

REGISTRO DEL PACIENTE

ID: _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del 2° Apellido: _____

Paciente es: Mantenedor del la Poliza

Parte Responsable

Parte Responsable (si es alguien otro que el paciente)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del 2° Apellido: _____

Dirección: _____ Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Payer: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro social: _____ Licencia de manejo: _____

Parte responsable es tambien matenedor de poliza para paciente Aseguranza primaria para el matenedor de poliza

Aseguranza secundaria para el matenedor de poliza

Informacion del paciente

Dirección: _____ Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Payer: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Sexo: Hombre Mujer Status Marital: Casado Soltero Divorciado Separado Viudo

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro social: _____ Licencia de manejo: _____

Email: _____ Me gustaría recibir correspondencia via email

Sección 2

Status de empleo: Tiempo Completo Medio tiempo Retirado

Status de estudio: Tiempo Completo Medio tiempo

Sección 3

Referido por: _____

Dentista previo: _____

Contacto de Emergencia: _____

Medicaid ID: _____ Dentista Preferido: _____ Teléfono del contacto de emergencia: _____

ID de empleado: _____ Farmacia Preferido: _____ Está Ud. Tomando aspirinas?: _____

Carrier ID: _____ Hygienista Preferido: _____

Información primaria del asegurado

Nombre del asegurado: _____ Relación con el asegurado: El mismo Esposa Hijo Otro

Número de seguro social del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Empleador: _____ Compania Aseguradora: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Dirección 2: _____ Dirección2: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Balance de Beneficios: _____,00 Balance del Deductible: _____,00

Información Secundaria del asegurado

Nombre del asegurado: _____ Relación con el asegurado: El mismo Esposa Hijo Otro

Número de seguro social del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Empleador: _____ Compania Aseguradora: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Dirección 2: _____ Dirección2: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Balance de Beneficios: _____,00 Balance del Deductible: _____,00

Manna Dental

25250 Northwest Freeway, Suite 250

Cypress, TX 77429

Tel: 281.256.7917

Fax: 28.256.7938

Historia Médica

Spanish

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta):

1. Sí No ¿Está en buena salud general?
2. Sí No ¿Han habido cambios en su salud durante el último año?
3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?
¿Si Sí, por qué? _____
4. Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____
Fecha de su último examen médico: _____ Fecha de su última cita dental: _____
5. Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. Sí No ¿Tiene algún dolor ahora?

II. HA NOTADO:

- | | |
|---|---|
| 7. Sí No ¿Dolor de pecho (angina)? | 18. Sí No ¿Mareos? |
| 8. Sí No ¿Los tobillos hinchados? | 19. Sí No ¿Ruidos o zumbidos en los oídos? |
| 9. Sí No ¿Falta de aliento? | 20. Sí No ¿Dolores de cabeza? |
| 10. Sí No ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? | 21. Sí No ¿Desmayos? |
| 11. Sí No ¿Tos persistente o tos con sangre? | 22. Sí No ¿Vista borrosa? |
| 12. Sí No ¿Problemas de sangramiento, moretes? | 23. Sí No ¿Convulsiones? |
| 13. Sí No ¿Problemas nasales (sinusitis)? | 24. Sí No ¿Sed excesiva? |
| 14. Sí No ¿Dificultad al tragar? | 25. Sí No ¿Orina con frecuencia? |
| 15. Sí No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces? | 26. Sí No ¿Boca seca? |
| 16. Sí No ¿Vómitos con frecuencia, náuseas? | 27. Sí No ¿Ictericia? |
| 17. Sí No ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina? | 28. Sí No ¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |

III. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|---|--|
| 29. Sí No ¿Enfermedades del corazón? | 40. Sí No ¿SIDA? |
| 30. Sí No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? | 41. Sí No ¿Tumores, cáncer? |
| 31. Sí No ¿Soplos en el corazón? | 42. Sí No ¿Artritis, reuma? |
| 32. Sí No ¿Fiebre reumática? | 43. Sí No ¿Enfermedades de los ojos? |
| 33. Sí No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | 44. Sí No ¿Enfermedades de la piel? |
| 34. Sí No ¿Presión sanguínea alta? | 45. Sí No ¿Anemia? |
| 35. Sí No ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares? | 46. Sí No ¿Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)? |
| 36. Sí No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? | 47. Sí No ¿Herpes? |
| 37. Sí No ¿Problemas del estómago, úlceras? | 48. Sí No ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga? |
| 38. Sí No ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos látex? | 49. Sí No ¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales? |
| 39. Sí No ¿Familiars con diabetes, problemas de corazón, tumores? | 50. Sí No ¿Diabetes? |

VI. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 51. Sí No ¿Tratamiento psiquiátrico? | 56. Sí No ¿Hospitalizaciones? |
| 52. Sí No ¿Tratamientos de radiación? | 57. Sí No ¿Transfusiones de sangre? |
| 53. Sí No ¿Quimioterapia? | 58. Sí No ¿Cirugías? |
| 54. Sí No ¿Válvula artificial del corazón? | 59. Sí No ¿Marcapasos? |
| 55. Sí No ¿Articulación artificial? | 60. Sí No ¿Lentes de contacto? |

V. ESTÁ TOMANDO:

- | | |
|---|---|
| 61. Sí No ¿Drogas de uso recreativo? | 63. Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo? |
| 62. Sí No ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)? | 64. Sí No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)? |

Liste por favor: _____

VI. SÓLO PARA MUJERES:

- | | |
|--|--|
| 65. Sí No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho? | 66. Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? |
|--|--|

VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

67. Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Comunicado de Privatización para proteger Información Médica o de la Salud.

Este comunicado describe como la información medica acerca de usted puede ser usada y divulgada y como puede usted obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente!

Con su consentimiento, la practica esta autorizada por leyes federales de privacidad para revelar información sobre su salud con los siguientes propósitos: de tratamiento, pagos y trámites para el cuidado de la salud.

La información médica protegida es la información que creamos y obtenemos cuando proveemos nuestros servicios. Dicha información puede incluir la documentación de sus síntomas, examen medico, resultados de análisis, diagnósticos tratamiento así como la aplicación para cuidados o tratamientos en el futuro. También incluye documentos de facturas y cobros por esos servicios.

Ejemplos del uso de su información medica con el propósito de tratamiento:

La enfermera obtiene información concierne a usted y sus tratamientos en el expediente medico. Durante el curso de su tratamiento el Dr. Determina que necesita consultar con otro especialista en el área. El doctor compartirá información con dicho especialista y obtendrá su opinión.

Ejemplo del uso de su información medica con el propósito de pagos:

Nosotros enviamos una solicitud para pago a su compañía de seguro medico. La compañía de seguros solicitara información concierne al tratamiento que recibió. Nosotros les proporcionaremos la información solicitada acerca de usted y el tratamiento recibido.

Ejemplo del uso de su información para los trámites de operaciones para el cuidado de la salud:

Nosotros obtenemos servicios de nuestras aseguradoras u otros negocios asociados como evaluación de control de calidad, evaluación de resultados, desarrollo de protocolos y guías clínicas, programas de entrenamiento, certificaciones, revisiones medicas, servicios legales y seguros. Nosotros compartiremos información acerca de usted con dichas aseguradoras u otros negocios asociados en la medida que sea necesario para obtener esos servicios.

Sus derechos sobre la información medican:

El expediente medico que usamos y la información financiera son propiedad física de la practica, sin embargo la información en ellos le pertenecen a usted. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una restricción para ciertos usos y revelaciones acerca de su información medica por medio de una solicitud por escrito entregada a este consultorio u oficina. No estamos obligados a conceder su solicitud pero concederemos cualquier requisición concedida.
- Solicitar que usted pueda inspeccionar y copiar su expediente medico y su expediente de adeudos- usted puede ejercer este derecho entregando una solicitud por escrito a nuestra oficina
- Apelar si se llegase a negar el acceso a su información medica protegida excepto en ciertas circunstancias;
- Solicitar que su expediente medico sea modificado para corregir información incompleta o incorrecta, entregando una solicitud por escrito a este consultorio.
- Llenar una carta estipulando su desacuerdo si su solicitud para corregir el expediente es negada, y que se adjunte la carta donde se niega la corrección de su expediente en todas las futuras divulgaciones de su información medica protegida.
- Obtener una cuenta de las veces que se ha divulgado su información medica como se ha requerido por ley, por medio de una solicitud por escrito a nuestra oficina. La cuenta no incluirá usos internos de su información para el tratamiento., pagos, u operaciones, divulgación de su

