

[Insertar nombre del consultorio]

SECCIÓN A: Paciente.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Número de paciente: _____ Número de seguro social: _____

SECCIÓN B: Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad.

El suscrito, _____, reconoce haber recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad en el consultorio indicado más arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

Si firma esta autorización un representante personal a nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____

SECCIÓN C: Esfuerzo de buena fe por obtener el acuse de recibo.

Describa su esfuerzo de buena fe por obtener la firma de la persona en este formulario: _____

Describa la razón por la cual la persona no firmó este formulario: _____

FIRMA

Testifico que la información anterior es correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre con letra clara: _____ Cargo: _____

Incluya este acuse de recibo en los registros del paciente.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

--	--	--	--	--	--	--	--

Número De Paciente

bienvenido

Nombre y Apellido del Paciente _____

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de Nacimiento

CIRCULE LAS RESPUESTAS APROPIADAS, SI ES QUE NO SABE LA RESPUESTA CORRECTA, POR FAVOR ESCRIBE "NO LO SE", EN LA LINEA DESPUES DE LA PREGUNTA.

COMENTARIOS

1. Nombre del médico _____
Dirección _____
2. ¿Está usted bajo cuidado médico? SI NO
¿Desde cuándo? _____ ¿Por qué? _____
3. ¿Cuándo fue su último examen físico completo?
4. ¿Está usted tomando medicinas? SI NO
(Si es que sí, por favor de anotarlas en la sección de comentarios ó en la espalda de esta forma.)
5. ¿Rutinarmente toma usted las sustancias relacionadas a su salud? SI NO
(vitaminas, suplementos herbarios, productos naturales)
6. ¿Es usted alérgico a alguna medicina o sustancia? (Favor de anotarlas) SI NO
7. ¿Tiene usted alguna otra alergia? SI NO
8. ¿Tiene usted problemas con la penicilina, los antibióticos, las anestésias ó alguna otra medicina? SI NO
9. ¿Es usted susceptible a los metales o al látex? SI NO
10. Si usted es mujer, ¿está embarazada o cree que puede estarlo? SI NO
11. ¿Utiliza usted medicación para el control de la natalidad? SI NO
12. ¿Ha sido usted tratado por enfermedades cardíacas o se le ha dicho que podría padecerlas? SI NO
13. ¿Tiene usted un marcapasos o una válvula cardíaca artificial? SI NO
14. ¿Ha tenido alguna vez fiebre reumática? SI NO
15. ¿Padece usted de murmullo cardíaco? SI NO
16. ¿Tiene usted presión alta ó baja? SI NO
17. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad ú operación grave? SI NO
Si es así, explique. _____
18. ¿Ha tenido usted tratamiento con radiación ó quimioterapia para combatir un tumor, un crecimiento ú otra condición? SI NO
19. ¿Usted ha tomado jamás el Fosamex, Zometa, Aredia o cualquier otro tratamiento oral o intravenoso (bisfosfonates) para tumores de hueso, calcio excesivo en su sangre o la osteoporosis? SI NO
20. ¿Padece usted de enfermedades inflamatorias, como artritis ó reumatismo? SI NO
21. ¿Tiene usted articulaciones artificiales ó usa prótesis? SI NO
22. ¿Tiene usted alteraciones de la sangre, como anemia, leucemia, etc? SI NO
23. ¿Ha sangrado alguna vez excesivamente después de cortarse ó lastimarse? SI NO
24. ¿Tiene algún problema estomacal? SI NO
25. ¿Tiene problemas renales? SI NO
26. ¿Tiene problemas hepáticos? SI NO
27. ¿Eres diabético? SI NO
28. ¿Ha tenido desmayos ó mareos? SI NO
29. ¿Padece de asma? SI NO
30. ¿Tiene epilepsia ó ataques nerviosos? SI NO
31. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad venérea? SI NO
32. ¿Se le ha diagnosticado que es HIV positivo? SI NO
33. ¿Tiene usted SIDA? SI NO
34. ¿Ha tenido ó ha probado positivo para la hepatitis? SI NO
35. ¿Tiene ó ha tenido tuberculosis? SI NO
36. ¿Fuma ó mastica tabaco, usa rapé o consume alguna otra variedad del tabaco? SI NO
37. ¿Consumo usted bebidas alcohólicas? SI NO
38. ¿Utiliza habitualmente sustancias controladas? SI NO
39. ¿Ha estado usted bajo tratamiento psiquiátrico? SI NO
40. ¿Usted a tomado la droga recetada fenfluramine, ó fenfluramine combinado con phentermine (fen-phen), dexfenfluramine (redux), ó cualquier otro producto para perder peso? SI NO
41. ¿Tiene usted alguna enfermedad, condición ó problema no mencionado aquí? SI NO
Si es así, explique. _____
42. ¿Hay algo que debemos saber sobre su salud y que no hemos preguntado en esta formulario? SI NO
43. Desea usted hablar en privado con el dentista acerca de algún problema? SI NO

Certifico Que La Información Anterior Es Completa Y Exacta

FIRMA DEL PACIENTE _____

FIRMA DEL DENTISTA _____

FECHA _____

FECHA _____

ANESTESIA

ALERTA MEDICA

ANTECEDENTES MEDICOS

Número De Paciente

bienvenido

Nombre y Apellido del Paciente _____

Apellido _____

Nombre _____

Inicial _____

Fecha de Nacimiento _____

1. Propósito de la visita _____
2. ¿Está usted consciente de algún problema? _____
3. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su última visita al dentista? _____
4. ¿Qué tratamiento se realizó en ese momento? _____
5. Nombre del dentista anterior _____
Dirección: _____ Tel. _____
6. ¿Cuándo le limpiaron los dientes en el consultorio por última vez? _____

COMENTARIOS

[Empty box for comments]

CIRCULE LAS RESPUESTAS APROPIADAS. SI ES QUE NO SABE LA RESPUESTA CORRECTA, POR FAVOR ESCRIBE "NO LO SE", EN LA LINEA DESPUES DE LA PREGUNTA.

7. ¿Ha efectuado usted visitas con regularidad? SI NO
¿Con qué frecuencia? _____
8. ¿Se tomaron radiografías dentales? SI NO
9. ¿Ha perdido usted ó se le ha extraído algún diente? SI NO
¿Por qué? _____
10. ¿Han sido reemplazados? SI NO
11. ¿Cómo han sido reemplazados?
a. Puente fijo _____ Antigüedad _____
b. Puente retirable _____ Antigüedad _____
c. Dentadura postiza _____ Antigüedad _____
d. Implante _____ Antigüedad _____
12. ¿Está usted insatisfecho con el reemplazo? SI NO
13. ¿Desea usted información sobre reemplazos permanentes? SI NO
14. ¿Ha tenido usted alguna vez problemas ó complicaciones con tratamientos dentales anteriores? SI NO
Si no es así, explique _____
15. ¿Suele usted rechinar ó apretar los dientes? SI NO
16. ¿Siente usted que su mandíbula hace ruido? SI NO
17. ¿Ha sentido dolor ó irritación en los músculos, en la cara ó cerca del oído? SI NO
18. ¿Sufrir usted frecuentemente de dolor de cabeza, cuello u hombros? SI NO
19. ¿Quedan partículas de comida retenidas entre sus dientes? SI NO
20. ¿Son sus dientes sensibles:
 al calor al frío
 a los dulces a la presión?
21. ¿Le duelen ó sangran las encías? SI NO
¿Cuándo? _____
22. ¿Con que frecuencia se cepilla los dientes? _____
23. ¿Utiliza usted el hilo dental? SI NO
¿Con que frecuencia? _____
24. ¿Tiene usted dientes flojos, torcidos ó desplazados? SI NO
25. ¿Está usted insatisfecho con el aspecto de sus dientes? SI NO
26. ¿Cómo se siente acerca de sus dientes en general? SI NO
27. ¿Siente usted que a veces tiene mal aliento? SI NO
28. ¿Ha tenido usted un tratamiento u operación de encías? SI NO
¿Qué tipo? _____
¿Dónde? _____
¿Cuándo? _____
29. ¿Ha tenido usted tratamiento ortodóncico? SI NO
30. ¿Ha tenido usted experiencias odontología desagradables ó hay algo que le desagrada de la odontología? _____
31. ¿Tiene usted preguntas o preocupaciones? SI NO

Certifico Que La Información Anterior Es Completa Y Exacta.

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____

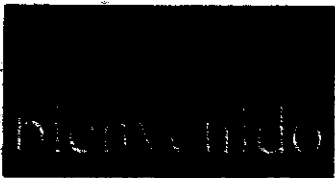
FIRMA DEL DENTISTA _____

FECHA _____

ANESTESIA
[]

ALERTA MEDICA
[]

ANTECEDENTES DENTALES



--	--	--	--	--	--	--	--

NÚMERO DE PACIENTE

Fecha _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Masc. Fem.
Apellido Primer nombre Inicial

Si es menor: Nombre del padre/de la madre _____

Cómo desea que se dirijan a usted _____
 Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Menor

Domicilio - Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección del trabajo _____

Teléfono: Casa _____ Trab. _____

Fax _____ Núm. de teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Paciente/Padre empleado en _____

Cargo actual _____

Por cuánto tiempo _____

Nombre del cónyuge/padre _____

Cónyuge empleado en _____

Cargo actual _____

Por cuánto tiempo _____

Persona responsable de esta cuenta _____

Núm. de licencia de conducir _____

Método de pago: Seguro Efectivo Tarjeta de crédito

Propósito de la llamada _____

Otros familiares en este consultorio _____

A quién debemos agradecer esta derivación _____

Núm. de seguro social del paciente/padre _____

Núm. de seguro social del cónyuge/padre _____

Persona, que no viva con usted, a quien notificar en caso de emergencia _____



Nombre del empleado _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del empleador _____ Años _____

Nombre de la compañía de seguros _____

Dirección _____

Teléfono _____

Núm. de programa o póliza _____

Número de seguro social _____

Grupo o sindicato local _____



Nombre del empleado _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del empleador _____ Años _____

Nombre de la compañía de seguros _____

Dirección _____

Teléfono _____

Núm. de programa o póliza _____

Número de seguro social _____

Grupo o sindicato local _____

CONSENTIMIENTO:

Consiento a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento efectuados por el dentista y que sean necesarios para la atención dental correcta.

Acepto el uso y la divulgación de mis registros (o los registros de mi hijo) al dentista para efectuar tratamiento, obtener pago y para las actividades y operaciones de atención médica que se relacionen con el tratamiento o el pago.

Acepto la divulgación de mis registros (o los de mi hijo) a las personas siguientes que participen en mi atención (o la de mi hijo) o el pago por dicha atención.

Mi consentimiento a la divulgación de registros estará en vigencia hasta que lo revoque por escrito.

Autorizo el pago directo al dentista o grupo dental de beneficios del seguro pagaderos de otra manera a mí. Entiendo que mi aseguradora de atención dental o pagador de beneficios dentales puede pagar menos que la factura real por servicios, y que soy responsable económicamente por el pago total de todas las cuentas. Al firmar esta declaración, revoco todo acuerdo previo en contrario y acepto la responsabilidad de pago por servicios no pagados por mi pagador de atención dental.

Certifico la veracidad de la información de esta página.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR LEGAL

FECHA _____

[Insertar nombre del consultorio]

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER USTED ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

LÉALO DETENIDAMENTE. CONSIDERAMOS IMPORTANTE LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD.

NUESTRO DEBER LEGAL

Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud. Dichas leyes también nos exigen darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos referentes a su información de salud. Debemos respetar las prácticas de privacidad que describimos en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigencia el 14 de abril de 2003, y continuará vigente hasta que lo cambiemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dicha ley aplicable permita los cambios. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso vigente con respecto a toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos y recibimos antes de hacer los cambios. Antes de hacer ningún cambio considerable en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y el nuevo aviso estará disponible a pedido.

Puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para recibir copias adicionales de este aviso, póngase en contacto con nosotros utilizando la información indicada al final de este aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Utilizamos y divulgamos la información de salud acerca de usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos utilizar su información de salud para tratamiento o divulgarla a un dentista, médico u otro especialista médico que le dé tratamiento.

Pago: Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener pago por servicios prestados a usted. También podemos divulgar su información de salud a otro proveedor o entidad de atención médica que esté sujeto a las reglas federales de privacidad en cuanto a sus pagos.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información de salud para sus operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen evaluación de calidad y actividades de mejoría, evaluación de la competencia o las calificaciones de los profesionales de salud, evaluación de practicantes y desempeño de proveedores, programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades para obtener credenciales. Podemos divulgar su información de salud a otro proveedor u organización de atención médica que esté sujeto a las reglas federales de privacidad y que tenga una relación con usted para apoyar algunas de sus operaciones de atención médica. Podemos divulgar su información para ayudar a estas organizaciones a realizar evaluaciones de calidad y actividades de mejorías, evaluar la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica, o a detectar o prevenir el fraude y abuso en lo que respecta a la salud.

Acerca de su autorización: Puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o para divulgarla a cualquiera para algún fin. Si no entrega una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso ni divulgación que permita su autorización mientras esté vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo salvo los descritos en este aviso.

A su familia y amigos: Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención. Antes de divulgar su información de salud a estas personas, le daremos la oportunidad de objetar al uso o a la divulgación. Si no está presente, o en caso de que tenga una incapacidad o emergencia, divulgaremos su información de salud basándonos en nuestro juicio profesional o en que la divulgación sea lo que más le convenga a usted. Podemos usar nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de lo que más le conviene al permitir a una persona recoger medicamentos recetados, suministros médicos, radiografías u otros artículos con información de salud. Podemos usar o divulgar información acerca de usted para notificar o asistir en la notificación de una persona que participe en su atención, de su ubicación y estado general.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas).

Recuperación de desastres: Podemos usar o divulgar su información de salud a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por sus estatutos a asistir en labores de recuperación de desastres.

Beneficio público: Podemos usar o divulgar su información médica según lo autorice la ley para los fines siguientes considerados de interés o beneficio público:

- según lo exija la ley;
- para actividades de salud pública, incluidos informes de enfermedades y estadísticas vitales, informes de abuso infantil, supervisión de la FDA y a empleadores en lo que respecta a enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo;
- para informar abuso de un adulto, negligencia o maltrato doméstico;

- a agencias supervisoras de la salud;
- en respuesta a órdenes judiciales y administrativas y otros procesos legales;
- a oficiales de policía en cuanto a citaciones judiciales y otros procesos legales, referentes a víctimas de delitos, muertes sospechosas, crímenes en nuestro recinto, informar crímenes en emergencias, y para fines de identificar o localizar a un sospechoso u otra persona;
- a investigadores, médicos forenses y agentes funerarios;
- a organizaciones de consecución de órganos;
- para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad,
- en relación con ciertas actividades de investigación;
- a las fuerzas armadas y a funcionarios federales para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional;
- a instituciones correccionales en cuanto a reos; y
- según lo autoricen las leyes de compensación de trabajadores del estado.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene derecho a ver o a obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede pedirnos que le entreguemos copias en otros formatos, no solamente fotocopias. Usaremos el formato que pida a menos que no podamos hacerlo en forma práctica. Puede pedir por escrito obtener acceso a su información de salud. Puede pedir acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Si pide copias, le cobraremos un costo razonable que puede incluir mano de obra, costos de copias y franqueo. Si pide un formato alternativo, le cobraremos un costo por darle información de salud en ese formato. Si lo prefiere, podemos preparar, aunque no estamos obligados a hacerlo, un resumen o una explicación de su información de salud con un cargo. Póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final de este aviso para recibir más información sobre los cobros.

Divulgaciones efectuadas: Usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en que nosotros o nuestros empleados han divulgado su información de salud en los últimos 6 años (pero no antes del 14 de abril de 2003). Dicha lista no incluirá divulgaciones para pago de tratamientos, operaciones de atención médica; según lo autorice usted, y para ciertas otras actividades. Si solicita estos datos más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un costo razonable por responder a estas solicitudes adicionales. Póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final del aviso para recibir más información sobre los cobros.

Restricción: Usted tiene derecho a pedir que coloquemos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No se nos exige aceptar estas restricciones adicionales, pero si las aceptamos, respetaremos nuestro acuerdo (salvo en caso de emergencia). Todo acuerdo que aceptemos de restricciones adicionales debe estar por escrito y firmado por una persona autorizada para validar este acuerdo en nuestra representación. Su solicitud no es obligatoria a menos que nuestro acuerdo sea por escrito.

Otros tipos de comunicación: Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por otros medios o a otros lugares. Debe hacer su petición por escrito. Debe especificar en su petición los medios o la ubicación y dar una explicación satisfactoria en cuanto a cómo pagará por estos otros medios o la otra ubicación que pide.

Enmienda: Tiene derecho a pedir que enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué debemos enmendar la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas o tiene preguntas o inquietudes, póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final de este aviso.

Si cree que:

- podemos haber violado sus derechos de privacidad,
- tomamos una decisión sobre el acceso a su información de salud incorrectamente,
- nuestra respuesta a una petición que hizo para enmendar o restringir el uso o la divulgación de su información de salud fue incorrecta, o
- debemos comunicarnos con usted por otros medios o en otros lugares,

puede dirigirse a nosotros usando la información indicada más abajo. Puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Le daremos la dirección donde presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services) si la solicita.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ningún tipo si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services).

Contacto de la oficina del proveedor: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____