



BIENVENIDO a nuestro consultorio. Por favor tome unos cuantos minutos para llenar este formulario lo mejor que pueda. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda llenando este formulario con gusto le ayudaremos.

Informacion del Paciente

Nombre _____ Sexo M F Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a

Domicilio de Correspondencia _____

Domicilio Fisico _____

Tel. de Casa _____ Tel. Cel _____ Email _____ Tel. Trabajo _____

Licencia de Conducir # _____ # Seguro Social _____ Paciente trabaja para _____

Ocupacion _____ Notifique en caso de emergencia y # Tel. _____

¿A quien podemos agradecer por su referencia? _____ ¿Tiene dependientes que son pacientes de esta oficina? _____

Seguro Primario

Persona responsable por la cuenta _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Soc.# _____

Relacion con el paciente _____ Domicilio (si es diferente del paciente) _____

Tel. de Casa _____ Tel. Cel _____ Tel. Trabajo _____

La persona responsable trabaja para _____ Ocupacion _____

Compania de Seguro _____ # Tel. seguro _____ e-mail _____

de grupo _____ # de Contacto _____ # de Suscripcion _____

Nombre de otros dependientes bajo este plan _____

Seguro Adicional

¿Tiene seguro adicional el paciente? Si No

Persona responsable por la cuenta _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Soc.# _____

Relacion con el paciente _____ Domicilio (si es diferente del paciente) _____

Tel. de Casa _____ Tel. Cel _____ Tel. Trabajo _____

La persona responsable trabaja para _____ Ocupacion _____

Compania de Seguro _____ # Tel. seguro _____ e-mail _____

de grupo _____ # de Contacto _____ # de Suscripcion _____

Nombre de otros dependientes bajo este plan _____

He revisado la informacion y es precisa segun mi conocimiento. Autorizo a la compania de seguros indicada en este formulario a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados que de otra manera fueran pagaderos a mi. Autorizo el uso de esta firma en todos las peticiones al seguro. Autorizo al dentista a revelar toda informacion necesaria para asegurar el pago de beneficios. Entiendo que soy economicamente responsable por todos los cargos ya sean o no pagados por el seguro.

Firma _____ **Fecha** _____

Cuestionario Confidencial Sobre Su Salud

Nombre de Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

1. Circule la respuesta apropiada (si no entiende la pregunta deje en blanco)

1. Si No ¿Esta bien de salud? (Si contesto que no explique) _____
2. Si No ¿Ha tenido cambios en su salud en el pasado año? (Si contesto que si explique) _____
3. Si No ¿Ha sido hospitalizado o tenido una enfermedad grave, o lo sometieron a una intervencion quirurgica? _____
4. Si No ¿Esta usted actualmente bajo cuidado medico? (Si contesto que si explique) _____
5. Si No ¿Alguna vez ha experimentado una reaccion adversa durante o en conjunto con un medicamento o procedimiento dental? (Si contesto que si explique) _____
6. Tiene usted alguna incomodidad dental el dia de hoy? _____

2. ¿Experimento alguna vez alguna enfermedad en los ultimos seis meses?

(seleccione con un circulo si o no)

- | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------|
| Si No Dolores de pecho | Si No Diarrea o Constipacion | Si No Respiracion dificultosa |
| Si No Desmayo o mareo | Si No Orina frecuentemente | Si No Sinusitis |
| Si No Rapida perdida o ganancia de peso | Si No Dolor de cabeza | Si No Vision borrosa |
| Si No Fiebre | Si No Vomito frecuente | Si No Ictericia |
| Si No Hemofilia o hemorragia anormal | Si No Tos persistente | Si No Tos con sangre |
| Si No Dolor de coyuntura | Si No Sangre en el orina o excremento | Si No Boca seca |
| Si No Propenso a moretones | Si No Dificultades pasando saliva | Si No Sed excesiva |
| | Si No Zumbido de oidos | Si No Depresion |

3. ¿HA tenido o tiene alguna de las siguientes? (seleccione con un circulo si o no)

