



BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA TÓMESE UN MOMENTO PARA INGRESAR SU INFORMACIÓN Y AYUDARNOS A GARANTIZAR QUE LA CALIDAD DE SU ATENCIÓN SEA EXCELENTE. ESPERAMOS CON INTERÉS TRABAJAR CON USTED.

Hometown Dental Care

Información del paciente

Nombre : _____ Nombre Preferido: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F SSN: _____
Estado Familiar: Soltero/ Casado/ Divorciado/ Viudo
Teléfono: () _____ Celular: () _____ mejor hora para llamar: _____
No de licencia de conducir: _____ Correo electrónico: _____
Empleador / Ocupación: _____ Dirección del empleado: _____
¿A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestra práctica? _____
Nombre de contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Seguro Dental Primario

Nombre del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Suscriptor ID: _____ NO. Grupo: _____
SSN: _____ Nombre del empleador: _____ Dirección del empleador: _____

Seguro Dental Secundario

Nombre del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Suscriptor ID: _____ NO. Grupo: _____
SSN: _____ Nombre del empleador: _____ Dirección del empleador: _____

Autorización de seguro:

Al marcar esta casilla,

Autorizo a mi seguro a pagar mis beneficios directamente al dentista para todos los servicios realizados.

Autorizo esta práctica a presentar formularios de reclamación de seguros y recibir el pago directamente de la compañía de seguros con la notación "firma en el archivo"

Autorizo al dentista a que libere toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios.

Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos, sea o no pagado por el seguro.

Firma del paciente/padre o tutor: _____ Fecha: _____

Información dental

¿Cuál es la razón de esta cita? _____

¿Cuál es su preocupación inmediata? _____

Fecha de los exámenes/rayos x dentales más recientes: _____

¿tienes miedo al tratamiento dental? Qué miedo, en una escala de 1 (menos) a 10 (la mayoría) _____

¿Cómo calificaría la condición de su boca? Excelente Buena Fera Pobre

Marque todos los que apliquen:

- ¿Alguna vez has blanqueado tus dientes? Problemas con la articulación de la mandíbula Problemas para masticar
 Aprieta los dientes durante el día/ noche Caries en los últimos 3 años Sensible a caliente, frío, dulces
 Las encías sangran fácilmente al cepillarse o usar hilo dental Mal aliento crónico o mal gusto Sufre de ronquidos
 Sensación ardiente experimentada en la boca Problemas para adormecerse tenía/ tiene frenillos, tratamiento ortodóntico

Si alguno de los círculos marcados necesita una explicación más detallada, describa:

¿Con qué frecuencia te cepillas? _____ ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____

¿Sufres de ronquidos y apnea del sueño? _____ Si es así, por favor complete el formulario "escala de Somnolencia Epworth".

Consentimiento para el tratamiento del paciente

Al marcar esta casilla, autorizo a los dentistas que me tratan a mí o a mis dependientes a realizar el tratamiento y los procedimientos recomendados. Entiendo que durante el tratamiento, pueden surgir condiciones imprevistas que pueden requerir procedimientos diferentes a los discutidos antes del tratamiento. Por lo tanto, doy mi consentimiento para la realización de cualquier tratamiento adicional que el dentista considere necesario y mutuamente acordado

Firma del paciente/padre o tutor: _____ Fecha: _____

Historial médico

Para ayudarle a servirle mejor por favor complete el siguiente formulario confidencial. La información que usted da es importante para su salud dental.

Indique cuál de los siguientes ha tenido o tiene en la actualidad. Por favor marque todos los que apliquen.

