

Bienvenidos

Bienvenidos a Valley Alder Family Dentistry. Agradecemos la confianza depositada en nosotros para proporcionarle servicios dentales. Para ayudarnos a darle un mejor servicio, por favor complete el siguiente formulario.

Archivo # _____ Sede del Consultorio _____ Fecha _____

Información sobre el Paciente

Nombre: _____ Inicial _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Domicilio: _____ Apto # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Número de Teléfono de la Casa : () _____ Número del Teléfono Celular: () _____
Correo Electrónico _____ Número de la Licencia de Conducir: _____ # de Seguro Social: ____-____-____ Sexo: M F
Método preferido de contacto: Casa Celular Correo electrónico Mensaje de texto Otro _____
 Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Menor Empleador _____ Posición: _____
Dirección del Empleador: _____ Número de Teléfono del Empleador: () _____
En Caso de Emergencia, comunicarse con: (nombre) _____ Número del Teléfono: () _____

¿Cómo va a pagar? Efectivo Crédito Aseguranza Medi-Cal Otro _____

Persona Responsable (No considerar si es la misma persona de más arriba)

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento : ____/____/____ #SS: _____

Información del Asegurado

Seguro Dental Primario: _____ Nombre del Asegurado: _____
Relación entre el Asegurado y el Paciente: Mismo Esposo/a Hijo/a Otro Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Polisa: _____ Numero de Grupo: _____ #SS: _____
Seguro Dental Secundario: _____ Nombre del Asegurado: _____
Relación entre el Asegurado y el Paciente: Mismo Esposo/a Hijo/a Otro Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Polisa: _____ Numero de Grupo: _____ #SS: _____

Información Dental

Nombre del dentista anterior: _____ Dirección: _____
de telefono: _____ ¿ Cuando fue su última visita al dentista? ____/____/____
¿ Razon de su visita? _____
¿ Cuando le tomaron las últimas radiografías dentales? ____/____/____ ¿Están disponible sus radiografías? Si No
Sí es así, escriba el nombre del Dentista anterior y el # de teléfono _____ () _____

Referencias Personales

Nombre: _____ Inicial _____ Apellido : _____
Número de Teléfono: () _____ Domicilio: _____ Apto # _____
Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Nombre: _____ Inicial _____ Apellido : _____
Número de Teléfono: () _____ Domicilio: _____ Apto # _____
Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Solicito que todos los beneficios dentales, si los hubiera, u otras sumas de otra manera pagaderas a mí o en mi nombre por servicios prestados, sean pagados directamente al proveedor del servicio. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los costos por servicios llevados a cabo por el proveedor. Si los importes del seguro son insuficientes para cubrir mis obligaciones por los servicios prestados, yo soy responsable por la diferencia. Autorizo al proveedor del servicio a brindar toda la información necesaria para asegurar los pagos de beneficios. También consiento al examen y/o tratamiento de mi mismo y de todos los hijos menores listados, por médico, asistentes de médico y otro personal médico. La falla en proporcionar información completa puede resultar en que reciba una factura por los servicios.

Me doy por enterado que al firmar más abajo yo certifico que toda la información es completa y correcta. Dr. Alpesh Patel, D.D.S. puede verificar esta información por parte de cualquier fuente que se considere necesaria (incluyendo, pero no limitado a, informe crediticios) hasta el punto permitido por ley. Esta es mi autorización para que Dr. Alpesh Patel, D.D.S. verifique mi historia de credito.

Firma del Paciente

Firma de la Parte Responsable

HISTORIA DE SALUD

FECHA: ____/____/____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

SEXO: M / F

ARCHIVO#: _____

ESTATURA: _____ PESO LBS. _____

FACILITY: _____

En caso de emergencia, contactar a (persona) _____ # de teléfono: (____) _____

INSTRUCCIONES:

Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando sea necesario. Las respuestas a nuestras preguntas son únicamente para nuestros archivos, y se consideran estrictamente confidenciales.

¿ Razon de su visita? _____ ¿ Cuando fue su última visita al dentista? ____/____/____

¿ Cuando le tomaron las últimas radiografías dentales? ____/____/____ ¿Están disponible sus radiografías? Si No

Sí es así, escriba el nombre del Dentista anterior y el # de teléfono _____ (____) _____

- | | | | |
|--|----|---|----|
| 1. ¿Esta bajo algún tratamiento medico ahora? | SI | O | NO |
| 2. ¿Ha sido hospitalizado/a por alguna cirugía o enfermedad en los ultimos 5 años? | SI | O | NO |
| Si es si por favor explique _____ | | | |
| 3. ¿Está tomando algún tipo de medicamento incluyendo no recetado? | SI | O | NO |
| Si es si por favor explique _____ | | | |
| 4. ¿Consume tabaco? | SI | O | NO |
| 5. ¿Ha tomado Redux® Fan Phen? | SI | O | NO |
| 6. ¿Usa usted sustancias controladas? | SI | O | NO |
| 7. ¿Esta usando lentes de contacto? | SI | O | NO |

SI TIENE O NO HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES

Presión Alta	S	N	Presion Baja	S	N			
Ataque de Corazon	S	N	Marcapasos Cardiaco	S	N	Dolor de Pecho	S	N
Fiebre Reumática	S	N	Soplo Cardiaco	S	N	Enfermedad del Corazón	S	N
Problemas de Corazón	S	N	Angina de Pecho	S	N	Derrame Cerebral	S	N
Desmayos	S	N	Cansado frecuentemente	S	N	Prolapso de la Valvula Mitral	S	N
Asma	S	N	Anemia	S	N	Tuberculosis	S	N
Se fatiga facilmente	S	N	Enfisema	S	N	Terapia de Radiación	S	N
Epilepsia / Convulsiones	S	N	Cancer	S	N	Glaucoma	S	N
Leucemia	S	N	Arthritis	S	N	Perdida de peso reciente	S	N
Diabetes	S	N	Reemplazo de Articulación/ Implante	S	N	Problemas respiratorios	S	N
Problemas del riñon	S	N	Hepatitis / Ictericia	S	N	Tobillos hinchados	S	N
Sida / VIH	S	N	Problemas Estomacales / Ulcera	S	N	Enfermedad del higado	S	N
Problemas con la tiroides	S	N	Enfermedades Sexuales Transmitidas	S	N	Alergias / Fiebres	S	N
Ronchas / Salpullido	S	N	Herpes	S	N	Sinusitis	S	N
Trueno de la Mandibula	S	N	Rechina los Dientes	S	N	Dientes Sensibles	S	N
Dolor de Cuello	S	N	Dolor de Hombro	S	N	Dolor de Cabeza Frecuente	S	N
Sangramiento anormales de extracciones previas, cirujias o traumas				S	N			
Ha tenido problemas serios contratamiento dental previo?				S	N			

Por favor explique: _____

Es alérgico/a o a tenido alguna reacción con los siguientes:

Anesteticos Locales	S	N	Aspirina	S	N
Penicilina u otro antibiótico	S	N	Algún tipo de Metal	S	N
Medicamentos son sulfa	S	N	Yodo	S	N
Codeína u otros narcóticos	S	N	Sedativos	S	N
Barbitúricos, pastillas para dormir	S	N	Goma de Latex	S	N

Otro: _____

SOLO PADA MUJERES:

Está embarazada o podía estarlo S N Está Tomando anti conceptivos orales S N Esta amamantando S N

FOLLOW UP to Medical History by Dentist Only: _____

Por la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud totalmente. He dado a conocer de lo que tengo conocimiento. El suscrito certifica y da su consentimiento para que se realicen los rayos X y el examen necesario.

FIRMA DEL PACIENTE ó del tutor legal (si el paciente es menor de edad)x _____ Fecha: _____

FIRMA DEL DENTISTA x _____ Fecha: _____

FECHA

COMENTARIOS

FIRMA DEL PACIETE

FIRMA DEL DR.

Fecha				
Fecha				
Fecha				

Reglas de Privacidad HIPAA Recibo de noticia de Practica de Privacidad Forma de Reconocimiento Escrita DR. ALPESH PATEL, D.D.S.

Reconocimiento de recibo de la Noticia de Practica de Privacidad (164.520(a))

Yo, _____ (nombre del Paciente) entiendo que como parte de mi cuidado de salud la oficina del Dr. Alpesh Patel crea y mantiene los documentos medicos que describen mi historial medico, sintomas, examinaciones y los resultados, diagnosticos, tratamientos y cualquier plan para futuro cuidado medico o tratamiento. Yo reconozco que se me ha proporcionado y entiendo que el Aviso de las Practicas de Privacidad de la oficina del Dr. Alpesh Patel Bloomington, CA provee una descripcion completa del uso y revelacion de mi informacion medica. Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de la oficina del Dr. Alpesh Patel antes de firmar esta forma;
- La oficina del Dr. Alpesh Patel Bloomington, CA reserva su derecho de cambiar el Aviso de las Practicas de privacidad y que enviara una copia del aviso editado a la direccion que he dado antes de ponerlo en practica, si lo solicito

Nombre del Individuo o Testigo Representante Legal: _____ **Fecha:** _____

Firma del Individuo o Testigo Representante Legal: _____ **Fecha:** _____

SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA

Intentamos obtener reconocimiento escrito del recibo de nuestro aviso de las practicas de privacidad, pero no ha podido ser obtenida porque:

- Individuo reuso firmar Y N
- Dificultades de comunicacion prohibio que obtuvieramos el reconocimiento Y N
- Una emergencia evito que obtuvieramos el reconocimiento Y N
- Otro (especifique por favor) _____

Official de Privacidad

Fecha

Norma de Privacidad de HIPAA Acuerdo de Autorizacion del Paciente

Autorizacion para la Revelacion de Informacion Confidencial de salud para tratamiento, Pago o Cuidado Medico (164.508(a))

Yo, _____ (nombre del Paciente) entiendo que como parte de mi cuidado de salud, la oficina del Dr. Alpesh Patel, crea y mantiene los documentos medicos que describen mi historial medico, sintomas, examinaciones y los resultados, diagnosticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Yo entiendo que esta informacion sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento;
- Un medio de comunicacion entre profesionales del campo medico que pueden contribuir a mi cuidado medico;
- Una fuente de informacion de como aplicar mi diagnostico e informacion quirurgica a mi cuenta;
- Un medio por el cual un pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados;
- Un medio para operaciones rutinarias de cuidado medico tales como determinacion de calidad y revision de capacidad de los profesionales en el campo medico.

He sido proporcionado (a) con una copia de Aviso de practicas de Privacidad que provee una descripcion mas completa sobre los usos y revelaciones de informacion.

Entiendo que como parte de mi cuidado y tratamiento puede ser necesario proveer a otra entidad mi informacion Confidential Medica. Yo tengo el derecho de revisar el aviso del Dr. Alpesh Patel, D.D.S. antes de firmar esta autorizacion. Autorizo la revelacion de mi informacion Confidential Medica como sera especificado posteriormente para los propositos y a los grupos indicados por mi.

Norma de Privacidad Consentimiento del Paciente

Consentimiento para la Revelacion de Informacion de Salud para Tratamiento, Pago o cuidado (164.506(a))

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el aviso de Practicas de informacion de la oficina del Dr. Alpesh Patel antes de firmar este consentimiento;
- La oficina del Dr. Alpesh Patel's office reserva su derecho de cambiar el aviso y las practicas y que si solicito, enviara una copia de aviso editado a la direccion que he dado antes de ponerlo en practica;
- Tengo el derecho a oponerme al uso de mi informacion medica para propositos directorios;
- Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a como mi informacion confidencial medica puede ser usada o revelada para realizar tratamiento, pago o cuidado medico y que no es requerido por la ley que la oficina del Dr. Alpesh Patel este de acuerdo con las restricciones solicitadas;
- Puedo revocar este consentimiento escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto que la oficina del Dr. Alpesh Patel ya haya tomado accion dependiendo del consentimiento escrito.

Nombre del Paciente o Testigo Representante Legal: _____ **Fecha:** _____

Firma del Paciente o Testigo Representante Legal: _____ **Fecha:** _____

**DR. ALPESH PATEL, D.D.S.
17644 VALLEY BLVD. UNIT 1
BLOOMINGTON, CA 92316
(909) 877-0650**

**FORMULARIO DE DECLARACION DE CONCENTIMIENTO DE QUE EL PACIENTE A
RECIBIDO EL DOCUMENTO DE INFORMACION SOBRE MATERIALES DENTALES.**

Yo, _____, he recibido de

Nombre del paciente

DR. ALPESH PATEL, D.D.S. una copia de la Hoja Informativa sobre Materiales Dentales como lo
ha requerido la Ley.

X _____

Firma del paciente

fecha