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|---|
| Si No Enfermedad del corazon | Si No Ataque cardiaco | Si No Endurecimiento de las arterias |
| Si No Defectos en el corazaon | Si No Coyunturas artificiales | Si No Historia familiar de enfermedades del Corazon |
| Si No Problemas estomacales | Si No Ulceras | Si No Enfermedad veneria |
| Si No Fiebre reumatica | Si No Enfermedad del higado | Si No Enfermedad de la piel |
| Si No Epilepsia | Si No Derrame cerebral | Si No Desorden alimentaria |
| Si No Sida/HIV | Si No Cirugicas | Si No Hospitalizacion |
| Si No Diabetes | Si No Tumores o Cancer | Si No Historia familiar de diabetes |
| Si No Quimoterapia | Si No Radiacion | Si No Aritis/Reumatismo |
| Si No Enfisema | Si No Alta precion | Si No Enfermedad del rinon y vejiga |
| Si No Tuberculosis | Si No Atencion phychiatrica | Si No Osteoporosis |
| Si No Asma | Si No Hepatitis | Si No Enfermedad de la tiroides |
| Si No Herpes | Si No Anemia | Si No Murmullo del Corazon |
| Si No Fuegos en la boca | Si No Enfermedad de los ojos | Si No Otra enfermedad Pulmonaria |

4. ¿Esta alergico o a tenido alguna reaccsion adversa a los siguientes medicamentos? (seleccione con un circulo si o no)

- | | | | |
|---|---|-----------------------|--------------------------------|
| Si No Aspirina | Si No Codeina | Si No Anestecia local | Si No Penicellina |
| Si No Nitrogeno | Si No Latex | Si No Eritromicina | Si No Tetraciclina |
| Si No Vicodina | Si No Darvon | Si No Valium | Si No Alergia a algun alimento |
| Si No Metales | Si No Demerol | Si No Percodan | |
| Si No Local anesthetic (Novacaine or Xylocaine) | Alguna otra alergia no mencionada ? _____ | | |

5. ¿Ha tomado alguno de los siguientes en los últimos tres meses?

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|--|
| Si No Drogas recreacionales | Si No Medicamentos sin receta | Si No Antibioticos |
| Si No Alcohol | Si No Aspirina | Si No Bisfosfonato |
| Si No Suplementos | Si No Tabaco en cualquier forma | Si No Medicamento para perdida de peso |

Anote otros medicamentos que este tomando: _____

6. Mujeres

Si No Esta o podria estar embarazada? Si contesto que si, cuanto tiempo tiene _____
 Si No Esta amamantando? Si No Toma pildoras anticonceptivas?

7. Para todos los pacientes

Si No ¿Tiene usted o ha tenido alguna otra enfermedad no anotada? _____
 Si No ¿Ha sido alguna vez pre-medicado para tratamiento dental en el pasado? (Si contesto que si explique) _____
 Si No ¿Ha tomado Fen-Phen? (Si contesto que si explique) _____

Si No ¿Hay alguna otra condicion o problema que le gustaria mencionar al dentista en privado?

La practica dental envuelve toda su salud. Si el dentista en algun momento siente que su tratamiento dental compromete su salud va a ser necesario que el dentista consulte con su medico antes de el comienzo de su tratamiento dental.

Autorizo que el dentista se comuniquen con mi medico.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

He revisado la informacion en este cuestionario y es precisa segun mi conocimiento. Entiendo que esta informacion sera utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algun cambio en mi estatus medico se lo informare al dentista. No hago responsable a mi dentista o algun miembro(s) de su oficina por errores o omisiones que yo pude haber hecho al completar esta forma.

Firma de Paciente o Guardian _____ Fecha: _____

Actualizacion Medica

He revisado mi historia medica y confirmo que es precisa y exacta las condiciones pasadas y presentes.

<u>Fecha</u>	<u>Firma del Paciente</u>	<u>Cambios Medicos o Medicamentos, Enfermedades nuevas o alergias</u>	<u>Iniciales del Dentista</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DECLARACIÓN **DEL ACUERDO FINANCIERO**

Autorizo mi pago directamente a El Portal Dental Group de otra manera pagadero a mí. Entiendo que mi portador de seguro de mis ventajas dentales puede pagar menos que la cuenta real de servicios, y yo soy responsable del pago por completo de todas las cuentas. Esto incluye cualesquiera deducibles o co-pago requeridos por mi portador de seguro dental para ser pagado por completo. También acuerdo seguir las reglas siguientes fijadas por El Portal Dental Group:

- Una carga de \$25 se aplicara a mi cuenta si mi cheque se vuelve debido a fondos escasos.
- Me dan derecho a dos avisos escritos en el plazo de 30 días para notificarme que mi cuenta atrasada.
- Tengo 30 días para pagar mi cuenta por completo, mi cuenta será enviada de otra manera a una agencia de colección.

Firmando esta declaración revoco todo el acuerdo anterior por el contrario y acuerdo ser responsable por el pago de los servicios no pagados por mi seguro dental. Mi consentimiento será eficaz hasta que lo revoco en la escritura. Atestigo a la exactitud de la información en esta página.

Firma del Paciente

Fecha

**El Portal Dental Group
3385 “G” street, suite B
Merced, Ca 95340**

Reconocimiento Sobre Recibo de Nota Prácticas Privadas

Adjunto encontrara El Portal Dental Group’s Nota de Prácticas Privadas. Su nombre y firma en esta pagina indicara que usted a recibido una copia de El Portal Dental Group’s Nota de Prácticas Privadas en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta sobre la información en la Nota de Prácticas Privadas de El Portal Dental Group, por favor pregunte al personal de la clínica.

Nombre de Paciente : _____

Firma: _____

Representante de Paciente (Manuscrito): _____

Si es el Representante, indique la relación (Manuscrito): _____

Firma del Testigo: _____

Fecha Nota Recibida: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN REFERENTE A SU SALUD Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE

1. **Propósito:** El Portal Dental Group siguen las prácticas de privacidad descritas en este aviso. El Portal Dental Group mantiene información sobre su salud en expedientes que se guardan de una manera confidencial de acuerdo a la ley. El Portal Dental Group utiliza y da o comparte información acerca de su salud cuando es necesario en su tratamiento, sobre pagos, y para operaciones del cuidado de su salud, y para darle servicio de alta calidad.
2. **Que Significa Tratamiento, Pagos, y Operaciones del Cuidado de su Salud?** Tratamiento incluye compartir información con personas involucradas en el cuidado de su salud. Por ejemplo el proveedor del cuidado de su salud puede compartir información acerca de su condición con el farmacéutico para discutir sus medicinas, o con el radiólogo, o con otros asesores para determinar su diagnóstico. El Portal Dental Group puede usar información referente a su salud como un requisito de su seguro o HMO y para obtener el pago por su tratamiento. El Portal Dental Group puede usar y dar información de su salud para mejorar la calidad de cuidado y con propósitos educativos en el entrenamiento de estudiantes, residentes y facultad de El Portal Dental Group.
3. **Como El Portal Dental Group Usará y Compartirá Información Acerca de mi Salud?** Información de su salud podrá ser usada para los siguientes propósitos a menos de que usted pida una restricción que impida el uso específico o su revelación.

Nota: Usted tendrá la oportunidad de no permitir que algunas de estas comunicaciones con respecto a la información de su salud indicadas por () sean reveladas.*

- Directorios de El Portal Dental Group que podrían incluir su nombre, condición general, y donde esta localizado en El Portal Dental Group.*
- Afiliación religiosa a un capellán de hospital o miembro religioso.*
- Miembros de su familia o amigos íntimos involucrados en su cuidado o en el pago de su tratamiento.*
- Agencia de ayuda de desastres, si usted esta involucrado en un desastre y necesita ayuda.*
- Para informarle de tratamientos alternos, beneficios, o servicios relacionados con su salud.*
- Recaudación de fondos por parte de El Portal Dental Group. Tal información será limitada a su nombre, dirección, numero de teléfono, edad, género, estado de su seguro, y los días que usted fue atendido en UTHSCSA.*
- Recordatorio de citas.*

- Actividades públicas de salud, incluyendo prevención de enfermedades, heridas, o incapacidades; reportes de nacimientos y muertes; reportes de reacciones a medicinas, o problemas con productos; notificación de llamado de productos, control de enfermedades contagiosas; aviso a las autoridades del gobierno si hay sospecha de abuso, abandono, o violencia doméstica.
- Actividades para investigar el cuidado de salud como auditorías, inspecciones, investigaciones, y procedimientos para obtener licencia.
- Por imposición legal.
- Investigadores de causas de fallecimiento, examinadores médicos, y directores de funerarias.
- Donación de órganos y tejido orgánico.
- Algunos proyectos de investigación.
- Para prevenir una amenaza grave de salud o seguridad.
- A las autoridades de servicio militar si usted es miembro de las fuerzas de servicio militar o miembro de una autoridad de servicio militar extranjero.
- A personas autorizadas a conducir investigaciones especiales de seguridad nacional y actividades de inteligencia.
- Compensación a Trabajadores. Si es apropiado daremos información sobre su salud referente a beneficios que haya recibido por causa de accidentes de trabajo.
- Información con respeto al abuso del alcohol y drogas tiene una protección de privacidad especial. El Portal Dental Group no dará información que le identifique como paciente ni información médica referente al tratamiento de sustancias tóxicas sin el permiso por escrito del paciente, para dar tratamiento, sobre pagos y operaciones de acuerdo a la ley.
- Para llevar a cabo tratamientos del cuidado de su salud, sobre pagos, y manejo de operaciones a través de asociados de negocios, como instalar un nuevo sistema de computación.

4. **Su Autorización es Requerida Para Otras Revelaciones.** Excepto como se ha descrito arriba, no usaremos o revelaremos información médica sin que El Portal Dental Group tenga un permiso por escrito del paciente. Por ejemplo, no usaremos sus fotografías para presentaciones fuera de El Portal Dental Group sin su permiso por escrito. Usted podrá retractarse o retirar su permiso en cualquier momento y la fecha de vigencia será un día después de recibir sus instrucciones de retiro por escrito.

5. **Usted Tiene Derechos Con Respecto A Información De Su Salud.** Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica, si hace la petición en las formas que El Portal Dental Group provee:

- **Derecho a pedir restricciones.** Usted puede pedir limitaciones en la información de su salud que nosotros usamos o revelamos acerca de su tratamiento de salud, sobre pagos o operaciones del cuidado de su salud, aunque no es requerido cumplir con su petición. Por ejemplo, usted puede pedir que no revelemos que tuvo un procedimiento en particular. Pero si es necesario, se dará información en caso de emergencia para su tratamiento.
- **Derecho a comunicaciones confidenciales.** Usted puede pedir que las comunicaciones sobre la información referente a su salud sean manejadas de cierta manera o en un cierto lugar, pero es necesario que nos indique como y donde desea ser localizado.
- **Derecho de revisar y hacer copias.** Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de su expediente médico o de su salud. Posiblemente habrá un costo por las copias, envío y

materiales. En ciertas ocasiones, su petición puede ser rechazada. Usted puede pedir que se haga una revisión del rechazo de su petición por otro profesional licenciado en servicios de cuidado médico seleccionado por El Portal Dental Group. El Portal Dental Group cumplirá con los resultados de dicha revisión.

- **Derecho a pedir enmienda.** Si usted cree que la información que tenemos referente a su salud es incorrecta o esta incompleta, usted puede solicitar una enmienda llenando la forma que El Portal Dental Group provee. El Portal Dental Group puede no aceptar esta enmienda.
 - **Derecho a rendición de cuentas de información revelada.** Usted podrá pedir una lista de la información revelada acerca de su salud a personas o entidades que no tengan ninguna relación con los tratamientos del cuidado de su salud, pagos o manejo de operaciones durante los últimos seis (6) años, pero no antes 01/19/2006. Probablemente habrá un costo después de la primera petición.
 - **Derecho de obtener una copia de este Aviso.** Usted puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento aunque haya recibido una copia electrónica.
6. **Requisitos Con Respecto a Este Aviso.** La ley requiere que El Portal Dental Group le de una copia de este Aviso. Cumpliremos con este requisito mientras este vigente. El Portal Dental Group podrá hacer cambios a este Aviso y estos cambios afectarán la información actual referente a su salud que tenemos así como cualquier otra información que recibamos en el futuro. Cada vez que usted se registre en El Portal Dental Group para servicios de cuidado médico, usted podrá recibir una copia del Aviso que esté vigente en el momento.
7. **Quejas** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede quejarse con el Oficial de Privacidad (Privacy Officer) (209-385-1479) en El Portal Dental Group o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos (Secretary of the United States Department of Health and Human Services). Nosotros no tomaremos ninguna represalia en su contra en caso de que usted ponga una queja con El Portal Dental Group o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Comuníquese con el Oficial de Privacidad en El Portal Dental Group al numero (209) 385-1479 si:

- **Usted tiene cualquier pregunta sobre este Aviso;**
- **Usted desea pedir restricciones con respecto a la información médica que nosotros usamos o damos para el tratamiento de su salud, sobre pagos, para manejo de operaciones, o**
- **Usted desea obtener una forma para ejercer sus derechos individuales descritos en el párrafo 5.**