

Washington Dental

2508 Washington Avenue
Houston, Texas 77007

Bienvenidos!

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____

apodo _____

Paciente _____
(Nombre) (Apellido)

Direccion _____
(#) (Calle) (Apt.#) (Ciudad) (Estado) (Zip)

Sexo: H / M Soltero o Casado _____ Fecha de Nacimiento _____

Tel de casa _____ Tel de trabajo _____ Celular# _____

Empleo _____ Seguro Social # _____ TDL# _____

Nombre de esposo/esposa _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleo _____ Tel de trabajo _____

Tiene ud. **Asegurancia Dental** ? Si / No (Si tiene) Que compañía _____

Poliza a nombre de _____ Relacion al paciente _____

Seguro Social # _____ Poliza # _____

Persona responsable de esta cuenta _____

Su direccion (Si es diferente) _____
(#) (Calle) (Apt.) (Ciudad) (Estado) (Zip)

Su telefono _____

Como supo de nuestra oficina? _____

Pasatiempos o aficiones _____

En caso de emergencia a quien llamamos? _____ Tel # _____

Nombre de pariente mas cercano que no viva con usted _____ Tel # _____

Alguien de su familia a venido a nuestra oficina? Si / No

Nombres: _____

El deducible debe ser pagado **Al tiempo de el sevicio. Como una cortesia a usted enviaremos la cuenta asu compañía de seguros.**
Le dejamos 30 dias para que la compañía responda, despues de este tiempo usted debe hacer pago por la porcion que falta o hacer otro arreglo financiero.

Tratamiento que necesita: _____

Firma del paciente _____

POLIZA DE PAGO EN LA OFICINA

PAGOS SE REQUIREN CUANDO SE HACE EL SERVICIO . **Aceptamos Master Card y Visa.**

HISTORIA MEDICA

Salud general (marque una) Excelente Buena Mediocre Mala

Nombre y direccion de su medico _____

Esta tomando alguna medicina ? Si No Para que ? _____

Ha tenido una enfermedad seria en los ultimos 5 años ? Si No

Ha tenido o le han tratado para alguno de los siguientes

Enfermedad de el corazon.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fiebre rheumatica.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pression abnormal de la sangre.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Diabetis.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sinusitis.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hepatitis.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene una enfermedad contagiosa ?...Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Tiene alergias a : Penicilina Codeina Anestesia local inyectada Otras medicinas _____

Fuma ? Si No

(Mujeres) Esta embarazada ? ...Si No Cuanto tiempo ? _____

HISTORIA DENTAL

Fecha de la ultima visita ? _____ Nombre de el Dentista _____

Esta satisfecha con la apariencia de los dientes ?..... Si No

Muele o rechina los dientes ?..... Si No

Su mandibula hace ruidos al abrir ? Si No

Ha tenido dolor en la cojuntura de la mandubula ? Si No

Sus encias sangran o tiene un mal olor de su boca ?..... Si No

Tiene enfermedad de las encias ? Si No

Le molesta presion a los dientes o a su boca ? Si No

Frio ? Si No

Caliente ? Si No

Por favor diganos informacion que uste crea ser imporstante darnos _____

DERECHOS DE PRIVACIDAD / HIPPA

El acta de Portabilidad y Responsabilidad de Aseguransa de Salud (HIPPA) de 1996 le da a usted ciertos derechos. Firmando esto usted autoriza que usemos y demos de conocer informacion de salud solo para hacer :

- Tratamientos
- Obtener pagos de pagadores terceros (compañías de seguro)
- Operaciones de salud diarias de nuestra practica.

Usted tambien tiene el derecho de revisar y obtener una copia de *Aviso de Practica de Privacidad*, que contiene una descripcion mas completa de los usos y revelaciones de su informacion de salud que es protegida y sus derechos bajo HIPPA. Reservamos el derecho de cambiar los terminos de este aviso de vez en cuando y usted puede estar en contacto con nosotros para obtener la copia mas reciente the este aviso.

Tiene usted el derecho de pedir restricciones a cerca de su informacion protegida de salud, de como se puede usar o revelar para llevar a cabo tratamiento, pagos, o operaciones de cuidado de salud. Pero no somos obligados a acordar con estas restricciones. Pero si acordamos estaremos obligados a coumplir con estas restricciones.

Usted puede revocar esta autorizacion, en escrito, a cualquier tiempo. Solo que revelaciones que ocurrieron asta esa fecha no seran afectadas.

Fecha _____

Nombre imprinto _____

Relation al Paciente _____

Firma _____