

FECHA: 2 de enero de 2018

HORA: 09:28 a.m.

**REGISTRO DEL PACIENTE**

ID:

ID del gráfico:

Apellido:

Segundo nombre:

Primer nombre:

El paciente es:  Titular de póliza  Persona responsable Nombre preferido:

Persona responsable (si no coincide con el paciente)

Primer nombre:

Apellido:

Segundo nombre:

Dirección:

Dirección 2:

Ciudad, estado, código postal:

Pager:

Teléfono particular:

Teléfono del trabajo:

Ext.:

Celular:

Fecha de nacimiento:

Seg. soc.:

Lic. para conducir:

La persona responsable también es titular de póliza para el paciente  Titular de póliza del seguro principal  Titular de póliza del seguro secundario

**Información del Paciente**

Dirección:

Dirección 2:

Ciudad:

Estado, código postal:

Pager:

Teléfono particular:

Teléfono del trabajo:

Ext.:

Celular:

Sexo:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Separado  Viudo

Fecha de nacimiento:

Edad:

Seg. soc.:

Lic. para conducir:

Correo electrónico:

Me gustaría recibir la correspondencia por correo electrónico.

**Sección 2**

**Sección 3**

Estado de empleo:  Tiempo completo  Medio tiempo  Jubilado

Núm. para emergencias.

Estado de estudiante:  Tiempo completo  Medio tiempo

Nombre del cónyuge

ID de Medicaid:

Dentista preferido:

Padres de acogida

ID del empleador:

Farmacia preferida:

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

ID de la aseguradora:

Higienista preferida:

**Información del Seguro Principal**

Nombre del asegurado:

Relación con el asegurado:  Yo mismo  Cónyuge  Hijo  Otro

Seg. soc. del asegurado:

Fecha de nacimiento del asegurado:

Empleador:

Empresa aseg.:

Dirección:

Dirección:

Dirección 2:

Dirección 2:

Ciudad, estado, código postal:

Ciudad, estado, código postal:

Beneficios rem.:

Deducible rem.:

**Información del Seguro Secundario**

Nombre del asegurado:

Relación con el asegurado:  Yo mismo  Cónyuge  Hijo  Otro

Seg. soc. del asegurado:

Fecha de nacimiento del asegurado:

Empleador:

Empresa aseg.:

Dirección:

Dirección:

Dirección 2:

Dirección 2:

Ciudad, estado, código postal:

Ciudad, estado, código postal:

Beneficios rem.:

Deducible rem.:

A pesar de que el personal dental trató principalmente la zona de y cercana a la boca, forma parte de todo su cuerpo. Informe los problemas de salud que puede tener o los medicamentos que puede estar tomando.

¿Está recibiendo atención médica? O Sí O No En caso afirmativo, [ ]
¿Alguna vez ha estado hospitalizado o tenido una cirugía importante? O Sí O No En caso afirmativo, [ ]
¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o en el cuello? O Sí O No En caso afirmativo, [ ]
¿Está tomando medicamentos, pastillas o fármacos? O Sí O No En caso afirmativo, [ ]
¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux? O Sí O No En caso afirmativo, [ ]
¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel u otro medicamento que contenga bifosfonatos? O Sí O No En caso afirmativo, [ ]
¿Está siguiendo una dieta especial? O Sí O No
¿Consume tabaco? O Sí O No
¿Consume sustancias controladas? O Sí O No En caso afirmativo, [ ]

Para las mujeres:
 ¿Está embarazada o intenta estarlo?  ¿Está amamantando?  ¿Toma anticonceptivos por vía oral?

¿Es alérgico a algo de lo siguiente?
 Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico
 Metal  Látex  Sulfamidas  Anestésicos locales

¿Y a alguna otra cosa?  En caso afirmativo, [ ]

¿Tiene o ha tenido algo de lo siguiente?
SIDA/VIH positivo O Sí O No Cortisona O Sí O No Hemofilia O Sí O No Tratamientos de radiación O Sí O No
Enfermedad de Alzheimer O Sí O No Diabetes O Sí O No Pérdida de peso reciente O Sí O No
Anafilaxis O Sí O No Drogadicción O Sí O No Hepatitis A O Sí O No Diálisis renal O Sí O No
Anemia O Sí O No Se fatiga fácilmente O Sí O No Hepatitis B o C O Sí O No Fiebre reumática O Sí O No
Angina O Sí O No Enfisema O Sí O No Herpes O Sí O No Reumatismo O Sí O No
Artritis/gota O Sí O No Epilepsia o convulsiones O Sí O No Presión arterial alta O Sí O No Escarlatina O Sí O No
Válvula cardíaca artificial O Sí O No Sangrado excesivo O Sí O No Colesterol alto O Sí O No Herpes zóster O Sí O No
Articulación artificial O Sí O No Sed excesiva O Sí O No Hipoglucemia O Sí O No Anemia falciforme O Sí O No
Asma O Sí O No Desmayos/mareos O Sí O No Arritmia cardíaca O Sí O No Problemas de sinusitis O Sí O No
Enfermedad de la sangre O Sí O No Tos frecuente O Sí O No Problemas renales O Sí O No Espina bifida O Sí O No
Transfusión sanguínea O Sí O No Diarrea frecuente O Sí O No Leucemia O Sí O No Trastornos gastrointestinales O Sí O No
Problemas respiratorios O Sí O No Cefaleas frecuentes O Sí O No Enfermedad hepática O Sí O No Accidente cerebrovascular O Sí O No
Desarrolla hematomas con facilidad O Sí O No Herpes genital O Sí O No Presión arterial baja O Sí O No Hinchazón de las extremidades O Sí O No
Cáncer O Sí O No Glaucoma O Sí O No Enfermedad pulmonar O Sí O No Enfermedad tiroidea O Sí O No
Quimioterapia O Sí O No Rinitis alérgica O Sí O No Prolapso de la válvula mitral O Sí O No Amigdalitis O Sí O No
Dolor de pecho O Sí O No Fallo/ataque cardíaco O Sí O No Osteoporosis O Sí O No Tuberculosis O Sí O No
Úlceras bucales / herpes labial O Sí O No Soplo cardíaco O Sí O No Dolor en las articulaciones mandibulares O Sí O No Tumores o bultos O Sí O No
Defecto cardíaco congénito O Sí O No Marcapasos O Sí O No Enfermedad paratiroidea O Sí O No Úlceras O Sí O No
Convulsiones O Sí O No Enfermedad/trastornos cardíacos O Sí O No Atención psiquiátrica O Sí O No Enfermedad venérea O Sí O No
Ictericia O Sí O No

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad grave no enumerada en el listado anterior? O Sí O No En caso afirmativo, [ ]

Comentarios
[ ]

Entiendo, las preguntas del formulario fueron respondidas con precisión. Comprendo que brindar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental cualquier cambio en mi estado médico.

Firma del padre/madre, tutor o paciente:

Fecha: \_\_\_\_\_

## Formulario de Consentimiento y Declaración del Paciente

A partir del 14 de abril de 2003, la nueva ley federal conocida como la Ley de transferencia y responsabilidad de los seguros médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) requiere que esta oficina cumpla ciertas normas relativas al mantenimiento de la confidencialidad de su información, tanto de la que ya hemos recolectado como de la que recolectaremos en el futuro.

A fin de cumplir uno de los requisitos de la ley HIPAA, le entregamos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Confidencialidad. Este Aviso le informa que la HIPAA requiere que divulguemos nuestras prácticas de confidencialidad.

De vez en cuando, puede ser necesario que divulguemos su información relacionada con nuestro tratamiento. Por ejemplo, podemos realizar una remisión o consulta con otro dentista o profesional de salud, entregar una muestra a un laboratorio para prueba o divulgar su información relativa a la entrega o coordinación de su tratamiento.

### Declaración del Paciente

*Firme este formulario a continuación para reconocer que hoy ha recibido una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Confidencialidad.*

Declaro que hoy he recibido una copia de este Aviso.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Nombre del paciente (en letra de imprenta)

También firmo por mis hijos menores: \_\_\_\_\_  
(nombres en letra de imprenta)

Fecha: \_\_\_\_\_

### Consentimiento del Paciente

*Firme este formulario a continuación para otorgar su consentimiento a nuestras divulgaciones de su información que consideremos necesarias a fin de brindarle el tratamiento adecuado.*

Acepto sus divulgaciones de mi información que ustedes consideren necesarias en relación con mi tratamiento. Entiendo que tales divulgaciones pueden no ser del tipo enumerado arriba.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Nombre del paciente (en letra de imprenta)

También firmo por mis hijos menores: \_\_\_\_\_  
También acepto que mi tratamiento sea discutido con las siguientes personas (por ejemplo, cónyuge, padres, hijo adulto, cuidador)

\_\_\_\_\_  
(nombres en letra de imprenta)

Fecha: \_\_\_\_\_

### Solo para uso administrativo

El paciente se negó a firmar.

Las siguientes circunstancias impidieron que el paciente firmara la Declaración:

Una situación de emergencia impidió que el paciente (padre/madre/tutor) firmara la Declaración.

\_\_\_\_\_  
Personal administrativo (firma)      Personal administrativo (nombre en letra de imprenta)

Fecha: \_\_\_\_\_



Michael P. Harris, D.D.S., PA  
Grant P. Harris, D.D.S.  
Skyler G. Romriell, D.D.S.  
620-276-7623- 1501 E Fulton St - Garden City, Kansas

## Poliza De Cita Rota

(Harris & Harris Family Dentistry) se compromete a proporcionar un cuidado excepcional. Desgraciadamente, cuando un paciente cancela una cita sin dar suficiente tiempo de notificación, evitan que otro paciente sea atendido. **Favor de llamarnos al (620) 276-7623, 24 horas antes de la cita programada para notificarnos de cualquier cambio o cancelación. Para cancelar una cita el lunes, por favor de llamar a nuestra oficina el Viernes.** Si no se da la notificación previa, la cita programada se considerará como una cita fallida. La cita será prevista para la próxima fecha disponible. Tres citas fallidas resultarán en la salida de la práctica.

Como cortesía a nuestros pacientes, le daremos una llamada de recordatorio dos días antes de todas las citas programadas. Le pedimos que confirme su cita al menos un día antes, el no hacerlo resultará en la cancelación de la cita.

Entendemos que las citas algunas veces deben de ser cambiadas, por lo que le pedimos que llame con anticipación si no puede mantener su cita programada. Por favor llegue aproximadamente 10 minutos antes de su cita para un proceso de verificación más rápido. Nos esforzamos por quedarnos a tiempo y le pediremos cambiar su cita si llega más de 10 minutos tarde, ya que esto afecta a todos los pacientes con citas programadas después de usted.

Por favor de firme abajo para dar su consentimiento a estos términos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (Padre del Paciente/Tutor si es menor de 18 años)



Michael P. Harris, D.D.S., PA  
Grant P. Harris, D.D.S.

620-276-7623- 1501 E Fulton St - Garden City, Kansas

## Poliza De Cita Rota

(Harris & Harris Family Dentistry) se compromete a proporcionar un cuidado excepcional.

Desgraciadamente, cuando un paciente cancela una cita sin dar suficiente tiempo de notificación, evitan que otro paciente sea atendido. **Favor de llamarnos al (620) 276-7623, 24 horas antes de la cita programada para notificarnos de cualquier cambio o cancelación. Para cancelar una cita el lunes, por favor de llamar a nuestra oficina el Viernes.** Si no se da la notificación previa, la cita programada se considerará como una cita fallida. La cita será prevista para la próxima fecha disponible. Tres citas fallidas resultarán en la salida de la práctica.

Como cortesía a nuestros pacientes, le daremos una llamada de recordatorio dos días antes de todas las citas programadas. Le pedimos que confirme su cita al menos un día antes, el no hacerlo resultará en la cancelación de la cita.

Entendemos que las citas algunas veces deben de ser cambiadas, por lo que le pedimos que llame con anticipación si no puede mantener su cita programada. Por favor llegue aproximadamente 10 minutos antes de su cita para un proceso de verificación más rápido. Nos esforzamos por quedarnos a tiempo y le pediremos cambiar su cita si llega más de 10 minutos tarde, ya que esto afecta a todos los pacientes con citas programadas después de usted.

Por favor de firme abajo para dar su consentimiento a estos términos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (Padre del Paciente/Tutor si es menor de 18 años)