

Gentle Touch Dentistry
Falls Church, Virginia 22042
(703) 933-1121

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
Apellido, Nombre Segundo Nombre (Apelativo Preferido)

Sexo: _____ Estado Civil : _____ Correo Electrónico (Email): _____

de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono (Casa): _____ (Trabajo) _____ (Otros): _____

Dirección: _____

Calle

de apartamento

Ciudad

Estado

Código de Área

Información de Referencia

A quién podemos agradecer por referirle a nuestra clínica? _____

Información de su Salud

Fecha de su Última visita al dentista: _____ Las razones por su visita hoy: _____

¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones? Por favor marque con un todos los que aplíquen:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Sangramiento excesivo | <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado | <input type="checkbox"/> Derrame |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas mentales | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| _____ | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Trastornos Nerviosos | <input type="checkbox"/> Tomores |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Crecimientos | <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Enfermedad Veneria |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Heridas en la cabeza | Fecha nacimiento _____ | <input type="checkbox"/> Alergia a la codeine |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de corazón | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación | <input type="checkbox"/> Alergia a la Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Sóplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | OTROS: |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Problema de sinusitis | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales | |

- ¿Está bajo el cuidado de un médico? Si No
- Nombre del médico _____ Teléfono del médico _____
- ¿Tiéne usted algún problema médico que necesita mayor clarificación? Si N
Si tiene, por favor explique: _____
- ¿Ha tomado alguna vez alguno de los fármacos colectivamente denominados como Fen-phen? La mezcla de la dextrofenfluramina (Redux) y la levofenfluramina (Pondimin), estos incluyen Fentermina hydrochloride (Adipex) Feniletilamina (Fastin)
- Indique si esta tomando algún medicamento y el diagnóstico correlacionado: _____

Esposo(a) / Información de la Parte Responsable

Lo siguiente es para: el esposo(a) del paciente La persona responsable del pago

Nombre: _____

Hombre Mujer Casado Soltero Hijo(a) Otro _____

de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono(casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ Mejor hora para llamar: _____

Dirección: _____

Calle

de apartamento

Ciudad

Estado

Código de Área

Información de Empleo

Lo siguiente es para: El paciente La persona responsable del pago
Nombre del Empleador: _____ Ocupación: _____
Dirección: _____
Ciudad Estado Código de Área

Consentimiento para Tratamiento

Autorización para Recibir Tratamiento: Por la presente yo autorizo al médico o personal asignado a que tomen rayos-x, modelos de impresión, fotografías y otros medios que el médico considere apropiados para hacer un diagnóstico exhaustivo de mis necesidades dentales. A partir de tal diagnóstico, yo autorizo al médico a que realice todos los tratamientos recomendados de común acuerdo y que emplee el tipo de asistencia según sea necesario para proporcionarme la atención adecuada. Debido a la naturaleza progresiva de una enfermedad dental, puede llegar a ser necesario un nuevo plan de exámen y tratamiento, después de un período de doce (12) meses desde la fecha del exámen inicial del paciente.

Si es necesario, estoy de acuerdo con el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos. Entiendo perfectamente que el uso de agentes anestésicos conlleva ciertos riesgos. Yo entiendo que puedo pedir un detalle complete de las posibles complicaciones.

La sala operatoria de este consultorio dental, tiene un espacio muy limitado, queremos que nuestros pacientes se sientan cómodos y con la privacidad que merecen tener mientras reciben tratamiento, por lo tanto, sólo los pacientes están permitidos en la sala operatoria! Es absolutamente imprescindible que los menores de edad sean acompañados por sus padres o tutor legal en cada cita.

Honorarios: Entiendo que los costos asociados al plan de tratamiento son sólo una estimación y están sujetos a cambios dependiendo de las circunstancias individuales. Me hago responsable del pago de todos los servicios prestados para mí y/o para mis dependientes en mi nombre. Entiendo que el pago debe hacerse en su totalidad al momento de que el servicio sea dado. Los saldos pendientes están sujetos a un 5% mensual APR, y además hay un recargo de \$10.00 mensuales. Entiendo que voy a tener que pagar por cualquier y por todos los honorarios de cortes judiciales y abogados, si fallo y no llego a pagar por los servicios dentales rendidos, en el momento acordado; así como por todos los derechos de cobro, según es determinado por este consultorio dental. Además, entiendo que \$65 se me cargarán a mi cuenta si no me presento a mi cita y si no llamo con 24-horas de anticipación para cancelar o recalendarizar mi cita o la cita de cualquiera de mis dependientes. _____ (Iniciales)

En el improbable caso de que alguno de sus cheques sea devuelto por insuficiencia de fondos o que sea retenido, se cargará a su cuenta de cheques, electrónicamente, el valor nominal del cheque MÁS \$50, cuota autorizada-por-el-estado. Esta política nos permite resolver el problema sin que se tenga que notificar a las agencias de crédito sobre su problema y así evitar dañarle su calificación de crédito. La transacción aparecerá en su estado de cuenta bancaria y nadie tendrá que ponerse en contacto con usted sobre el pago.

He leído las condiciones anteriores sobre el tratamiento y el pago; estoy de acuerdo con sus contenidos.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA.

Nombre del Paciente: _____

Propósito del Consentimiento: Al firmar es formulario, usted está dando su consentimiento a que nosotros podamos hacer uso y divulgación de su información médica con fines de tratamiento, actividades de pago, y de operación de atención de salud.

Aviso de Privacidad de Práctica: Usted tiene el derecho de leer nuestro aviso de privacidad, antes de decidir firmar o no este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción sobre nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, del uso y divulgación que podríamos hacer sobre su información protegida de su salud, y de otros asuntos importantes acerca de su información médica protegida. Una copia de nuestro aviso acompaña este consentimiento. Le recomendamos que lo lea detenidamente antes de firmar. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describen en nuestro Aviso de Privacidad de Prácticas. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, se emitirá un aviso conteniendo las prácticas de privacidad que han sido modificadas. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de la información que nosotros tenemos sobre su información médica protegida.

Derecho de Revocar: Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, por medio de una notificación por escrito sobre su revocación, dirigida a la persona que aparece más arriba como persona de contacto. Por favor, entienda que la revocación de su consentimiento, no afectará ninguna acción que hayamos tomado antes en virtud de esta autorización, al momento de su revocación, y que nosotros podemos declinar darle tratamiento o continuar dándole tratamiento médico a usted al revocar usted este consentimiento.

Firma del paciente, padre/madre o tutor legal
Fecha: _____ Parentesco con el Paciente: _____

Firma del garante del pago y la parte responsable
Fecha: _____ Parentesco con el Paciente: _____