



651 N. U.S. HWY 183, STE 150
 LEANDER, TX 78641
 Ph: (512)260-0123

Bienvenidos y Gracias por elegir nuestro equipo de salud dental! Nos esforzaremos por brindarle la mayor atencion y cuidado de salud dental posible. Para servirle mayor favor de llenar esta forma complete.

INFORMACION DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

Nombre: _____ Nombre
 Preferido: _____
 Direccion: _____ Ciudad: _____
 Estado y codigo: _____ Edad: _____ Sexo: (Hombre/Mujer) Fecha De Nacimiento: _____ Estado Civil: _____
 Telefono De Casa: _____ Telefono De Trabajo: _____ Telefono Movil _____ E-mail: _____
 Seguro Social _____
Cobertura: Individual O Familiar (Favor de circular la que mayor aplique)
 Nombre De Aseguransa: _____ Compania De Aseguransa: _____

Informacion De Conyuge –

Esposa (Madre)	Esposo (Padre)
Nombre:	Nombre:
Telefono de Trabajo, Telefono Movil:	Telefono de Trabajo, Telefono Movil:

A quien podemos agradecer por referirlo? _____
 Motivo de su visita de hoy? _____
 Dentista Anterior: _____ Fecha de la ultima visita al dentista: _____

Historia Dental Del Paciente

Necesita antibioticos antes del tratamiento dental? S/N	Las encias le an sangrado alguna vez? S/N
Esta usted con dolor? S/N	Ha tenido algunas vez la enfermedad periodontal? S/N
Ha tenido alguna vez un problema serio/dificil relacionado con trabajos denta anteriores? S/N	Cuantas veces a la semana usa el hilo dental? _____
Esta usted ahora o ha experimentado alguna vez dolor/molestia de la articulacion temporomandibular(ATM/TAT)? S/N	Cuantas veces a la semana se sepilla los dientes? _____
	Tipo de cepillo? Duro/Mediana/Sueave

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento _____

INFORMACION DE SALUD

Nombre de Medico: _____ Numero de oficina _____ Ultima Visita _____

Esta usted bajo cuidado medico? (Si es asi, por favor describa) _____

_____ Por favor escriba cualquier medicamento que este tomando (incluyendo los de sin receta)

_____ Esta usted usando productos de tabaco? (Ex: cigarillos, tabaco sin humo) _____

Esta usted ambarazada? (Si/ NO) Fecha: _____ (Favor de informarnos si queda embarazada.) Favor de informarnos de cualquier otro cambio en su salud.

Si	No		Si	No	
		Anemia / Tratamiento de Radiacion			Hemofilia/Sangrado Abnormal
		Articulaciones/ Huesos Artificiales/Valvulas			Hepatitis
		Artritis			Baja/Alta Presion Arterial
		Asma			VIH + / SIDA
		Transfucion De Sangre			Hospitalizacion Por Cualquier Razon
		Cancer / Quimioterapia			Problemas De Rinones
		DefectoCongenito Del corazo			Prolapso De La Valvula Mitral
		Diabetes			Problemas Psiquiatricos
		Dificultad Para Respirar			Reumas/Fiebra Escarlata
		Abuso De Alcohol/drogas			Severos/ Frecuentes Dolores De Caveza
		Enfisema/Glaucoma			Shingles
		Epilepsia/Convulsiones/Desmayos			Rasgos De Enfermedad De Cellulas
		Ampollas/Herpes			Problemas De Siunusitis
		Ataque Al Corazon/ Cerebrovascular			Tuberculosis (TB)
		Soplo En El Corazon			Ulceras / Colitis
		Cirurgia De Corazon/ Marcapasos			Enfermedad Venerea

Alergias (Favor de colocar una "X" en la caja de (SI/NO))

Si	No		Si	No	
		Penicilina			Iodina
		Anestesia Local			Latex/Hule
		Aspirina			Drogas Sulfamidas
		Codeina			

Por Favor escriba cualquier otra alergia que tenga: _____

Hay alguna otra informacion de salud que debamos saber?

Encaso de emergencia a quien podemos contactar? (Favor de no dejar en blanco)

Nombre: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

HIPPAA Aviso De Practicas De Privacidad

Nuestro Deber Legal:

Nuestras oficinas estan obligadas por ley a mantener la privacidad sobre la informacion de su salud, para darle un aviso acerca de como hacer esto y cuales son sus derechos..

Como usamos su informacion de salud:

Nosotros usamos su informacion de salud para tratamiento, pagos y atencion medica. Esto quiere decir que nosotros podemos discutir su informacion medica con otros medicos o trabajadores de la salud involucrados en su tratamiento. Nosotros podemos usar esta informacion para obtener pagos sobre su tratamiento de treceras personas como companies de seguro. Tambien podemos utilizar esta informacion para nuestros operaciones internas como entrenamiento calidad y evaluacion, y para ponernos en contacto con usted

hacerca de citas mediante correo, telefono o correo electronico. Usted tiene el derecho de decidir especificamente quien tiene acceso a su informacion de salud, tales como miembros de la familia, empresas de comercializacion, empleadores u otras entidades no relacionadas directamente con nuestra oficina o su tratamiento. Nosotros divulgaremos su informacion medica cuando sea requerido por la ley o si creemos que su salud o seguridad o la salud o seguridad de los demas se ve amenazada

Su Derechos:

Usted puede solicitar por escrito una copia de su informacion de salud. Nosotros podriamos cobrar una cuota razonable por este service. Usted puede solicitar una copia mas detallada y extensa de nuestras polisas que estan disponibles. Para preguntas o quejas o si usted tiene algun problema con la privacidad de su informacion medica, usted puede dirigir sus preocupaciones a la siguiente persona, contacto oficial: Robert Hogge, D.D.S. (512)260-0123. Usted tambien puede presentar una queja por escrito al Departamento de salud y servicios humanos al: 651 N. U.S. Hwy 183, Ste 150, Leander, TX 78641.

Gracias por ayudar a nuestras oficinas a cumplir con las leyes federales sobre las polisas de privacidad de la informacion de salud.

Cheques regresados por el banco, tendran un cargo de \$55.00 dolares. Mas la cantidad del cheque. Cuentas vencidas seran enviadas a una agencia de coleccion, tambien la agencia cobrara una cantidad y se la agregara a su cuenta.

****Por favor pague su cuenta antes de recibir servicio dental****