

HISTORIAL MÉDICO: Medical History

A nuestros pacientes: Aunque los cirujanos dentales tratan el área dentro y alrededor de su boca, la boca es parte del cuerpo. Los problemas de salud que usted pueda tener o las medicinas que usted pueda estar tomando, podrían afectar el tratamiento y cuidado que usted va a recibir. Le agradeceremos que conteste las siguientes preguntas. Sus respuestas son estrictamente confidenciales y se mantendrán en nuestros archivos.

To our patients: Although oral surgeons primarily treat the area in and around your mouth, your mouth is part of your entire body. Health problems that you may have, or medications that you may be taking, could have an important inter-relationship with the care that you will be receiving. Thank you for answering the following questions. Your answers are for our records only and will be considered confidential.

Razón de su visita a nuestra oficina?

Reason for today's office visit?

- | | | | | | | |
|--|------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|
| | 1. | Altura
<small>Height</small> | Peso
<small>Weight</small> | ¿Se encuentra usted en buen estado de salud? | SÍ
<small>YES</small> | NO
<small>NO</small> |
| | 2. | ¿Ha ocurrido algún cambio en su estado de salud en el pasado año? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 3. | ¿Ha visto al médico recientemente? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Fecha de la última visita al doctor
<small>Date of last visit</small> | | | | |
| | | De ser así, ¿para qué condición o enfermedad está recibiendo tratamiento médico?
<small>If so, for what are you being treated?</small> | | | | |
| | 4. | ¿Ha tenido usted alguna enfermedad, operación u hospitalización en los pasados cinco años? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Si es así, describa
<small>If so, describe</small> | | | | |
| | 5. | ¿Tiene usted alguna herida que no se ha curado o áreas inflamadas, tumores o llagas dentro o alrededor de la boca? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <small>Do you have unhealed / recurrent injuries or inflamed areas, growths or sore spots in or around your mouth?</small> | | | | |
| | | De ser así, indique donde
<small>If so, describe where</small> | | | | |
| | 6. | ¿Tiene usted un implante o prótesis? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | De ser así, indique donde
<small>If so describe where</small> | | | | |
| | 7. | ¿Le han reemplazado alguna de las válvulas del corazón o se le ha hecho un injerto vascular? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <small>Have you had a heart valve replacement or vascular graft?</small> | | | | |
| | 8. | ¿Alguna vez ha tenido anestesia general o sedación intravenosa? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <small>Have you ever had general anesthesia or IV sedation?</small> | | | | |
| | 9. | ¿Ha tenido usted, o un miembro de su familia, alguna reacción inusual o grave a la anestesia general o la sedación intravenosa? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <small>Have you, or a family member, had any unusual or serious reactions to general anesthesia or IV sedation?</small> | | | | |
| | 10. | ¿Algun otro doctor ó su dentista previo le ha recomendado el uso de antibióticos antes de su tratamiento dental? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <small>Has a physician or previous dentist recommended that you take antibiotics prior to your dental treatment?</small> | | | | |