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> Cualquier problema cardíaco | <input type="radio"/> Soplo cardíaco | <input type="radio"/> Válvula mitral prolapso | <input type="radio"/> Defecto de la válvula cardíaca |
| <input type="radio"/> Fiebre reumática | <input type="radio"/> Articulación artificial | <input type="radio"/> Angina | <input type="radio"/> Stroke |
| <input type="radio"/> Ataque cardíaco | <input type="radio"/> Cirugía de bypass | <input type="radio"/> Marcapasos | <input type="radio"/> Presión arterial alta |
| <input type="radio"/> Presión arterial baja | <input type="radio"/> Cualquier desorden de sangrado | <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Hemofilia |
| <input type="radio"/> Rasgo de la célula falciforme | <input type="radio"/> Transfusiones de sangre | <input type="radio"/> ¿Fumas? | <input type="radio"/> Problemas pulmonares / respiratorios |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Enfisema | <input type="radio"/> Tuberculosis | <input type="radio"/> Problemas sinusales |
| <input type="radio"/> Dificultad en la curación | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Problemas de la tiroides | <input type="radio"/> Problemas suprarrenales/pituitarias |
| <input type="radio"/> Problemas del hígado | <input type="radio"/> Hepatitis / ictericia | <input type="radio"/> Problemas renales | <input type="radio"/> Problemas estomacales, úlceras |
| <input type="radio"/> Enfermedad Nervioso o mental | <input type="radio"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="radio"/> Alcoholismo | <input type="radio"/> Abuso de drogas |
| <input type="radio"/> Cáncer / Tumor | <input type="radio"/> Otros crecimientos | <input type="radio"/> Quimioterapia / radioterapia | <input type="radio"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| | <input type="radio"/> VIH / SIDA | <input type="radio"/> ¿Estas embarazada? | <input type="radio"/> ¿Estás amamantando? |
| | | | <input type="radio"/> Otras enfermedades infecciosas |

Reacción alérgica (urticaria/hinchazón) a: (marque todos los que apliquen)

- Penicilina Eritromicina Sulfa Codeína Níquel u otros metales
 Aspirina Látex Anestesia local (novocaína)
 ¿Otros medicamentos o sustancias? Por favor, enumere: _____

Si alguna condición o alerta seleccionada anteriormente necesita más aclaraciones, explique a continuación:

¿Necesita tomar antibióticos antes de las citas con el dentista? Si No **Nombre de Antibiótico:** _____

¿Estás actualmente bajo cuidado médico? _____ Por qué razón: _____

Nombre del médico, dirección y número de teléfono: _____

¿Actualmente está tomando algún medicamento, píldora o tónico? Si No

Medicación	Para	Medicación	Para

Certifico que la información anterior es completa y precisa según mi leal saber y entender. Informaré al dentista de cualquier cambio en mi estado de salud o mis medicamentos.

Firma del paciente / padre o tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

Formulario de evaluación de sonrisa del paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Para ayudar a diagnosticar y crear un plan de tratamiento basado en sus preocupaciones, tómese un momento y responda las siguientes preguntas. Por favor circule su respuesta.

¿No le gusta el color de sus dientes?

SI ___ NO ___

¿Tienes espacios entre los dientes que te molestan?

SI ___ NO ___

¿Tienes astillas o bordes irregulares en tus dientes?

SI ___ NO ___

¿Sientes que tus dientes son demasiado largos o cortos?

SI ___ NO ___

¿Tienes empastes oscuros que muestran cuando sonríes?

SI ___ NO ___

¿Tus encías muestran demasiado cuando sonríes?

SI ___ NO ___

¿Sus dientes están atestados o torcidos?

SI ___ NO ___

¿Tiene coronas existentes o trabajos dentales que considera "feos"?

SI ___ NO ___

¿Eres consciente de tus dientes y / o sonrisa?

SI ___ NO ___

¿Alguna vez alguien (miembro de la familia, amigo, etc.) sugirió que se debe hacer algo con los dientes o la sonrisa?

SI ___ NO ___

¿Evitas sonreír cuando te toman una foto?

SI ___ NO ___

¿Te gustaría mejorar tu sonrisa actual?

SI ___ NO ___

¿Desearías tener una "nueva sonrisa"?

