



ASCENT DENTAL

Fecha de hoy: _____

Bienvenidos A Nuestra Oficina

Gracias por seleccionar nuestro equipo dental! Nos esforzaremos por proveerle el mejor cuidado dental. Para ayudarnos a resolver todas sus necesidades dentales, por favor llene esta forma totalmente, Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor preguntenos que estaremos contentos de ayudar. Esta informacion es confidencial.

Nombre del Paciente:

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
de Seguro Social : _____ Sexo: (M) (F) Fecha de Nacimiento: _____

Informacion de la parte responsable:

Nombre de la persona responsable de esta cuenta: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Relacion al paciente: Mama [] Papa [] Otro: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
de Casa: _____ # de Celular: _____ # de trabajo: _____
Ocupacion: _____ Empleador: _____
Correo Electronico: _____ ¿Razon de la visita de hoy? _____
Contacto de emergencia: _____ Relacion con el paciente: _____
Telefono: _____ Direccion: _____
¿Quien lo referio a nuestra oficina? _____

Historial Medico / Dental del Paciente

¿Las encias sangran al cepillar o al pasar el hilo dental? Si [] No []
¿Está viendo a un médico general, si es así por qué? _____
¿Nombre y direccion del Doctor General? _____
¿Esta tomando medicamentos actualmente? Si [] No [] _____
(Mujeres) ¿esta actualmente embarazada? Si [] No [] ¿Cuántas semanas? _____

Por favor circule los que le aplican a usted:

Enfermedad del Corazon	Quimioterapia	Presion Sanguinea Alta/Baja
Nerviosidad	Enfisema	Artritis/ Reumatismo
Problemas del Estomago/Ulceras	infeccion del SIDA/ VIH	Glaucoma
Diabetes	Fiebre Reumatica	Anemia
Asma	Hemofilia	Enfermedad de los Rinones
Soplo en el Corazon	Enfermedad de la sangre	Hepatitis
Tuberculosis	Enfermedad de tiroides	Enfermedad de Celula falciforme
Epilepsia/Convulsiones		Dolor en la Mandibula

¿Usted tiene otra condicion medica o de la salud que no este arriba? Por favor explique cual. _____

¿Tiene alergia a algun medicamento? Por favor circule o escriba cual:

Anestésicos Locales	Sedativos
Codeína	Medicamentos para dormir
Latex	Penicilina
Drogas de Sulfa	Otros Narcóticos
Aspirina	

OTRO:

Si en algun momento yo tengo algun cambio en mi salud o algun cambio en las medicinas que tomo, yo le informare a mi dentista en la proxima cita.

X _____



ASCENT DENTAL

AVISO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Este aviso describe como puede utilizar y divulgarse la informacion de su salud sobre usted y como puede obtener usted acceso a esta informacion. Favor de leerlo cuidadosamente, consideramos importante la privacidad de su informacion de salud.

Por ley, es requerido proveer el aviso de la privacidad del paciente. Este aviso describe como su historial medico puede ser usado por nuestra oficina. Tambien le explica como puede obtener acceso a su historial medico.

COMO PACIENTE TIENE DERECHO A:

1. El derecho a revisar su informacion.
2. El derecho a corregir su informacion.
3. El derecho a que su informacion sea restringida.
4. El derecho a requerir que su informacion sea confidencial.
5. El derecho a reportar divulgaciones de su informacion.
6. El derecho a recibir una copia de este aviso.

Queremos asegurarnos que su informacion medica esta segura por nosotros. Este aviso de Privacidad al Paciente contiene informacion confidencial.

RECONOCIMIENTO DE AVISO A LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Reconosco que eh revisado el aviso a la privacidad del paciente, yo entiendo que la oficina me informara si ahy cambios sobre este aviso. Por cualquier razon si llega a ser modificado o cambiado en cualquier forma yo resivire una copia.

Nombre del paciente

Firma del paciente/padre legal