	HA TENIDO O TIENE USTED ACTUALMENTE: <small>Have you ever had, or do you currently have:</small>	SÍ <small>Yes</small>	NO <small>No</small>	NOTAS <small>Notes</small>
11.	¿Fiebre reumática? <small>Rheumatic fever?</small>			
12.	¿Válvulas del corazón dañadas / válvula mitral prolapada? <small>Damaged heart valves / mitral valve prolapse?</small>			
13.	¿Soplo del corazón? <small>Heart murmur?</small>			
14.	¿Alta presión? <small>High blood pressure?</small>			
15.	¿Baja presión? <small>Low blood pressure?</small>			
16.	¿Dolor en el pecho / angina? <small>Chest pain / angina?</small>			
17.	¿Ataque(s) al corazón? <small>Heart attack(s)?</small>			
18.	¿Latidos del corazón irregulares? <small>Irregular heart beat?</small>			
19.	¿Marcapasos en el corazón? <small>Cardiac pacemaker?</small>			
20.	¿Cirugía (operación) del corazón? <small>Heart surgery?</small>			
21.	¿Neumonía, bronquitis, tos crónica? <small>Pneumonia, bronchitis, chronic cough?</small>			
22.	¿Asma? <small>Asthma?</small>			
23.	¿Fiebre del heno ó sinusitis? <small>Hay fever / sinus problems?</small>			
24.	¿Ronquidos? <small>Snoring?</small>			
25.	Apnea del sueño / CPAP? <small>Sleep apnea / CPAP?</small>			
26.	¿Dificultad al respirar / otros problemas pulmonares? <small>Difficult breathing / other lung trouble?</small>			
27.	¿Tuberculosis? <small>Tuberculosis?</small>			
28.	¿Enfisema? <small>Emphysema?</small>			
29.	¿Fuma ó vape? Cuanto por día _____ <small>Do you smoke or vape? If so, how much per day</small>			
30.	¿Utiliza tabaco para mascar? <small>Do you use chewing tobacco?</small>			
31.	¿Consumo de alcohol? Si es así, Cuanto por día _____ por semana _____ <small>Do you drink alcohol? If so, how much per day - per week</small>			
32.	¿Transfusión de sangre? <small>Blood transfusion?</small>			
33.	¿Enfermedad de la sangre como la anemia? <small>Blood disorder such as anemia?</small>			
34.	¿Le aparecen moretones fácilmente? <small>Bruise easily?</small>			
35.	¿Tendencia a sangrar / de manera anormal? <small>Bleeding tendency / abnormal bleed?</small>			
36.	¿Ictericia / hepatitis ó enfermedad del hígado? <small>Hepatitis, jaundice, or liver disease?</small>			
37.	¿Mononucleosis infecciosa? <small>Infectious mononucleosis?</small>			
38.	¿Problemas de la vesícula? <small>Gallbladder trouble?</small>			
39.	¿Desmayos? <small>Fainting spells?</small>			
40.	¿Convulsiones / epilepsia? <small>Convulsions / epilepsy?</small>			

	HA TENIDO O TIENE USTED ACTUALMENTE: <small>Have you ever had, or do you currently have:</small>	SÍ <small>Yes</small>	NO <small>No</small>	NOTAS <small>Notes</small>
41.	¿Derrame cerebral? <small>Stroke?</small>			
42.	¿Problemas con la tiroides? <small>Thyroid trouble?</small>			
43.	¿Diabetes? <small>Diabetes?</small>			
44.	¿Azúcar baja? <small>Low blood sugar?</small>			
45.	¿Problemas con los riñones? <small>Kidney trouble?</small>			
46.	¿Colesterol alto? <small>High cholesterol?</small>			
47.	¿Está recibiendo diálisis? <small>Are you on dialysis?</small>			
48.	¿Tobillos hinchados / artritis ó enfermedad de las articulaciones? <small>Swollen ankles / arthritis / joint disease?</small>			
49.	¿Osteoporosis / osteopenia? <small>Osteoporosis / osteopenia?</small>			
50.	¿Osteonecrosis? <small>Osteonecrosis?</small>			
51.	¿Úlceras en el estómago / reflujo ácido? <small>Stomach ulcers / acid reflux?</small>			
52.	¿IBS / Colitis? <small>IBS / Colitis?</small>			
53.	¿COVID-19? <small>COVID-19?</small>			
54.	¿Enfermedades contagiosas? <small>Contagious diseases?</small>			
55.	¿Enfermedades venéreas? <small>Sexually transmitted diseases?</small>			
56.	¿Problemas con su sistema de inmunidad? <small>Problems with immune system?</small>			
57.	¿Enfermedad autoinmune? <small>Autoimmune disease?</small>			
58.	¿Cicatrizar ó sanado lentamente? <small>Delay in healing?</small>			
59.	¿Un tumor? <small>A tumor or growth?</small>			
60.	¿Cáncer / radioterapia / quimioterapia? <small>Cancer / radiation therapy / chemotherapy?</small>			
61.	¿Fatiga crónica / sudores por las noches? <small>Chronic fatigue / night sweats?</small>			
62.	¿Está usted a dieta? <small>Are you on a diet?</small>			
63.	¿Hay antecedentes/tratamiento para un trastorno por consumo de alcohol? <small>Is there a history / treatment for an alcohol use disorder?</small>			
64.	¿Hay antecedentes/tratamiento para un marihuana o trastorno por uso de sustancias? <small>Is there a history / treatment for a marijuana or substance use disorder?</small>			
65.	¿Lentes de contacto? <small>Contact lenses?</small>			
66.	¿Enfermedades del ojo / glaucoma? <small>Eye disease / glaucoma?</small>			
67.	¿Problemas de salud mental / ansiedad / depresión? <small>Mental health problems / anxiety / depression?</small>			
68.	¿Aparato dental removible? <small>A removable dental appliance?</small>			
69.	¿Que las mandíbulas duelan o se encajen al comer? <small>Pain or clicking of jaws when eating?</small>			

