

## FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

ID: \_\_\_\_\_ Chart ID: \_\_\_\_\_

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_

Patient Is:  Policy Holder  Responsible Party Preferred Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Responsible Party ( if someone other than the patient ) \_\_\_\_\_

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Cellular: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_ Soc Sec: \_\_\_\_\_ Drivers Lic: \_\_\_\_\_

Responsible Party is also a Policy Holder for Patient  Primary Insurance Policy Holder  Secondary Insurance Policy Holder

\_\_\_\_\_ Patient Information \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State / Zip: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Cellular: \_\_\_\_\_

Sex:  Male  Female Marital Status:  Married  Single  Divorced  Separated  Widowed

Birth Date: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Soc Sec: \_\_\_\_\_ Drivers Lic: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_  I would like to receive correspondences via e-mail.

Section 2	Section 3
Employment Status: <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Retired	Referred By _____
Student Status: <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time	Previous Dentist _____
Medicaid ID: _____ Pref. Dentist: _____	Emergency Contact _____
Employer ID: _____ Pref. Pharmacy: _____	Emergency Contact # _____
Carrier ID: _____ Pref. Hyg: _____	

\_\_\_\_\_ Primary Insurance Information \_\_\_\_\_

Name of Insured: \_\_\_\_\_ Relationship to Insured:  Self  Spouse  Child  Other

Insured Soc. Sec: \_\_\_\_\_ Insured Birth Date: \_\_\_\_\_

Employer: _____	Ins. Company: _____
Address: _____	Address: _____
Address 2: _____	Address 2: _____
City, State, Zip: _____	City, State, Zip: _____
Rem. Benefits: _____	Rem. Deduct: _____

\_\_\_\_\_ Secondary Insurance Information \_\_\_\_\_

Name of Insured: \_\_\_\_\_ Relationship to Insured:  Self  Spouse  Child  Other

Insured Soc. Sec: \_\_\_\_\_ Insured Birth Date: \_\_\_\_\_

Employer: _____	Ins. Company: _____
Address: _____	Address: _____
Address 2: _____	Address 2: _____
City, State, Zip: _____	City, State, Zip: _____
Rem. Benefits: _____	Rem. Deduct: _____

# HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?                                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |
| ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |
| ¿Esta usted en una dieta especial?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |
| ¿Usa tabaco?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |
| ¿Usted usa sustancias controladas?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada?  Sí  No Toma anticonceptivos orales?  Sí  No Esta amamantando?  Sí  No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?  
 Aspirina       Penicilina       Codeína       Acrílico       Metálico       Látex       Anestésicos locales      Sulfamida  
 Otros      En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento con radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Díálisis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fácilmente pierde el aliento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula del corazón artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ronchas o erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos / vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del seno nasal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad estomacal/intestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque fulminante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Moretonescon facilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque/Falla del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en la articulación de la quijada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos en el Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas/Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						La ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DEERBROOK FAMILY DENTISTRY  
20440 Hwy 59 N, Suite 300, Humble, TX 77338  
281-548-0008  
Fax: 281-548-0238  
Info@deerbrookfamilydentistry.com

Yo, \_\_\_\_\_, doy el consentimiento para ser un paciente en la oficina nombradas anteriormente y de acuerdo a un examen clínico y radiográfico. También entiendo y consentimiento a lo siguiente:

1. Durante el curso del tratamiento, me pueden someter a procedimientos en todas las fases de la odontología incluyendo periodoncia (encías) tratamiento y cirugía, cirugía oral, endodoncia (conductos radiculares), fijos y extraíbles prostodoncia (coronas, puentes y dentaduras postizas), implante dental, odontología restauradora, trastorno temporomandibular tratamiento, tratamiento de la apnea del sueño, patología oral, odontología pediátrica, y la radiografía.
2. Voy a proporcionar una historia médica cuidadosa y completa, proporcione una lista completa de mis medicamentos con dosis y consentimiento a mi dentista comunicarme con mis otros médicos para preguntar acerca de cualquier aspecto de mi historial médico.
3. No garantías pueden hacerse sobre los resultados del tratamiento, la restauración de la longevidad, o pronóstico. Entiendo que cualquier rama de la medicina, incluyendo la odontología puede producir resultados inesperados.
4. Voy a pagar en su totalidad cualquier costo del tratamiento o copagos de seguros de acuerdo a la oficina de la política financiera. Entiendo que incluso si un seguro pre-estimación es dado o un procedimiento ha sido preaprobado, soy responsable por cualquier costo que mi seguro no cubre.
5. Mi plan de tratamiento puede cambiar en cualquier momento y voy a hacer mi mejor esfuerzo para acercarse a mi cuidado dental con optimismo y comunicación abierta con mi dentista, higienista dental, y el personal de la oficina.
6. Estoy bienvenido a preguntar sobre cualquier aspecto de mi cuidado dental y solicitará información si estoy confundido o necesita más información. Soy responsable para aclarar cualquier aspecto de mi tratamiento que estoy seguro.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (favor de imprimir).

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, tutor legal  
o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
El nombre y la relación con el paciente

DEERBROOK FAMILY DENTISTRY  
20440 Hwy 59 N, Suite 300, Humble, TX 77338  
281-548-0008  
Fax: 281-548-0238  
Info@deerbrookfamilydentistry.com

La política de la oficina

**Pago de servicios:**

Se espera el pago en el momento de sus servicios. Aceptamos dinero en efectivo, Visa, MasterCard, American Express, Discover y Citi Healthcard CareCredit. No aceptamos cheques personales. Cualquier saldo impagado durante 90 días será considerado delinciente y entregado a una agencia de cobranza. Se aplicarán las tarifas correspondientes.

**Seguro dental:**

Estaremos encantados de presentar una reclamación de seguro para usted como una cortesía. Es su responsabilidad informarnos acerca de cualquier cambio en su compañía de seguros o de política. Si su compañía de seguro le niega su reclamo, esperamos que el pago del saldo total dentro de los 10 días siguientes a la notificación que reciba de su compañía de seguros. Los servicios profesionales son prestados a una persona, no a la compañía de seguros. **Nuestro tratamiento se basa en la necesidad dental del paciente y no a la compañía de seguros beneficiarios. No podemos prestar servicios a un paciente en la suposición de que los cargos serán pagados por la compañía de seguros, ni podemos conocer todos los servicios que no están cubiertos por su compañía de seguros.** Le ayudaremos de cualquier manera posible para presentar su reclamación de seguros o manejar cualquier pregunta que usted pueda tener. Es su responsabilidad estar involucrado con su compañía de seguros. **El paciente es responsable para el médico y la compañía de seguros es responsable para el paciente.**

**Consentimiento:**

Autorizo a la liberación de cualquier información y/o rayos x sobre mi tratamiento dental a la compañía de seguros, abogado o agencia de cobranza en recoger el costo total de los servicios prestados.

Autorizo a la liberación de cualquier información y/o rayos x a las oficinas donde me han referido.

**Citas:**

Cuando hacemos su cita, estamos reservando una habitación para sus necesidades particulares. Le pedimos que si debe cambiar una cita, por favor avísenos con **48 horas** de antelación. Esta cortesía hace posible darle su habitación reservada a otro paciente que quisiéramos atender.

Hay una tarifa de \$25 por no presentarse en las citas programadas. **Repite cancelaciones o citas perdidas resultará en la pérdida de privilegios en el futuro**

**Citas en Sabado:**

Una cita reserva de \$200, independientemente de las prestaciones del seguro es necesario para programar una cita en un sábado. Este depósito no es reembolsable si la cita es perdida.

Al firmar a continuación, usted ha leído y acepta nuestra política de la Oficina.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (favor de imprimir).

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, tutor legal  
o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
El nombre y la relación con el paciente

# EL ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Deerbrook Family Dentistry  
20440 Hwy 59 N Suite 300  
Humble, TX 77338

## Acuse de recibo

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido y examinado una copia de Deerbrook Family Dentistry *HIPAA del Aviso de Prácticas de Privacidad*.

Entiendo que Deerbrook Family Dentistry del *Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA* pueden cambiar periódicamente y que tengo derecho a recibir una copia de Deerbrook Family Dentistry revisada del *Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA*, previa solicitud.

Yo entiendo que si tengo preguntas acerca de Deerbrook Family Dentistry del *Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA*, me puedo contactar con Crystal Pardini al 281-548-0008

Entiendo que es mi derecho a rehusarse a firmar este reconocimiento debo lo eligen, y que Deerbrook Family Dentistry no niegan el tratamiento a mí si me niego a firmar este reconocimiento.

Además, entiendo que me pueden contactar con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos debo tener preocupaciones sobre la privacidad de Deerbrook Family Dentistry políticas y procedimientos. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, por favor pregunte a Crystal, mencionado anteriormente, para obtener ayuda.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Relación de Representante Personal al paciente

## Sólo para uso interno

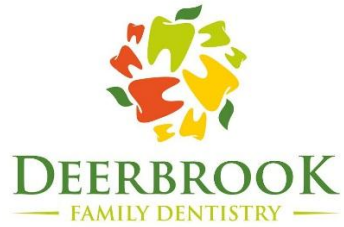
Deerbrook Family Dentistry hizo un esfuerzo de buena fe para obtener el reconocimiento, por parte del paciente se observó anteriormente, a partir de la recepción de su *Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA*. A pesar de estos esfuerzos, la familia Deerbrook Odontología no pudo obtener una confirmación firmada por el siguiente motivo(s):

- Nego a firmar el acuse de recibo \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.
- Barreras de comunicación nos prohíbe la obtención de un acuse de recibo firmado.
- Una situación de emergencia nos prohíbe la obtención de un acuse de recibo firmado.
- Otro (describa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha de recepción

\_\_\_\_\_  
Por

\_\_\_\_\_  
ID de paciente



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

Por favor díganos cómo supo acerca de nuestra práctica. (Seleccione todos los que correspondan)

\_\_\_\_ Un amigo/familiar Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Staff Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Otro doctor/Dentista Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Nuestro sitio web

\_\_\_\_ Busqueda por internet Pagina de Web: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Compañía de Seguros Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Aviso de Publicidad/Ventana

\_\_\_\_ Tarjeta de referencia

\_\_\_\_ Tarjeta postal de correo directo

\_\_\_\_ Smiles Savings Progama

\_\_\_\_ Brochure

\_\_\_\_ Pasar por frente de oficina

\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_