

BIENVENIDO A
Gil Rivera DMD, PA

Información del Paciente

*(Por favor complete la información que sigue.
Su información será tratada confidencialmente)*

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Zip _____
Número de Seguro Social: _____ Licencia de Conducir No. _____

Tel Casa: _____
Tel. Cel. _____
Tel. Trabajo _____
Email: _____

Por favor díganos cuales métodos acepta usted para recibir Recordatorios para citas, Cuentas y otras comunicaciones de la oficina:

Email Textos Teléfono Celular Correo Regular

Institución Financiera: _____

Circule su estado: Menor de Edad Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Nombre de su Esposo(a), Padre/Madre o Custodio: _____ Empleador: _____ Tel. Trabajo _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono de Contacto: _____

Nombre de la Persona que lo refirió a esta oficina: _____

Persona Responsable (si es diferente a lo anterior)

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Dirección: _____ Teléfono de Contacto: _____

Email: _____ Consiente recibir cuentas por email? SI NO

SSN: _____ Lic. No. _____ Fecha de Nacimiento: _____

Institución Financiera; _____ Empleador: _____ Tel Trabajo: _____

Para su conveniencia, las siguientes formas de pago son aceptadas: Indique su preferencia. El pago completo por los servicios prestados, es necesario en el día del servicio.

CASH (Efectivo) Cheque Personal VISA MASTER CARD DISCOVER CARE CREDIT

Información del Seguro Dental:

Nombre del Asegurado: _____ Relación a Paciente: _____

Día de Nacimiento: _____ SSN: _____

Compañía de Seguros: _____ Núm. de Grupo: _____ Núm. Póliza _____

Dirección Compañía de Seguros: _____ Teléfono: _____

Autorización para Usar o Divulgar Información Protegida sobre Salud

Sección A:

Favor de escribir en letra de imprenta

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

(ciudad) (estado) (código postal)

Número de teléfono _____ Numero de Seguro Social _____

Correo electrónico _____

Sección B:

Propósito del Consentimiento: Al firmar esta forma usted su consentimiento para nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo nuestras actividades de pago de tratamientos y operaciones de atención médica.

Aviso de prácticas de privacidad : Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si se debe firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestras actividades de pago de tratamientos y operaciones de atención médica, de los usuarios y las revelaciones que puedan hacer de su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes acerca de su información de salud protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña este consentimiento. Le animamos a que lea cuidadosamente y por completo antes de firmar este consentimiento. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, publicaremos un aviso revisado de las prácticas de privacidad, que van a contener los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.

Por la presente autorizo a Dr. Gil Rivera DMD para usar o divulgar información médica, mental, o cualquier otra información médica de carácter confidencial de los registros de salud.

Derecho a revocar: Entiendo que no es necesario que firme esta autorización para garantizar el tratamiento ,pago por servicios, o mi elegibilidad de obtener beneficios Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, deberé hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento o las instalaciones indicados en la misma. Entiendo que la revocación no sera pertinente a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a la presente autorización. Entiendo que mi información pudiera no estar protegida de ser re-proporcionada por el solicitante de la información; sin embargo, si esta información está cubierta por las Regulaciones Federales de Confidencialidad de Abuso de Substancias, el proveedor de servicios de salud pudiera no re-proporcionar la información, sin una autorización escrita, a menos que las leyes estatales o federales así lo estipulen.

Firma:

Yo _____ he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, yo estoy dando mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información de salud protegida para realizar el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Firma _____ Fecha _____

Si este consentimiento es firmado por un representante personal en nombre de la paciente, complete el siguiente

Nombre del representante personal _____

Relación con el paciente _____

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

Historial Médico del Paciente

Nombre de su Doctor: _____ Teléfono de Oficina: _____ Fecha Ultimo Examen Físico: _____

		SI	NO			SI	NO
1	¿Está usted actualmente bajo tratamiento médico?			1.	¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a las siguientes sustancias?		
2.	¿Ha estado usted hospitalizado para una intervención quirúrgica seria o una enfermedad seria durante los últimos cinco años? Si la respuesta a la pregunta 2 es Si, explique, por favor: _____				Anestesia Local (novocaína)-----		
3.	¿Está usted tomando medicamentos? ¿Está tomando medicamentos no recetados? Si la respuesta es si a las preguntas 3 y 4, ¿Qué medicamentos está tomando? _____				Penicilina u otros antibióticos-----		
4.	¿Usa usted o alguna vez a usado tabaco? Cuanto? _____ Por cuánto tiempo? _____				Drogas con sulfa-----		
6.	¿Usa usted sustancias controladas?				Barbitúricos-----		
					Sedativos-----		
					Yodo-----		
					Aspirina-----		
					Metales (níquel, mercurio, etc.)-----		
					Latex-----		
					Otras-----		
				5.	Damas Solamente		
					¿Está usted embarazada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					¿Está usted dando el pecho a su bebe?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					¿Está tomando contraceptivos orales?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Padece o ha padecido de algunas de las siguientes condiciones?							
		SI	No			SI	No
Presión arterial elevada				Enfermedad del Corazón			Dolor en el pecho
Ataque cardíaco				Marcapaso Cardíaco			
Fiebre Reumatoide				Murmuro Cardíaco			Infarto
Desmayos/Ataques				Anemia			Tuberculosis
Asma				Enfisema			Terapia de Radiación
Presión Arterial Baja				Cáncer			Enfermedad del Hígado
Epilepsia/ Convulsiones				Reemplazo o implante de coyuntura			Problemas Cardíacos
Leucemia				Hepatitis/Ictericia			Problemas respiratorios
Diabetes				Enfermedades sexuales			Prolapso de la válvula mitral
Enfermedad renal							Otro _____
AIDS / HIV							
Problemas de tiroides							

Política de Cancelaciones

Los Doctores Rivera y Caranante se esfuerzan en ver a sus pacientes a tiempo. Si usted se ve obligado a cambiar su cita, por favor comuníquese con nosotros con antelación. Entendemos que algunas situaciones pueden ocurrir que evitan que estén a tiempo para su cita y le daremos una cita alterna sin costo para usted, en la primera ocasión. Cualquier cancelación hecha con menos de 24 horas de antelación a su cita será objeto de un cargo de \$25.00

Autorización

Yo certifico que he leído y he entendido la información presentada arriba a mi mejor entender. Las preguntas las he contestado acertada y verazmente. Autorizo al dentista a revelar cualquier información, incluyendo el diagnostico y la documentación del tratamiento o examen que se me ha hecho a mi o a mi hijo(a) durante el periodo de el tratamiento a entidades como los planes de salud dental u otros profesionales de la salud. Yo autorizo y pido a mi compañía de seguro de salud dental a que pague directamente al dentista o grupo dental cualquier beneficio que se pudiera pagar a mi persona. Entiendo que mi compañía de seguro de salud dental puede pagar una cantidad menor al importe del tratamiento. Yo estoy de acuerdo y aquí me comprometo a ser la persona responsable por todos los servicios que se me provean o a mis dependientes.

Firma del Paciente (o custodio en el caso de menores de edad)

Fecha de hoy

Revocación De Consentimiento

Por la presente, revoco mi consentimiento que autorizaba la oficina a usar y compartir mi información de salud con el propósito de tratamiento, pagos de seguros médicos y otras actividades relacionadas con mi salud en general. Yo entiendo y acepto que esta revocación de mi consentimiento no afectara acción alguna que ya haya tomado, contando con mi consentimiento previo a ustedes recibir esta notificación escrita de Revocación de Consentimiento. También entiendo que su oficina puede declinar tratarme, o de continuar tratándome luego de presentar esta notificación