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA

Welcome to our Practice

INFORMACION PACIENTE: Patient Information

Fecha
Date

Sr. Sra. Srita. Dr. Primer Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____
First Name M.I. Last Name

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Seguro Social _____
Sex Male Female Birth Date Age Social Security

Dirección / Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Address Apt. City State Zip

Tel. de su Residencia (_____) _____ Tel. Celular (_____) _____ E-mail _____
Home Phone Cell Phone E-mail

¿Encontraste nuestra práctica en el Internet? Sí No Referido por _____
Did you find our practice online? Referred By PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name)

¿Ha sido usted paciente de nuestra oficina anteriormente? Sí No ¿Algún familiar suyo ha sido paciente de nuestra oficina anteriormente? Sí No
Have you ever been a patient of our practice? Yes No Has a family member ever been a patient of our practice? Yes No

Dentista _____ Ortodoncista _____
Dentist PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Orthodontist PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name)

Médico _____ Farmacia Preferida _____ Tel. (_____) _____
Medical Dr. PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Preferred Pharmacy Tel.

Licencia de Conducir Núm. _____ Familiar más cercano que no viva con usted _____ Tel. (_____) _____
Driver's License Number Nearest relative not living with you PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Tel.

Lugar del Trabajo _____ Tel. del Trabajo (_____) _____ Método de Pago: Efectivo Cheque Tarjeta de crédito
Employer Business Phone Personal Payment Type Cash Check Credit Card

En caso de emergencia, favor de contactar a _____ Tel. (_____) _____ Parentesco _____
In case of emergency, please contact Tel. Relation

PERSONA ENCARGADA DE ESTA CUENTA: Who will be responsible for your account

Yo mismo (Si es usted mismo, continúe con la próxima sección) Espos(a) Padre Madre Otro _____
Self (If self, skip to next section) Spouse Father Mother Other

Nombre _____ Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Name PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Social Security Birth Date Age

Tel. (_____) _____ Tel. Celular (_____) _____ E-mail _____
Tel. Cell Phone E-mail

Dirección / Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Address Apt. City State Zip

Licencia de Conducir Núm. _____ Lugar del Trabajo _____ Teléfono (_____) _____
Driver's License Number Employer Telephone

INFORMACIÓN SOBRE SU CÓNYUGE U OTRO GARANTIZADOR: (si es diferente al anterior) Spouse or other guarantor information (if different from above)

Nombre _____ Parentesco _____ Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Name PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Relation Social Security Birth Date

Dirección / Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Address Apt. City State Zip

Tel. (_____) _____ Lugar del Trabajo _____ Tel. del Trabajo (_____) _____
Telephone Employer Business Telephone

INFORMACION SOBRE EL SEGURO: Insurance Information

Estudiante: Tiempo completo Medio tiempo No Nombre de la Escuela / Dirección _____
Student Full Time Part Time Not School Name / Address

Estado Civil: Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Legalmente separado(a)
Marital Status Married Divorced Widow Single Legally Separated

Empleado(a): Tiempo completo Tiempo parcial Retirado(a) No ¿Pertence usted a un PPO ó HMO? Sí No
Employed Full Time Part Time Retired Not Do you belong to a PPO or HMO? Yes No

COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL PRIMARIA: Primary Dental Insurance Co.

Lugar de Trabajo _____
Employer

Dirección del Trabajo _____ CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Business Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)

Tel. del Trabajo (_____) _____ Plan _____
Business Telephone Plan

Nombre de la Compañía de Seguros _____ I.D. # _____
Insurance Company Name I.D. #

Dirección _____
Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)

Tel. (_____) _____ Nombre de Grupo _____
Tel. Group Name

Grupo Núm. _____ Persona Asegurada _____
Group # Insured Party PRIMER NOMBRE (First) APELLIDO (Last Name)

Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F
Relation Birth Date Sex M F

Seguro Social _____ Tel. (_____) _____
Social Security # Tel.

Dirección _____
Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)

COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO PRIMARIA: Primary Medical Insurance Co.

Lugar de Trabajo _____
Employer

Dirección del Trabajo _____ CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Business Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)

Tel. del Trabajo (_____) _____ Plan _____
Business Telephone Plan

Nombre de la Compañía de Seguros _____ I.D. # _____
Insurance Company Name I.D. #

Dirección _____
Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)

Tel. (_____) _____ Nombre de Grupo _____
Tel. Group Name

Grupo Núm. _____ Persona Asegurada _____
Group # Insured Party PRIMER NOMBRE (First) APELLIDO (Last Name)

Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F
Relation Birth Date Sex M F

Seguro Social _____ Tel. (_____) _____
Social Security # Tel.

Dirección _____
Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)

COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL SECUNDARIA: Secondary Dental Insurance Co.

Lugar de Trabajo _____
Employer

Dirección del Trabajo _____ CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Business Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)

Tel. del Trabajo (_____) _____ Plan _____
Business Telephone Plan

Nombre de la Compañía de Seguros _____ I.D. # _____
Insurance Company Name I.D. #

Dirección _____
Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)

Tel. (_____) _____ Nombre de Grupo _____
Tel. Group Name

Grupo Núm. _____ Persona Asegurada _____
Group # Insured Party PRIMER NOMBRE (First) APELLIDO (Last Name)

Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F
Relation Birth Date Sex M F

Seguro Social _____ Tel. (_____) _____
Social Security # Tel.

Dirección _____
Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)

COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO SECUNDARIA: Secondary Medical Insurance Co.

Lugar de Trabajo _____
Employer

Dirección del Trabajo _____ CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)
Business Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)

Tel. del Trabajo (_____) _____ Plan _____
Business Telephone Plan

Nombre de la Compañía de Seguros _____ I.D. # _____
Insurance Company Name I.D. #

Dirección _____
Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)

Tel. (_____) _____ Nombre de Grupo _____
Tel. Group Name

Grupo Núm. _____ Persona Asegurada _____
Group # Insured Party PRIMER NOMBRE (First) APELLIDO (Last Name)

Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F
Relation Birth Date Sex M F

Seguro Social _____ Tel. (_____) _____
Social Security # Tel.

Dirección _____
Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (ST.) CÓDIGO PO. (Zip)

70. ¿Existe la posibilidad de estar embarazada? **Sí** **No**
Is there a possibility of pregnancy?
71. ¿Fecha estimada para el parto? **Sí** **No**
Expected delivery date?

72. ¿Está lactando? **Sí** **No**
Are you nursing?
73. ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? **Sí** **No**
Are you taking birth control pills?

