

EAST CHARLOTTE DENTAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ NUMERO DE SOCIAL: _____

NOMBRE PREFERIDO: _____ NUMERO DE TELEFONO: (INICIO) _____ (CELULAR) _____ (TRABAJO) _____

DIRECCIÓN: _____ NÚMERO DE APT: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NOMBRE DEL PADRE/CÓNYUGE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, QUIEN SERIA NOTIFICADO, APARTE DE LOS PADRES O ESPOSA/O? _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRTE? _____

HEMBRAS: ¿ESTÁ EMBARAZADA O TRATANDO DE QUEDAR EMBARAZADA? _____ SI ES ASI, FECHA DE DAR A LUZ: _____ ¿ESTÁS AMAMANTANDO? _____

NOMBRE DEL OBSTETRA/GINECÓLOGO: _____ Nº TELÉFONO: _____ ¿ESTÁ TOMANDO ANTICONCEPTIVOS ORALES? _____

LISTA DE SUS MEDICAMENTOS, LAS RAZONES, DOSIS Y FRECUENCIAS (USE OTRA PAGINA APARTE SI SE NECESITA): _____

¿HA TENIDO UNA CIRUGÍA MAYOR O HA SIDO HOSPITALIZADO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS? _____ RAZÓN/FECHA: _____

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA LESIÓN GRAVE EN LA CABEZA O EL CUELLO? _____

¿ESTÁ USTED BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO AHORA? _____ SI ES ASI, POR FAVOR EXPLIQUE: _____

NOMBRE DEL MÉDICO/NÚMERO DE TELÉFONO: _____ FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO: _____

¿ES ALÉRGICO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? ASPIRINA: _____ PENICILINA: _____ CODEÍNA: _____ LÁTEX: _____

SULFAMIDA: _____ ANESTESIA LOCAL: _____ ACRÍLICO: _____ ALIMENTOS/OTROS ALERGIA: <EXPLICAR> _____

¿EL PACIENTE TIENE, O HA TENIDO ALGUNA VEZ, ¿ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? _____ ¿EL PACIENTE USA PRODUCTOS DE TABACO? SÍ NO

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
SIDA/VIH POSITIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CORTISONA MEDICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEMOFELIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTOS DE RADIACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALZHEIMER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PÉRDIDA DE PESO RECIENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOXICOMANÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIÁLISIS RENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FÁCIL ENROLLABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERPES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANGINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFISEMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL ALTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REUMATISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTRITIS/GOTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA O CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESCARLATINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTE. VÁLVULA CARDÍACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SANGRADO EXCESIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	URTICARIA O SARPULLIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERPES ZÓSTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTICULACIÓN ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SED EXCESIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPOGLUCEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESMAYOS / MAREOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARRITMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE SINUSITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD DE LA SANGRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS FRECUENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS RENALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SPINA BIFADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANGRE TRANS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIARREA FRECUENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LEUCEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD ESTOMACAL/INTEST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD HEPÁTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GOLPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BRUSQUETE FÁCILMENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENITAL HERPES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL BAJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HINCHAZÓN DE LAS EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CÁNCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GLAUCOMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PULMONAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD TIROIDEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUIMIOTERAPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIEBRE DEL HENO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VÁLVULA MITRAL PROL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AMIGDALITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLORES EN EL PECHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATAQUE/INSUFICIENCIA CARDÍACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OSTEOPOROSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERPES LABIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOPLO DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR EN LAS MANDÍBULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUMORES O CRECIMIENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONG. TRASTORNO CARDÍACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MARCAPASOS DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PARATIROIDEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÚLCERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES CARDÍACAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD VENÉREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									ICTERICIA AMARILLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿EL PACIENTE HA TENIDO ALGUNA VEZ O TIENE ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE O CONDICIONES NO MENCIONADAS ANTERIORMENTE? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO, SÍRVASE ENUMERAR: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL/COMENTARIOS: _____

QUE YO SEPA, LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO HAN SIDO RESPONDIDAS CON PRECISIÓN. ENTIENDO QUE PROPORCIONAR INFORMACIÓN INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD (O LA DEL PACIENTE): ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR AL CONSULTORIO DENTAL DE CUALQUIER CAMBIO EN EL ESTADO MÉDICO.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR: _____ FECHA: _____



POLÍTICAS DE CITAS PARA PACIENTES

En East Charlotte Dental creemos que las mejores relaciones se basan en el respeto mutuo. Creemos que tanto su tiempo como nuestro tiempo son valiosos y deben ser respetados. Nos esforzamos por mantener nuestro horario organizado y a tiempo para minimizar el tiempo de espera, mientras maximizamos su tiempo aquí. Por lo tanto, le pedimos que lea y reconozca las siguientes políticas de citas para pacientes.

CANCELACIONES

East Charlotte Dental requiere un aviso de 24 horas para cancelaciones de horarios de citas reservados. Somos conscientes y entendemos que las emergencias surgen y las revisaremos "caso por caso". Las cancelaciones sin previo aviso de 24 horas se considerarán fallas.

Los pacientes que no acudan a hasta 3 citas reservadas, tengan múltiples llegadas tardías o abusen de los horarios de citas programados, ya no serán designados para recibir atención dental con los proveedores de East Charlotte Dental, lo que resultará en el despido de la práctica.

HORARIOS DE CITAS - CITAS RESERVADAS

Nuestros pacientes están programados de acuerdo con sus necesidades dentales, lo que les permite a nuestros médicos el tiempo que necesitan para brindar la calidad de atención que espera de East Charlotte Dental. La llegada después de 10 minutos de su hora programada puede ser perjudicial para la atención del próximo paciente y puede requerir que reprogramemos su cita. Por favor, póngase en contacto con nosotros lo antes posible para avisarnos si cree que no llegará a tiempo. Sin embargo, tenga en cuenta que no llegar a tiempo sin previo aviso constituirá un incumplimiento de la cita.

CONFIRMACIÓN DE CITA

Las citas fallidas son una parte costosa de la atención dental. Para permitirnos brindar atención de calidad a todos nuestros pacientes, debemos mantener nuestro horario de manera eficiente. East Charlotte Dental requiere que nuestros pacientes confirmen su intención de mantener sus horarios de citas programados a más tardar a las 2 p.m. del día hábil anterior a su cita *reservada*. La falta de confirmación puede hacer que la hora de la cita se libere a otro paciente que requiera que solicite una nueva hora de cita.

No dude en dejar un mensaje al (704) 568-8076 durante el horario comercial regular o fuera del horario comercial.

Acuso recibo de esta *Política de citas para pacientes* y cumpliré de buena fe con este acuerdo entre East Charlotte Dental y yo (y / o mi dependiente).

Nombre del paciente (*impreso*)

Fecha

Firma

REGLA GENERAL HIPAA

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO/
AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

(Usted puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse, podríamos no tener permitido procesar sus reclamos de seguros)

Fecha: _____

El infrascrito acusa recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente efectivo para este establecimiento de atención sanitaria. Una copia de este documento firmado y fechado, será tan efectiva como el original.

MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO DOCUMENTO DE ISP SI YO REQUIERA QUE LOS TRATAMIENTOS O RADIOGRAFÍAS SEAN ENVIADOS A OTRO MÉDICO O ESTABLECIMIENTOS A CARGO EN EL FUTURO.

Por favor, **escriba** su nombre aquí

Por favor, **firmo** con su nombre aquí

Representante Legal

Descripción de la Autoridad

Sus comentarios respecto de los Reconocimientos o Consentimientos (opcional): _____

CÓMO QUIERE QUE SE DIRIJAN A USTED CUANDO SEA CONVOCADO POR EL ÁREA DE RECEPCIÓN:

- Sólo primer nombre Apellido propio Otro: _____

POR FAVOR, INSCRIBA A CUALQUIER OTRA PARTE QUE TENGA ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SU SALUD:

(Esto incluye padrastrós, abuelos y cualquier cuidador que pueda tener acceso a los registros de este paciente)

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

AUTORIZO EL CONTACTO DESDE ESTA OFICINA **PARA CONFIRMAR MI INFORMACIÓN SOBRE CITAS** VIA:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono Celular | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto a mi Teléfono Celular |
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono de Casa | <input type="checkbox"/> Confirmación por Correo Electrónico |
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono del Trabajo | <input type="checkbox"/> Cualquiera de las anteriores |

AUTORIZO QUE LA **INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD, TRATAMIENTOS Y FACTURACIÓN** SEA COMUNICADA VIA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono Celular | <input type="checkbox"/> Confirmación por Correo Electrónico |
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono de Casa | <input type="checkbox"/> Cualquiera de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono del Trabajo | |

YO APRUEBO QUE SE ME CONTACTE POR **SERVICIOS ESPECIALES, EVENTOS, ACTIVIDADES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS o INFORMACIÓN NUEVA SOBRE SALUD** EN REPRESENTACIÓN DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN SANITARIA VIA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono Celular | <input type="checkbox"/> Confirmación por Correo Electrónico |
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono de Casa | <input type="checkbox"/> Cualquiera de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono del Trabajo | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Mensaje de texto a mi Teléfono Celular | <i>(optar por no ser contactado)</i> |

Al firmar este Formulario de Reconocimiento por parte del Paciente HIPAA, usted reconoce y autoriza, que esta oficina pueda recomendar productos o servicios para promocionar su mejorada salud. Esta oficina podrá o no recibir remuneración por parte de terceros de estas compañías afiliadas. Nosotros, bajo la Regla General HIPAA vigente, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.

Sólo para uso de oficina

Como Oficial de Privacidad, he intentado obtener la firma del paciente (o representantes) en este Reconocimiento pero no lo logré porque:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Era un tratamiento urgente | Firma del Oficial de Privacidad:
_____ |
| <input type="checkbox"/> No pude comunicarme con el paciente | |
| <input type="checkbox"/> El paciente se negó a firmar | |
| <input type="checkbox"/> El paciente no podía firmar porque (por favor, describa): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor, describa): _____ | |