SI ___ NO ___

Por favor marque al lado cuál de las siguientes opciones son preocupaciones que usted tiene sobre el tratamiento dental para mejorar su sonrisa:

Miedo al tratamiento:

Tiempo de tratamiento:

Preocupaciones financieras:

Distancia a la oficina:

No entender el tratamiento:

Vergüenza:

Otros:

Escala de somnolencia de Epworth

Nombre: _____ Fecha: _____

Tu edad (años) _____ Sexo: _____

¿Qué tan probable es que se duerma en las siguientes situaciones, en contraste con la sensación de cansado?

Esto se refiere a tu forma de vida habitual en los últimos tiempos

Incluso si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, intente averiguar cómo le habrían afectado

Use la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

0= **nunca** dormiría

1= **ligera posibilidad** de dormirse

2= **posibilidad moderada** de dormirse

3= **alta probabilidad** de dormirse

Situación

Posibilidad de adormecimiento (0-3)

Sentado y leyendo _____

Viendo la televisión _____

Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o una reunión) _____

Como pasajero en un automóvil durante una hora sin descanso _____

Acostarse para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitan _____

Sentado y hablando con alguien _____

Sentarse tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol _____

En un automóvil, mientras se detiene durante unos minutos en el tráfico _____

HOMETOWN DENTAL CARE

Arezou Daneshvar, DDS

**821 S. King Street, Suite E
Leesburg VA 20175**

Reconocimiento

Yo, _____, por la presente reconozco que he recibido y revisado una copia de HOMETOWN DENTAL CARE HIPAA Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que HOMETOWN DENTAL CARE, la Notificación de Prácticas de Privacidad de HIPAA puede cambiar periódicamente y que tengo derecho a recibir una copia de HOMETOWN DENTAL CARE revisado Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA bajo petición.

Entiendo que, si tengo preguntas sobre HOMETOWN DENTAL CARE HIPAA Aviso de prácticas de privacidad, puedo comunicarme con la Dr. Arezou Daneshvar.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar este Reconocimiento si así lo quisiera, y que HOMETOWN DENTAL CARE no me rechazará el tratamiento si me rehúso a firmar este Reconocimiento.

También entiendo que puedo contactar con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos en caso de que tenga preocupaciones con respecto a las políticas y procedimientos de privacidad HOMETOWN DENTAL CARE. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, consulte al Dr. Arezou Daneshvar, indicado anteriormente, para obtener asistencia.

_____	_____
Firma del paciente	Fecha
_____	_____
Firma del representante personal	Imprimir nombre del representante personal

	Relationship of Personal Representative to Patient

Sólo para uso de Office

HOMETOWN DENTAL CARE hizo un esfuerzo de buena fe para obtener el Reconocimiento, del paciente mencionado anteriormente del recibo de su aviso de su Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA. A pesar de estos esfuerzos, HOMETOWN DENTAL CARE no pudo obtener un Reconocimiento firmado por la (s) siguiente (s) razón (es):

- Negativa de firmar Reconocimiento en _____, 20_____.
- Las barreras de comunicaciones nos prohibieron obtener un Reconocimiento firmado.
- Una situación de emergencia nos prohibió obtener un Reconocimiento firmado.
- Otro (Describa): _____

Fecha de recepción	De	ID del paciente
--------------------	----	-----------------

Formulario de consentimiento del paciente para cumplimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar o divulgar la información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted asegura que con su firma ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, usted será notificado en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Usted tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento tras la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos telefonarle, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas?

SI ___ NO ___

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular?

SI ___ NO ___

¿Podemos discutir su condición médica con algún miembro de su familia?

SI ___ NO ___

Si la respuesta es **SÍ**, indique los miembros permitidos:

Este consentimiento fue firmado por: _____

(IMPRIMIR NOMBRE POR FAVOR) _____ Fecha _____

Firma del Doctor: _____ Fecha _____

Testigo: _____ Fecha: _____