información a usted o por su solicitud, o información dada a familiares o amigos durante el tratamiento.

- Solicitar que la comunicación de su información medica sea hecha por medios alternos o a un lugar alternativo por medio de una solicitud por escrito entregada en nuestra oficina; y,
- Revocar, por medio de una solicitud por escrito entregada a esta oficina, autorizaciones que usted hizo anteriormente para usar o revelar información, exceptuando la información que ya se haya enviado o cualquier acción que ya se haya tomado.

Si usted desea ejercer cualquiera de los derechos arriba mencionados, por favor contacte a: Jennifer Arce-Velazquez (281) 256-7917 en persona o por escrito, durante nuestro horario de trabajo. El (la) le asistirá en la medida necesaria para ejercitar sus derechos.

Nuestras responsabilidades:

Nuestra práctica es requerida:

- Por ley, a mantener la confidencialidad de su información medica;
- A Proveerle con un comunicado de nuestras labores y practicas de privacidad acerca de la información que colectamos y mantenemos sobre usted.
- A Continuar con los términos de este comunicado.
- A Notificarle si no podemos proveer una restricción solicitada; y
- A acomodar sus solicitudes acerca de los métodos para comunicarle a usted su información medica, siempre y cuando sean razonables.

Nos reservamos el derecho de corregir, cambiar o eliminar provisiones en nuestra práctica de privacidad y prácticas de acceso, así como para establecer nuevas provisiones acerca de confidencialidad de su información medica que nosotros mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, nosotros modificaremos nuestro comunicado. Usted tiene derecho a recibir una copia modificada de nuestro Comunicado, llamando y solicitando una copia de nuestro “Comunicado” o personalmente, al visitar nuestra oficina para recoger una copia.

Si desea solicitar información o llenar una queja:

Si tiene preguntas, desea información adicional o desea reportar un problema acerca de el manejo de su información, puede usted contactar a Jennifer Arce-Velazquez, Patient Care Coordinator (281) 256-7917.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede usted quejarse por escrito, entregando la queja en nuestra oficina o entregando su queja a Jennifer Arce-Velazquez. Usted también puede quejarse enviando la queja por correo o correo electrónico a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos cuya dirección es

Assistant Secretary Charles E. Johnson
1301 Young Street – Suite 1169
Dallas, TX 75202
214-767-4056

- Nosotros no podemos pedirle o condicionarlo a que se abstenga del derecho de quejarse con la Secretaria de Salud y Servicios Humanos (HHS), para recibir tratamiento en esta Práctica.
- Nosotros no podemos y no debemos perjudicarle por quejarse a la Secretaria.

Otras Divulgaciones y Usos:

Notificación:

A menos que usted no este de acuerdo, nosotros podemos usar o revelar su información medica protegida para notificar, o asistir en notificar a un miembro de la familia, representante personal, u otra persona responsable de su cuidado acerca de su paradero, sus condiciones generales o de su muerte.

Comunicación con familiares

Usando nuestro mejor juicio, nosotros pudiéramos revelar, a un miembro de su familia, amigo cercano o a cualquier otra persona que usted identifique, información médica relevante al involucro de esa persona en su cuidado o para el pago de dicho cuidado, si usted no tiene objeción o en caso de emergencia.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)

Nosotros podríamos revelar a esta agencia información médica confidencial relacionada a efectos adversos con respecto a productos o productos defectuosos, o como control después de la compra de un producto, para facilitar la reparación, reemplazo o llamado de ciertos productos si se encuentran defectuosos.

Compensación por lesiones de Trabajo

Si usted busca compensación por medio de la Compensación por lesiones de Trabajo, nosotros podríamos divulgar información médica confidencial en el grado que sea necesario para cumplir con las leyes que regulan la Compensación por lesiones de Trabajo.

Salud Pública

Esta requerido por ley, que pudiéramos revelar información medica confidencial o protegida a la salud publica o autoridades legales encargadas de prevenir, controlar enfermedades, danos o discapacidades.

Abuso y Negligencia

Nosotros podríamos revelar su información medica protegida o confidencial a autoridades públicas, como lo permite la ley, para reportar abuso o negligencia.

Instituciones Correccionales

Si usted es un interno de una institución correccional o prisión, nosotros podríamos divulgar a la institución o sus agentes, su información médica confidencial necesaria para su salud así como para la salud y seguridad de otros individuos.

Cumplimiento de la ley

Podríamos divulgar su información medica protegida o confidencial con el propósito de cumplimiento de la ley, como se requiere por ley. Como cuando es requerido por una orden de la corte o en casos que involucren el proceso de un crimen, o en la extensión de que un individuo este en custodia de la policia para el cumplimiento de la ley.

Supervisión de la salud

Las leyes Federales nos permiten proporcionar su información médica a las agencias que supervisan la salud o para actividades de supervisión de la salud.

Procesos Judiciales /Administrativos

Nosotros podríamos revelar su información medica protegida o confidencial en el trayecto de cualquier proceso judicial o administrativo, en el grado que sea permitido o requerido por ley, con su consentimiento, o como sea establecido en la orden de la corte.

Otros Usos

Otros usos y revelaciones, además de aquellos identificados en este Comunicado, serán solamente realizados si se autorizan por ley o por su autorización escrita, pudiendo usted revocar esta autorización como ha sido establecido previamente.

Página de Internet

Si nosotros contamos con una página de Internet que informe acerca de nuestra entidad, este Comunicado lo encontrará en la página de Internet.

Fecha en que se hace efectivo este Comunicado (insert effective date of Notice)

Yo, _____, constato aquí que he recibido una copia de el Comunicado de Practicas de Privacidad de esta oficina. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de este Comunicado.

Nombre (Name)

Fecha (Date)

Usos y revelaciones Adicionales/Opcionales

Los siguientes son segmentos del Comunicado de Practicas de Privacidad que pudieran no ser usadas en la práctica rutinaria de Cirugía Maxilofacial. Si su comunicado necesita incorporar cualquiera de estos artículos, aquí proveemos un modelo. Un ejemplo seria: Si su práctica participa con investigación de medicamentos, entonces usted necesitaría incluir el primer artículo listado a continuación en su Comunicado de Privatización.

Investigación

Nosotros podríamos divulgar información a investigadores cuando la investigación haya sido aprobada por un comité institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica.

Ayuda en Desastres

Nosotros podríamos usar y divulgar su información medica confidencial para asistir a los esfuerzos para ayuda en desastres.

Directores de Servicios Funerales o peritos forenses

Nosotros podríamos revelar su información médica confidencial a estos individuos, conforme a la ley para permitirles cumplir con sus funciones.

Organizaciones para el trasplante de órganos

Conforme a la ley, nosotros podríamos divulgar su información médica confidencial a dichas organizaciones u otras entidades comprometidas con la toma de órganos, el trasplante y la conservación de los órganos con el propósito de donación y trasplante.

Mercadeo

Podríamos contactarlo para proveer información relacionada a alternativas de tratamiento o con información acerca de otros beneficios relacionados con la salud así como con servicios que le pudieran interesar.

Recolección de fondos

Podríamos contactarlo para recaudar fondos.

Para funciones especiales del Gobierno

Podríamos revelar su información para funciones especiales del gobierno, siempre y cuando estén autorizadas por ley, por ejemplo a personal de las Fuerzas Armadas, con el propósito de seguridad nacional o a personal de asistencia pública.