Nota para las mujeres: Los antibióticos (como la penicilina) pueden afectar la efectividad de las píldoras anticonceptivas. Consulte a su médico o ginecólogo sobre otros métodos anticonceptivos adicionales. **Note:** Antibiotics (such as penicillin) may alter the effectiveness of birth control pills. Consult your physician / gynecologist for assistance regarding other methods of birth control.

ESTÁ USTED TOMANDO: <small>Are you now taking:</small>	SÍ <small>Yes</small>	NO <small>NO</small>	NOTAS <small>Notes</small>																								
74. ¿Cualquier tipo de medicina, droga o pastilla? <small>Any kind of medication, drug, pills?</small>																											
75. ¿Anticoagulantes? (Coumadin, Plavix, Aspirina, Vitamina E, Ginko biloba, Aggrenox, Xarelto, Eliquis, Aceite de pescado) <small>Blood thinners (Coumadin, Plavix, Aspirin, Vitamin E, Ginko biloba, Aggrenox, Xarelto, Eliquis, Fish oil)?</small>																											
76. ¿Pastillas de dieta? <small>Diet pills?</small>																											
77. ¿Algún producto natural, suplemento de hierbas ó remedio homeopático? <small>Any natural product, herbal supplement or homeopathic remedy?</small>																											
78. ¿Ha tomado alguna vez ó está usted tomando cualquier medicamento para la densidad de hueso, o inhibidores de RANKL, tales como: Prolia, Fosamax, Boniva, Actonel, IV-Zometa, Aredia, Reclast, Xgeva, or Evista en los pasados 12 años. <small>Are you taking, or have you ever taken, bone density meds. or bisphosphonates such as Prolia, Fosamax, Boniva, Actonel, IV-Zometa, Aredia, Reclast, Xgeva, or Evista in the past 12 years?</small>																											
79. ¿Tranquilizantes, pastillas para dormir, anti-depresivos, y/ó narcóticos en forma regular? Favor de indicar: <small>Tranquilizers, sleeping pills, anti-depressants, and/or narcotics on a regular basis? If so, please list:</small>																											
80. Si está bajo el cuidado de un médico para el control del dolor o si se está recuperando de una adicción a las drogas, seleccione el medicamento que está tomando actualmente: <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Suboxona <input type="checkbox"/> Oxycodona <input type="checkbox"/> Fentanilo <input type="checkbox"/> Otro <small>If you are under the care of a physician for pain management, or recovering from drug addiction, select the medication you are currently taking: <input type="checkbox"/> Methadone <input type="checkbox"/> Suboxone <input type="checkbox"/> Oxycodone <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Other Treating doctor:</small>																											
81. Favor de listar cualquier medicamento que está tomando actualmente: <small>Please list any medications you are currently taking:</small>																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicamento <small>Medication</small></th> <th>Dosis <small>Dosage</small></th> <th>Frecuencia <small>Frequency</small></th> <th>Medicamento <small>Medication</small></th> <th>Dosis <small>Dosage</small></th> <th>Frecuencia <small>Frequency</small></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Medicamento <small>Medication</small>	Dosis <small>Dosage</small>	Frecuencia <small>Frequency</small>	Medicamento <small>Medication</small>	Dosis <small>Dosage</small>	Frecuencia <small>Frequency</small>																					
Medicamento <small>Medication</small>	Dosis <small>Dosage</small>	Frecuencia <small>Frequency</small>	Medicamento <small>Medication</small>	Dosis <small>Dosage</small>	Frecuencia <small>Frequency</small>																						

ES USTED ALÉRGICO Ó HA TENIDO ALGUNA REACCIÓN A: <small>Are you allergic to, or had a reaction to:</small>	SÍ <small>Yes</small>	NO <small>No</small>	NOTAS <small>Notes</small>
82. ¿Anestesia local (medicamentos para adormecer) <small>Local anesthetic (numbing meds.)?</small>			
83. ¿Penicilina? <small>Penicillin?</small>			
84. ¿Otros antibióticos? <small>Other antibiotics?</small>			
85. ¿Drogas sulfamidadas? <small>Sulfa drugs?</small>			
86. ¿Pentatal sódico / Valium / otros tranquilizadores? <small>Sodium pentothal / Valium / other tranquilizers?</small>			
87. ¿Aspirina? <small>Aspirin?</small>			
88. ¿Amoxicilina? <small>Amoxicillin?</small>			
89. ¿Codeína ú otros narcóticos? <small>Codeine or other narcotics?</small>			
90. ¿Latex? <small>Latex?</small>			
91. ¿Soya? <small>Soy?</small>			
92. ¿Huevos / yema? <small>Eggs / yolk?</small>			
93. ¿Sulfatos? <small>Sulfites?</small>			
94. ¿Tiene usted algunas alergias conocidas? <small>Do you have any known allergies?</small>			
95. Favor de listar cualquier alergia diferente de alergias relacionadas con alguna droga? <small>Please list any allergies other than drug allergies:</small>			
96. Una lista de cualquier otro medicamento o antibiótico es alérgico a: <small>Please any other medication or antibiotic you are allergic to:</small>			

¿Algún familiar ha padecido de: Is there a family history of:

Cáncer Cancer Diabetes Diabetes

Enfermedades cardíacas Heart disease Problemas relacionados con la anestesia Anesthesia problems

¿Se debe esta visita a algún accidente? **Sí** **No**
Is this visit related to an accident?

¿Si su respuesta es sí, que tipo de accidente? Automovilístico Laboral Otro
If yes, what type of accident? Automobile Work related Other

Fecha del accidente _____
Date of injury

Compañía de seguro manejando su caso _____
Insurance company handling the claim

Número de queja _____
Claim number

Nombre del abogado o ajustador _____
Name of attorney / adjustor

Teléfono (_____) _____
Telephone number

Si usted va a tener cirugía el día de hoy, ha usted comido ó tomado algo por las pasadas 6 (seis) horas? **Sí** **No**
If you are having surgery today, have you had anything to eat or drink in the last 6 (six) hours?

¿Que le está conduciendo a casa? _____
Who is driving you home?

¿Hay alguna otra condición relacionada con su salud que el Doctor debería de saber?
Is there any condition concerning your health that the Doctor should be told about? **Sí** **No**

Si contestó sí, favor de describir _____
If yes, please describe

¿Desea hablar en privado con el doctor? **Sí** **No**
Do you wish to speak to the Dr. privately about anything?

Certifico que he leído y he entendido las preguntas anteriores. También reconozco que las preguntas, si alguna, sobre la información pedida anteriormente han sido contestadas en forma satisfactoria. Yo no haré responsable al cirujano o a su personal por errores u omisiones que yo haya podido cometer al completar esta forma.
I certify that I have read and I understand the questions above. I acknowledge that my questions, if any, about the inquiries set forth above have been answered to my satisfaction. I will not hold my surgeon, or any other member of his / her staff, responsible for any errors or omissions that I have made in the completion of this form.

X _____ **X** _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) **Revisado Por** **Fecha**
Signature of patient (parent or guardian, if minor) Reviewed by Date

HONORARIOS Y PAGOS: Nosotros hacemos todo lo posible por mantener bajos los procedimientos dentales que le ofrecemos. Usted puede contribuir a esta meta pagando después de cada visita a nuestra oficina. Bajo circunstancias especiales, le podemos ofrecer un plan de pago para el cual necesita hablar con el(la) administrador(a) de nuestra oficina. Usted puede solicitar una cotización o estimado de los cargos a pagar por cualquier procedimiento o cirugía. Si usted tiene seguro médico o dental, con mucho gusto le llenaremos las debidas formas. Le pedimos que, por favor, complete toda la información en esta forma.

Favor de recordar que el seguro se considera como un reembolso al paciente por los honorarios pagados al médico y no constituye una substitución del pago. Algunas compañías pagan una cantidad fija por ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar el deducible, co-seguro o cualquier otro balance que no haya sido pagado por su compañía de seguro. Usted será responsable de todos los costos envueltos en el cobro, los honorarios de un abogado y los costos legales.

Fees and Payments: We make every effort to keep down the cost of your care. You can help by paying upon completion of each visit. Other arrangements can be made with our office manager depending upon special circumstances. An estimate of the charge for any procedure or surgery you may require will be given to you upon request. If you have any dental and/or medical insurance we will be glad to fill out the proper forms, but please complete the identifying information on this form.

Please remember that insurance is considered a method of reimbursing the patient for fees paid to the doctor and is not a substitute for payment. Some companies pay fixed allowances for certain procedures and others pay a percentage of the charge. It is your responsibility to pay any deductible amount, co-insurance or any other balance not paid for by your insurance company. You will be responsible for all collection costs, attorneys fees, and court costs.

X _____ **X** _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) **Fecha**
Signature of patient (parent or guardian, if minor) Date

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE SEGÚN LA HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos utilizar y divulgar información médica protegida sobre usted. El Aviso contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos en virtud de la ley. Usted tiene derecho a leer nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia actualizada poniéndose en contacto con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que se utiliza o divulga la información médica protegida sobre usted para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que utilicemos y divulguemos información médica protegida sobre usted para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos realizado en función de su consentimiento previo. El consultorio proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.

El paciente entiende que:

- La información médica protegida puede utilizarse para operaciones de tratamiento, pago o atención médica.
- El consultorio tiene un Aviso de prácticas de privacidad, y el paciente tiene la oportunidad de leer este Aviso.
- El consultorio se reserva el derecho de cambiar el Aviso de políticas de privacidad.
- El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero el consultorio no está obligado a aceptar esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y cesarán todas las divulgaciones futuras.
- El consultorio puede condicionar el tratamiento tras la firma de este Consentimiento.

Por la presente autorizo a Dakota Valley Oral and Maxillofacial Surgery a hablar sobre mi información médica protegida y/o a compartirla como se indica a continuación con las siguientes personas:

Fechas, horas y lugar de las citas Información de facturación Información de salud Todo lo anterior

Nombre _____

Relación _____

Nombre _____

Relación _____

*Si desea liberar sus registros médicos de Dakota Valley Oral and Maxillofacial Surgery, complete un formulario de Liberación de registros médicos por separado.

Firma del paciente, padre/madre o tutor

Fecha

Relación con el paciente (si no es el paciente)

ante _____

Firma del testigo – Representante del consultorio

ACUERDO FINANCIERO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ORALES Y MAXILOFACIALES

Se le proporciona la siguiente información para evitar malentendidos o desacuerdos en relación con los pagos por servicios profesionales.

- El monto **total** debe pagarse en la fecha del servicio, a menos que tenga un seguro activo con beneficios disponibles que sean aplicables a los procedimientos realizados.
- Debemos tener la información de su seguro en nuestro consultorio 1 semana antes de su cita para confirmar el estado de su seguro y los beneficios disponibles. Si no tenemos la información necesaria para confirmar los beneficios, el monto **total** deberá pagarse en la fecha del servicio.
- Si tiene un seguro activo con beneficios disponibles, deberá pagar el anticipo en la fecha del servicio. Los anticipos cobrados en la fecha del servicio son solo una **estimación** de lo que debe pagar. La responsabilidad final del paciente se determinará después de que el seguro aplicable haya pagado.
- **Todos los saldos impagos a los 60 días deben pagarse en su totalidad, independientemente de las reclamaciones de seguro pendientes.**
- Las cuentas de pacientes con saldos impagos a los 90 días quedarán sujetas a gestiones de cobro más agresivas. Las cuentas de 90 días o más acumularán un cargo por financiamiento del 1.5 % por mes, y todos los cargos en los que se incurra para gestionar el cobro de una cuenta en mora se sumarán al saldo de la cuenta del paciente. Estos cargos incluyen, entre otros, cargos por cobro, honorarios legales y costos judiciales. Los costos de cobro pueden aumentar el saldo de un paciente hasta en un 40 %.
- Notifíquenos inmediatamente si aparece un error en su estado de cuenta.

Presentaremos sus reclamaciones de seguro a fin de ayudarle a alcanzar sus beneficios máximos permitidos, pero no podemos extender el crédito más allá de los 60 días en ningún caso. Si cree que necesitará más de 60 días para pagar sus cargos, le ofrecemos una serie de planes de pago de terceros para los que puede ser elegible.

Nuestra clínica se esfuerza por establecer una buena relación médico-paciente, y entendemos que la experiencia de cobro es una parte importante de esa relación. Esta buena relación solo es posible con una comunicación abierta y clara. El personal de Dakota Valley Oral-Maxillofacial Surgery ha sido capacitado para hacer todo lo posible por ayudarle a comprender su saldo.

Firme a continuación para indicar que ha leído y comprende este acuerdo.

Firma del paciente, padre/madre o tutor Fecha

Fecha

Relación con el paciente (si no es el paciente)

AVISO DE SEGURO

Como se trata de un servicio para usted, presentaremos su reclamación ante sus compañías de seguro dental y médico. Sin embargo, queremos que esté al tanto de varios factores:

1. No podemos ni pretendemos conocer las particularidades de los más de 1500 planes de seguro ante los cuales presentamos reclamaciones.
2. Si necesita saber qué partes de su servicio estarán cubiertas por el seguro, le recomendamos que llame a su compañía de seguros y lea el manual de beneficios antes de la fecha de su servicio. Si eso no responde todas sus preguntas, estaremos encantados de programar una consulta y enviar una estimación previa.
3. Incluso con una estimación previa, hay procedimientos que nuestros cirujanos no pueden anticipar hasta que comiencen la cirugía. Por lo tanto, una reclamación puede diferir de la estimación previa, al igual que los beneficios que se pagan.
4. Usted deberá pagar el 100 % de los cargos no cubiertos por el seguro. Los procedimientos más comunes no cubiertos por las compañías de seguros son:

Anestesia general	(\$434* - \$700*)
TAC	(\$395* - \$425*)
Radiografía panorámica	(\$130* - \$170*)
Óxido nitroso (N2O)	(\$73* - \$150*)
Visita al consultorio	(\$73* - \$150*)

* todas las tarifas mencionadas son aproximadas

Los cargos no cubiertos no se limitan a los mencionados anteriormente.

5. Si usted solicita que presentemos su reclamación a más de una compañía de seguros, con frecuencia sucede que ambas compañías de seguros pagan como proveedor principal. (Esto ocurre a pesar de nuestros esfuerzos por solicitar que coordinen los beneficios). Esto puede crear un gran saldo de crédito en su cuenta, y tendremos que volver a enviar la reclamación a cada compañía para que puedan coordinar los beneficios.
6. Si se produce un sobrepago, no podemos reembolsarle su anticipo hasta que las compañías de seguros determinen cuál es el proveedor principal y el/los proveedor(es) secundario(s) soliciten su reembolso. Si emitiéramos su reembolso antes de ese momento, podría suceder que le demos dinero que puede pertenecer a la compañía de seguros.

Según nuestra experiencia, este proceso puede tardar de 3 a 5 meses.
Le pedimos paciencia durante este tiempo.

También es posible que solo una compañía de seguros pague los beneficios de una reclamación (cláusula de no duplicación).

Paciente o parte responsable

Fecha