



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

☐ Masculino
☐ Femenino

Nombre completo: _____

____/____/____ - ____ - ____
Fecha de nacimiento: Seguro Social: _____

Correo electrónico: _____

() () ()
Tel. de casa: Tel. celular: Tel. del trabajo: _____

Dirección: _____

Ciudad: Estado: Código postal: _____

Ocupación: Empleador: _____
()

Nombre del cónyuge: Teléfono: _____

Nombre del Dentista: _____
()

Nombre del pariente más cercano que no vive contigo: Teléfono: _____

¿Usa dentadura postiza o parcial?
¿cuántos años tienen?

INFORMACIÓN DE SU SEGURO DENTAL

Si tiene seguro dental, por favor proporcione toda la información necesaria

Nombre completo en la tarjeta de seguro: _____

____/____/____ - ____ - ____
Fecha de nacimiento: Seguridad Social: _____

Nombre del seguro: Número de grupo: _____

Empleador: Ciudad: _____

PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA SALUD

Por favor, marque "Sí" o "No" en cualquier pregunta que puedan aplicarse a usted.

	Sí	No
Dolor en el área de las orejas	☐	☐
Hepatitis	☐	☐
Terapia Anticuagulante	☐	☐
Bebedor(a) regular de café	☐	☐
Problemas cardíacos	☐	☐
Alta Presión	☐	☐
Problemas circulatorios	☐	☐
Cirugía cardíaca	☐	☐
Articulaciones artificiales	☐	☐
Bebedor regular de alcohol	☐	☐
Sangrado excesivo	☐	☐
Malignidades	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Enfermedad venérea	☐	☐
SIDA (AIDS)	☐	☐
Fuma/Mastica tabaco	☐	☐

Por favor, anote cualquier alergia:

Por favor, describa cualquier tratamiento médico actual, operaciones próximas, embarazo u otra información que deba ser considerada:

Referido por:

☐ Amigo(a)	☐ Revista
☐ Páginas Amarillas	☐ Doctor
☐ Periódico	☐ Otra



AUTORIZACIONES

Yo afirmo que la información que he dado es correcta según mi conocimiento. Será mantenida de manera confidencial y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que pueda necesitar.

El primer pago se debe hacer en el momento en que se toma la impresión, y se requiere el pago completo al finalizar los servicios. **El rebase del laboratorio NO están incluidos en el precio de la dentadura. Por cualquier cheque devuelto se le cobrará \$20.00.**

Firma del Paciente:

_____/_____/_____
Fecha:

PACIENTES CON SEGURO DENTAL

Certifico que estoy cubierto por mi compañía de seguros y asigno directamente a European Denture Center todos los beneficios del seguro, de lo contrario se me cobrara a mí. Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados y también responsable de pagar cualquier copago y deducible que mi seguro no cubra. Por la presente, autorizo al dentista a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguro.

Firma del Paciente:

_____/_____/_____
Fecha:

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (Requisitos de HIPPA)

La Práctica: (Fecha de entrada en vigor: Esta notificación entró en vigor el 10/01/08.)

- A. Se requiere por ley federal que la práctica mantenga la privacidad de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y le proporcione este Aviso de Privacidad que detalla los deberes legales y las prácticas de privacidad de la práctica con respecto a su PHI.
- B. Bajo la Regla de Privacidad, la Práctica puede estar obligada por la ley estatal a otorgar acceso a mantener restricciones mayores sobre el uso o divulgación de nuestra PHI que las previstas por la ley federal.
- C. Es necesario cumplir con los términos de este Aviso de Privacidad.
- D. Se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso de Privacidad y de hacer que las nuevas disposiciones del Aviso de Privacidad sean efectivas para toda su PHI que se mantenga.
- E. Distribuirá cualquier Aviso de Privacidad revisado antes de su implementación.
- F. No lo castigará por presentar una queja.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Al poner mis iniciales a continuación, reconozco haber recibido una copia de este aviso, y mi comprensión y acuerdo con sus términos.

Las iniciales del paciente:

_____/_____/_____
Fecha: