

## Patient Registration

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Nombre de Preferencia: \_\_\_\_\_

### Información del Paciente:

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección 2: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Femenino Estado Marital:  Casado  Soltero  Divorciado  Separado  Viudo  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seg. Soc: \_\_\_\_\_ #Lic. de Conducir: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  Me gustaría recibir correspondencia por correo electrónico  
 Estado de Empleo:  A Tiempo Completo  A Tiempo Parcial  Retirado  Desempleado  Deshabilitado  
 Estado de Estudiante:  A Tiempo Completo  A Tiempo Parcial  
 Dentista Preferida: \_\_\_\_\_ Dentista Anterior: \_\_\_\_\_  
 Farmacia Preferencia: \_\_\_\_\_ Ultima Visita Dental: \_\_\_\_\_  
 # Telefónico de la Farmacia (si lo sabe): \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ # Telefónico del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_  
**\*Enumere las personas con las que podemos compartir información, incluidos, entre otros, citas, facturación y tratamiento. Si no hay nadie más que usted, por favor marque aquí.  Solo yo.**  
 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

### Individuo Responsable (si no es el mismo que el paciente):

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección 2: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seg. Soc: \_\_\_\_\_ #Lic. de Conducir: \_\_\_\_\_  
 El Individuo Responsable es la Persona Primaria de la Póliza de Seguro  
 El Individuo Responsable es la Persona Secundaria de la Póliza de Seguro

### Información del Seguro Primario:

Nombre de la Persona Asegurada: \_\_\_\_\_  
 Relación con la Persona Asegurada:  Mismo  Espos(a)  Hijo(a)  Otro  
 #Seg. Soc. de la Persona Asegurada: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento de la Persona Asegurada: \_\_\_\_\_  
**Lugar de Empleo:** \_\_\_\_\_  
 Dirección del Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
**Compañía de Seguro:** \_\_\_\_\_

### Información del Seguro Secundario:

Nombre de la Persona Asegurada: \_\_\_\_\_  
 Relación con la Persona Asegurada:  Mismo  Espos(a)  Hijo(a)  Otro  
 #Seg. Soc. de la Persona Asegurada: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento de la Persona Asegurada: \_\_\_\_\_  
**Lugar de Empleo:** \_\_\_\_\_  
 Dirección del Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_  
**Compañía de Seguro:** \_\_\_\_\_  
 Dirección de Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

## **OTERO COSMETIC & IMPLANT DENTISTRY**

Este documento describe algunas de nuestras políticas importantes de la oficina. Escriba sus iniciales para reconocer que ha leído, entendido y está de acuerdo con cada política. Complete y firme la parte inferior de la página.

### **POLÍTICA FINANCIERA**

Es un placer facturar a su seguro como cortesía. Sin embargo, el paciente que recibe el servicio (o su tutor legal) es el responsable final de todos los cargos incurridos. Requerimos que pague la "porción del paciente" estimada en el momento del servicio. Esto puede incluir un deducible, copago y/o un porcentaje de cada procedimiento. Si su seguro no ha realizado un pago completo dentro de los dos meses posteriores al tratamiento, usted es responsable de pagar su saldo. Aceptamos efectivo, cheques, VISA, American Express y MasterCard. También ofrecemos financiamiento a través de CareCredit.

**Por favor inicie:** \_\_\_\_\_

### **POLÍTICA DE RETRASO Y POLÍTICA CANCELACION**

Reservamos tiempo para cada paciente y hacemos todo lo posible para cumplir con el cronograma.

Por favor ayúdenos llegando a tiempo a su cita. Si va a llegar tarde a su cita, llame a nuestra oficina. Es posible que podamos verlo a la hora de su llegada. Sin embargo, para ser justos con otros pacientes programados, es posible que tengamos que reprogramar su cita.

Si necesita cancelar o reprogramar su cita, avísenos con al menos 24 horas de anticipación. Esto nos da la oportunidad de ayudar a otros pacientes durante el tiempo que le habíamos reservado.

El tiempo de cita desperdiciado conduce a un mayor costo de atención dental para todos.

Para controlar los costos dentales para nuestros pacientes, si se da un aviso de 24 horas, debemos cobrar una tarifa de cancelación no reembolsable de \$25 por hora de cita que no estará cubierta por su seguro.

El no dar aviso de 24 horas tres veces puede resultar en el despido de la práctica.

**Por favor inicie:** \_\_\_\_\_

### **RECIBO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**\*usted puede rehusarse a firmar este reconocimiento\***

Esta práctica proporcionará un aviso detallado de nuestras prácticas de privacidad a los pacientes y a cualquier otra persona que solicite una copia. El aviso y la forma en que se proporciona cumplirán con HIPAA y la ley estatal aplicable. Esta práctica no usará ni divulgará la información del paciente de una manera que sea inconsistente con el aviso, HIPAA o la ley estatal.

Reconozco que he recibido (si se solicita) una copia del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de esta oficina. Entiendo que, al firmar a continuación, autorizo a los miembros de Otero Family, Cosmetic & Implant Dentistry y sus empleados a divulgar información sobre mi tratamiento dental pasado y futuro a compañías de seguros, farmacias y otros profesionales dentales y médicos, según sea necesario Para que pueda recibir la mejor atención integral posible.

**Por favor inicie:** \_\_\_\_\_

### **DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA CITA**

Doy Otero Family, Cosmetic & Implant Dentistry mi permiso para enviar tarjetas postales y dejar mensajes con respecto a los horarios y propósitos de las citas. Pueden dejar mensajes en contestadores automáticos, correo de voz, mensajes de texto o con personas que contesten el teléfono en cualquiera de los números de teléfono y/o direcciones de correo electrónico que les proporcione. Podré firmar un formulario de divulgación adicional si viviera para dar permiso para que esta práctica comparta información sobre mis citas dentales con cualquier persona que no sea la especificada anteriormente.

**Verifico que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con todas las política anterior.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Office Use Only (Para Uso de la Oficina Solamente):** Unable to obtain due to:

Refusal  Communication Barrier  Emergency Situation  Other \_\_\_\_\_

# ***OTERO COSMETIC & IMPLANT DENTISTRY***

## **HISTORIAL MEDICO**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental primordialmente trata el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de todo su cuerpo. Problemas de salud que usted pueda tener, o medicamentos que este tomando, pudieran tener una interrelación importante con los tratamientos dentales que va a recibir. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

Esta usted recibiendo cuidado médico ahora?  Si  No

Si marco si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Alguna vez le han hospitalizado o le han hecho alguna cirugía?  Si  No

Si marco si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Alguna vez se ha lastimado seriamente la cabeza o el cuello?  Si  No

Si marco si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Esta usted en una dieta especial?  Si  No

Si marco si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Usted toma, o ha tomado, Phen-Fen o Redux?  Si  No

Si marco si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Alguna vez a tomado Zometa, Aredia o alguna otra droga con Bifosfonatos?  Si  No

Si marco si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Usa usted alguna sustancia controlada?  Si  No

Si marco si, por favor explique. Incluya tipo y frecuencia: \_\_\_\_\_

Usted toma alcohol?  Si  No

Si marco si, aproximadamente cuanto a la semana? \_\_\_\_\_

Usted usa tabaco de cualquier tipo?  Si  No

Si marco si, por favor explique. Incluya tipo y frecuencia: \_\_\_\_\_

### **Mujeres:**

Embarazada/tratando de quedar embarazada?  Si  No

Tomando contraceptivos orales?  Si  No

Lactando?  Si  No

### **Es alérgico a alguno de los siguientes medicamentos?**

Sulfa     Penicilina     Codeína     Acrílico     Metal     Látex     Anestésicos Locales     Aspirina  
 Otro Si marco alguno, por favor explique: \_\_\_\_\_

### **Por favor circule todos los que apliquen ahora o en el pasado:**

SIDA/HIV	Diabetes	Hemofilia	Diálisis Renal
Enfermedad Anemia Falciforme	Adicción a Drogas	Hepatitis A	Fiebre Reumática
Anafilaxis	Enfisema	Hepatitis B o C	Fiebre Escarlata
Anemia	Epilepsia o Convulsiones	Herpes (oral/genital)	Culebrilla
Angina	Sangrado Excesivo	Hipertensión	Enfermedad de Alzheimer
Enfermedad Estómago/Intestinal	Sed Excesiva	Urticaria y Sarpullido	Problemas Nasales
Válvula Artificial del Corazón	Desmayos/ Mareos	Hipoglucemia	Artritis/Gota
Articulación Artificial	Tos Frecuente	Latidos Irregulares	Derrame Cerebral
Asma	Dolores de Cabeza Frecuentes	Problemas del Riñón	Hinchazón de Extremidades
Enfermedad de la Sangre	Glaucoma	Leucemia	Enfermedad de la Tiroides
Transfusión de la Sangre	Alergia al Polen	Enfermedad del Hígado	Tonsilitis
Problemas Respiratorios	Ataque al Corazón	Hipotensión	Tuberculosis
Cardenales con Facilidad	Desorden del Corazón (congénito)	Enfermedad de lo Pulmones	Tumor o Crecimiento
Cáncer	Fallo del Corazón	Prolapso de Válvula Mitral	Ulceras
Quimioterapia	Soplo del Corazón	Dolor Articulación de Quijada	Enfermedades Venéreas
Dolores de Pecho	Marcapaso del Corazón	Cuidad Psiquiátrico	Pérdida de Peso Inexplicable
Ampollas de Fiebre/Labios	Problemas del Corazón	Tratamiento de Radiación	Ictericia amarilla

***OTERO COSMETIC & IMPLANT DENTISTRY***

***HISTORIAL MEDICO (PAGINA 2)***

Alguna vez ha tenido una enfermedad seria no mencionada en la página anterior?  Si  No

Si marco si, por favor explique:

---

---

---

Esta tomando algún medicamento?  Si  No

Si marco si, por favor liste y de la razón por la que toma cada uno. Por favor incluya vitaminas y remedios naturales.

---

---

---

Preguntas, comentarios, o cualquier otra cosa que le gustaría que sepamos de usted:

---

---

---

---

En me mejor entendimiento, las preguntas en esta forma han sido contestadas de manera precisa. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi (o del paciente) salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi estado médico.

**FIRMA DEL PACIENTE Y/O TUTOR LEGAL (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS):**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

# ***OTERO COSMETIC & IMPLANT DENTISTRY***

## **HISTORIAL DENTAL**

Cómo escucho de nuestra oficina?

REVISTA

TELEVISIÓN

INTERNET

AMIGO

OTRO

Cuál es la razón de su visita hoy? \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido una experiencia dental negativa? \_\_\_\_\_

Si dijo si, por favor explique, para que podamos mejorar su experiencia con nosotros:

Cuándo fue su ultima visita dental? \_\_\_\_\_

Cuán frecuentemente se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_

Cuán frecuentemente usa hilo dental? \_\_\_\_\_

Utiliza un cepillo dental eléctrico/mecánico? \_\_\_\_\_

Por favor circule cualquiera de los siguientes que le aplique a usted:

Dientes Sensitivos

Sangrado en las Encías

Dificultad al Abrir

Dientes Flojos

Aprieta/Rechina los Dientes

Dolor o Sonido en la Quijada

Dentaduras Postizas/Parciales

Dolor o Entumecimiento

Ulceras en la Boca

Dientes Descolorado

Dientes Encimados

Frenos/Ortodoncia

---

## ***EVALUACION DE SU SONRISA***

Le gusta el color de sus dientes? \_\_\_\_\_

Le gusta el tamaño y forma de sus dientes? \_\_\_\_\_

Le gusta la posición de sus dientes? \_\_\_\_\_

Esta contento con la apariencia de su sonrisa en general? \_\_\_\_\_

Alguna vez a recibido trabajo dental cosmético? \_\_\_\_\_

Si contesto no en cualquiera de las preguntas anteriores por favor explique: