda la cuota. Cualquier cantidad no cubierta por el transportista, será su responsabilidad.
- **Los menores de edad deben estar acompañados por un padre o tutor legal.** Si los padres están separados o divorciados, la persona que acompaña al menor será el encargado de copago en el momento del servicio.

Pagos

- **Parte del paciente o paciente co-pago es debido en los servicios son rendidos** - a menos que se hayan hecho arreglos financieros anteriores.
- **Información del pago:**
 - Se aceptan las principales tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, Discover)
 - Varias opciones de financiamiento con CareCredit[®]
- **Los saldos que quedan más de 90 días incurrirá en un cargo financiero mínimo mensual de 18% o \$ 10.** Nos damos cuenta de que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si se presentan tales problemas, le recomendamos que ponerse en contacto con nosotros de inmediato para recibir asistencia en el manejo de su cuenta.

Corto / faltar a las citas canceladas

- **Por favor, dar aviso de 48 horas** si no es capaz de mantener su tiempo reservado. A menos que ocurra una emergencia, se espera que se ejecute en tiempo a sus citas, y apreciamos la misma cortesía de usted.
- **Citas canceladas o perdidas cortos** se cobrará un dólar por minuto de tiempo asignado para su cita.

Al firmar abajo reconozco que he leído y entendido las instrucciones de más arriba.

Firma:

Fecha:

RECONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

Mi firma confirma que se me ha informado de mis derechos a la privacidad con respecto a mi información personal y de salud protegida, en virtud de la Ley de Responsabilidad de 1996 Portabilidad del Seguro de Salud y (HIPAA). Yo entiendo que las condiciones en las que la información de mi salud y de identificación personal puede ser utilizada.

Se me ha informado del *Aviso de Prácticas de Privacidad* que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información protegida de la salud de mi proveedor de servicios dentales. Se me ha dado el derecho de revisar y recibir una copia de dicha *Notificación de Prácticas de Privacidad*. Entiendo que el profesional dental tiene el derecho de cambiar el *Aviso de prácticas de privacidad* y que pueda ponerse en contacto con esta oficina a la dirección anterior para obtener una copia actualizada del *Aviso de prácticas de privacidad*.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restringe la forma en que se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud y entiendo que usted no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace de acuerdo a continuación, que están obligados a cumplir con dichas restricciones.

Firma:

Fecha:

RELACIÓN CON EL PACIENTE: PACIENTE ADULTO PADRE GUARDIÁN OTRO

Por favor enumerar los hijos a cargo menores de 18 años también cubierto por este reconocimiento:

Doy permiso para que las siguientes comunicaciones a ser utilizados por el Dr. Safinaz Morcos DDS **(por favor marque lo que corresponda)** :

- Teléfono celular: recordatorios de mensajes de texto permitidos
 Teléfono de casa trabajo E-Mail:

otorgo permiso para que el Dr. Safinaz Morcos DDS de revelar su identidad a cualquier persona que pueda responder a mi casa, trabajo o teléfono celular.

otorgo permiso para que el Dr. Safinaz Morcos DDS para dejar un mensaje con cualquier persona que pueda responder a mi teléfono o en mi correo de voz de los números siguientes **(por favor marque lo que corresponda)**:

- Teléfono de casa Teléfono celular trabajo Ninguno- por favor, pregunte para una llamada de vuelta
 Otro (explicar)

Me gustaría dar permiso para que la persona siguiente (s) para tener acceso a la información personal, incluyendo pero no limitado a las citas, tratamiento, y la facturación de mí mismo y de los hijos dependientes mencionados anteriormente:

Sólo para uso de oficina:

No hemos podido obtener reconocimiento por escrito del paciente s de nuestro Aviso de prácticas de privacidad debido a las siguientes razones:

- El paciente se negó a firmar
 Las barreras de comunicación
 situación de emergencia
 Otros - en la lista:

PACIENTE AUTORIZACIÓN DE PAGO CONSENTIMIENTO- - FIRMA EN ARCHIVO

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son correctas. Si tengo cualquier cambio en mi estado de salud de si mis cambios de medicación, informaré al dentista y el personal en la próxima cita sin falta.

Por la presente autorizo el pago directamente al Dr. Morcos de los beneficios dentales de otro modo pagadero a mí.

Por la presente autorizo al Dr. Morcos a dar cualquier información concerniente a mi salud o atención dental, asesoramiento, tratamiento o suministros proporcionados. Esta información es necesaria para la administración reclamaciones dentales y / o discutir las opciones de tratamiento con otros profesionales de la odontología.

Entiendo y acepto que (a pesar de mi condición de seguro) soy el último responsable del saldo de mi cuenta por los servicios profesionales prestados.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido las declaraciones mencionadas anteriormente.

Firma:

Fecha: