

## HISTORIA MEDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA

- Sí No ¿Está en buena salud general?  
Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?  
¿Si Sí, por qué?  
Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? \_\_\_\_\_  
Fecha de su último examen médico: \_\_\_\_\_ Fecha de su última cita dental: \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?  
Sí No ¿Tiene algún dolor ahora? Especifique: \_\_\_\_\_

### ESTÁ TOMANDO:

Sí No ¿Remedios, medicamentos, medicamentos (incluyendo aspirina)

Liste por favor:

- \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Drogas de uso recreativo?  
Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo? ¿Qué cantidad? \_\_\_\_\_ Sí No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)?

### SÓLO PARA MUJERES:

- Sí No ¿Está o podría estar embarazada? ¿Cuántas semanas? \_\_\_\_\_ Sí No ¿Está dando pecho?  
Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

### MARQUE SI TIENE O HA TENIDO:

- |                                                                     |                                                               |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón                   | <input type="checkbox"/> Covid-19                             |
| <input type="checkbox"/> Infarto de corazón                         | <input type="checkbox"/> SIDA o HIV positivo                  |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral (Stroke)                  | <input type="checkbox"/> Tumores, cáncer                      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                   | <input type="checkbox"/> Alcohol abuse                        |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                           | <input type="checkbox"/> Artritis, reuma                      |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta                     | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los ojos             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel                    | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre            |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis                               | <input type="checkbox"/> Anemia                               |
| <input type="checkbox"/> Enfisema                                   | <input type="checkbox"/> Asma                                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea) | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades pulmonares        |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis, otras enfermedades del hígado   | <input type="checkbox"/> Herpes                               |
| <input type="checkbox"/> Problemas del estómago, úlceras            | <input type="checkbox"/> Enfermedades de tiroides o glándulas |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico                   | <input type="checkbox"/> Enfermedades renales (riñón), vejiga |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos de radiación                  | <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones                    |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia                              | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre              |
| <input type="checkbox"/> Válvula artificial del corazón             | <input type="checkbox"/> Cirugías                             |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones o huesos artificiales       | <input type="checkbox"/> Marcapasos                           |
|                                                                     | <input type="checkbox"/> Convulsiones                         |

Especifique \_\_\_\_\_

Sí No **ALERGIAS** (a remedios, comidas, medicamentos látex, otras?) Por favor especifique \_\_\_\_\_

Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?

Si la respuesta es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

*Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.*

Firma del Paciente o Representante Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## BIENVENIDOS

FAVOR DE ESCRIBIR TODA INFORMACION CLARAMENTE

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Nacionalidad paterna \_\_\_\_\_ Seguro Social del paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. de celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Estado Marital: Soltero \_\_\_\_ Casado \_\_\_\_ Separado \_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_

¿Cómo es la mejor manera de contactarlo? Casa \_\_\_\_ Celular \_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_

### CASO DE EMERGENCIA OTRA PERSONA A NOTIFICAR

Nombre en caso de emergencia \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

### Persona responsable de la cuenta, si no es el paciente

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

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal:

Nombre de la compañía de empleo: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Numero de seguro social: \_\_\_\_\_

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

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o Rep. Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## HIPAA OMNIBUS RULE

Confirmación del paciente de que ha recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad / Consentimiento de Autorización Limitado y Forma de Liberación. (Usted se puede negar a firmar este reconocimiento y autorización. Si se niega puede que nosotros no estemos permitidos a procesar sus reclamos de seguro.)

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

La persona que firma en la parte de abajo reconoce que recibió una copia actualmente vigente de las prácticas de privacidad en este centro de salud. Una copia de este documento firmado y con fecha debe ser tan efectivo como el original. Mi firma también servirá como un documento para liberar mis records medicos (PHI) si debo solicitar que mi tratamiento o radiografías sean liberados a otro médico u otras instalaciones en el futuro.

\_\_\_\_\_  
Por favor escriba su nombre

\_\_\_\_\_  
Por favor Firme

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Descripción de Autoridad

Sus comentarios respecto a los consentimientos y notificaciones: \_\_\_\_\_

Cómo quiere ser abordado cuando se le cite por el área de recepción:

Primer nombre solamente  Nombre apropiado Sr./Sra.  Otro \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LISTE OTRAS PERSONAS QUE PUEDEN TENER ACCESO A SU INFORMACION DE SALUD:**

(Esto incluye padrastrs, abuelos y cualquier persona que este al cuidado y pueda tener acceso a los records de este paciente)

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

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

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

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

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

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

-----  
YO AUTHORIZO QUE ME CONTACTEN DE ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR MIS CITAS, TRATAMIENTO E INFORMACION DE FACTURACION VIA:

- |                                               |                                                                 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Celular              | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto a mi teléfono celular |
| <input type="checkbox"/> Teléfono de casa     | <input type="checkbox"/> Confirmación por correo electrónico    |
| <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo | <input type="checkbox"/> Todos los anteriores                   |

Yo autorizo que la información sobre mi salud sea transmitida vía:

- |                                               |                                                                 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Celular              | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto a mi teléfono celular |
| <input type="checkbox"/> Teléfono de casa     | <input type="checkbox"/> Confirmación por correo electrónico    |
| <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo | <input type="checkbox"/> Todos los anteriores                   |

Yo apruebo que se me sea contactado sobre servicios especiales, eventos, esfuerzos para recaudar fondos o nueva información sobre salud en nombre de este centro de salud a través de:

- Celular
- Mensaje de texto
- Correo electrónico
- Cualquiera de los anteriores
- Ninguna de las anteriores

Al firmar este formulario de HIPAA Confirmación del Paciente, usted reconoce y autoriza, que esta oficina puede recomendar productos o servicios para promover la mejora de su salud. Esta oficina puede o no recibir retribuciones de empresas terceras filiales. Nosotros, bajo el actual régimen de ley federal ómnibus HIPAA, proveemos a usted esta información con su conocimiento y consentimiento.

### Uso de oficina solamente

Como un Oficial de Privacidad, yo intenté obtener la firma del paciente o representante en esta forma pero no fue posible por que:

- Fue un tratamiento de emergencia
- No me pude comunicar con el paciente
- El paciente se rehusó a firmar
- El paciente no pudo firmar porque:
- Otro

\_\_\_\_\_  
Firma del Oficial de Privacidad



### **PÓLIZA DE CANCELACIÓN DE CITAS**

Entendemos que cualquier situación puede ocurrir por la cual usted tenga que cancelar su cita. Sin embargo, cuando usted no llama a cancelar la cita puede estar impidiendo a otro paciente de ser atendido. Por esta razón se requiere que cuando vaya a hacer una cancelación, nos dé la noticia con un mínimo de 24 horas de anticipación, para que así nos permita programar otros pacientes.

**Las citas que no sean canceladas en un mínimo de 24 horas de anticipación serán sujetas a un cargo de \$50.00.**

### **POLIZA PARA PACIENTES QUE NO SE PRESENTAN**

**Los pacientes que no se presenten a su cita sin haber llamado a cancelar serán considerados PACIENTES IMPUNTUALES, y serán sujetos a un cargo de \$50.00 por no presentarse.** Pacientes que INCUMPLAN 2 o más citas en un periodo de 12 meses, podrían perder el privilegio de ser atendidos en la clínica.

**Los cargos de cancelación y por no presentarse son responsabilidad del paciente y deben ser pagadas antes de su cita. El seguro no cubre estos cargos.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha