



Historia de salud

El nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Name) (Date of Birth)

¿Ha ido al dentista en el año pasado? Sí No
(Have you been to a dentist within the last year?)

¿Como se llama tu otro dentista? _____ Teléfono: _____
(What is the name of your other dentist?) (Phone)

¿Tiene que fue al médico recientemente en los últimos cinco años? Sí No La Fecha: ____/____/____
(Have you received medical treatment in the last five years?)

¿Cuál fue la razón de la visita médica?: _____
(For what reason?)

¿Cuáles son los nombres de sus doctores?: _____
(What are the names of your doctors?)

1. _____ Teléfono: _____ 2. _____ Teléfono: _____

Por favor marque si ha tenido alguna de estas condiciones:

(En español)	(En inglés)	(En español)	(En inglés)
Anemia	Anemia	Cancer	Cancer
Epilepsia	Epilepsy	Biopsias	Previous Biopsies
Hepatitis, any form	Hepatitis, any form	De curacion lenta lesiones en la boca	Slow-Healing Mouth Sores
Asma	Asthma	Otras infecciones	Other Infections
VIH o SIDA	HIV Positive/AIDS	Enfermedad recurrente	Recurrent Illness
Enfisema o una enfermedad diferente de respiracion	Emphysema/other Respiratory Illness	Enfermedad del hígado (incluyendo ictericia)	Liver Disease (including Jaundice)
Enfermedad del corazon	Abnormal Heart Condition	Reemplazo de articulaciones	Joint Replacement
Enfermedad renal	Kidney Disease		?Que articulacion?
Psicosis	Psychosis		?Cuando?
Cirugia de corazon o ataque del corazon	Heart Attack/Heart Disease or Heart Surgery		
	?Cuando?	Sangrado anormal de un corte	Abnormal bleeding from cut
Enfermedad venereas	Venereal Disease	Perdida o aumento de peso involuntaria	Unintentional weight loss/gain
Diabetes	Diabetes	La alergia al latex	Latex Sensitivity
Hemofilia	Hemophilia	El glaucoma	Glaucoma
Hipertension	Hypertension	El uso de drogas ilegales	Illegal Drug Use

¿Es necesario tomar antibióticos antes del tratamiento dental? Sí No
(Do you need antibiotics before dental treatment?)

¿Alguna vez ha utilizado un medicamento bisfosfonato (para cáncer de hueso)? Sí No
(Do you take Bisphosphonate medication?)

¿Estás embarazada? ¿Está amamantando su bebé? Sí No
(Are you pregnant or breastfeeding?)

¿Cuál es la fecha de nacimiento esperada? ____/____/_____
(What is the baby's birthdate or expected delivery date?)

¿Fuma o usa tabaco? Sí No
(Do you smoke or use tobacco?)

¿A qué medicamentos tiene alergia? Sí No
(What medications are you allergic to?)

Por favor escriba todos los medicamentos que está tomando: _____
(List any medications you are taking)

Esta información es correcta y completa
(This information is correct and complete)

Nombre del tutor (si corresponde): _____ La Fecha: ____/____/____

Firma del Paciente o Tutor: _____



Su información

Por favor, completa la totalidad del documento

El nombre del paciente: _____ La Fecha: _____
(Patient's Name) (Date)

Nombre preferido: _____ Hombre Mujer
(Preferred Name) (Male) (Female)

Número de teléfono: _____ Número Celular: _____
(Telephone Number) (Cell Phone)

Correo electrónico: _____
(Email Address)

Fecha de nacimiento: _____ ¿Cuantos años tiene? _____
(Birth Date) (How old are you?)

Número de seguro social (SSN): _____
(Social Security Number)

Su dirección: _____
(Your Address)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
(City) (State) (Zip Code)

Empleador: _____ Teléfono de empleador: _____
(Employer) (Work phone number)

Dirección de empleador: _____
(Work Address)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
(City) (State) (Zip Code)

¿Si su cuenta está vinculada a un padre, madre, o esposo(a)? ¿Cuál es su nombre? _____
(Is your file attached to a parent or spouse? What is their name?)

¿Quién es su empleador? _____
(Who is their employer?)

Teléfono de trabajo: _____
(Work phone number)

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
(Emergency Contact) (Emergency Contact phone number)

¿Dónde aprendió acerca de nuestra oficina? _____
(Where did you learn about our office?)



Persona responsable

El nombre de la persona responsable de esta cuenta: _____ Soltero Casado
(The name of the person responsible for this account) (Single) (Married)

¿Qué es su relación con el paciente? _____
(What is their relationship with the patient?)

Número de teléfono: _____ Número Celular: _____
(Telephone Number) (Cell Phone Number)

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguridad social: _____
(Date of Birth) (Social Security Number)

Dirección: _____
(Address)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
(City) (State) (Zip Code)

Número de licencia: _____ Estado: _____
(Drivers license) (State)

Empleador: _____ Teléfono de empleador: _____
(Employer) (Work Phone Number)

‘Yo prefiero pagar con...’ (I prefer to pay with; Cash, Check, Credit Card, or ‘I wish to find out about a payment plan’)

Dinero Cheques Tarjeta de crédito Quiero averiguar de los planes de pago

Información de la aseguranza

Nombre del suscriptor: _____ ¿Qué es su relación con el paciente? _____
(Name of the subscriber) (What is their relationship to the patient?)

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____
(Date of Birth) (Social Security Number)

Empleador: _____ Teléfono: _____ Fecha de inicio: _____
(Employer) (Work Phone Number) (Date Hired)

Dirección: _____
(Work Address)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
(City) (State) (Zip Code)

Seguro: _____ Número de grupo: _____ Número de plan: _____
(Insurance Company) (Group No.) (Policy No.)

Dirección: _____
(Insurance Company Address)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
(City) (State) (Zip Code)

¿Hay otra aseguranza? Sí No (Si la respuesta es “sí”, complete el resto del documento)
(Is there another insurance policy?) (If ‘yes’, complete the rest of the form)

Nombre del suscriptor: _____ ¿Qué es su relación con el paciente? _____ Fecha de Nacimiento _____
(Name of the subscriber) (What is their relationship to the patient?) (Date of Birth)

Número de seguridad social: _____ Empleador: _____ Teléfono: _____
(Social Security Number) (Employer) (Work Phone Number)

Seguro: _____ Número de grupo: _____ Número de plan: _____
(Insurance Company) (Group No.) (Policy No.)

Dirección: _____
(Insurance Company Address)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
(City) (State) (Zip Code)



AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD

Permiso que el personal de SCFD a revelar específica información de salud y dental con respecto:

(I allow the staff of SCFD to disclose specific health and dental information regarding)

(Nombre del paciente)

a: _____

a los efectos de la planificación, el diagnóstico, el tratamiento que recibe, y el pago, autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información:

(for the purpose of scheduling, diagnosing, receiving treatment, and payment, I specifically authorize the release of the following information)

Tratamiento necesario (Diagnosis of treatment)

Resolución de la cuenta (Account resolution)

Planificación de citas (Scheduling appointments)

He leído y entiendo este acuerdo. También entiendo que la información divulgada por este acuerdo podría ser sujeto a ser revelada a otra persona o personas en el recipiente y ya no estará protegida por la ley federal.

(I have reviewed, and I understand this authorization. I also understand that the information used or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer be protected under federal law)

Firma: _____ La Fecha: _____

Autorización y Liberación (Authorization and Release)

Permiso que el dentista y el personal a dar cualquier información que incluye el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mi hijo o yo mismo durante el período de dicha atención dental a los pagadores de terceros y / o practicantes de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente a las prestaciones de seguro dental que correspondería pagar a mí. Yo entiendo que mi compañía de seguro dental puede pagar menos que la factura real de servicios. Estoy de acuerdo ser responsable para el pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes.

Firma: _____ La Fecha: _____

Directivas de Tarifa Colección (Collection Fee Policy)

Usted es financieramente responsable del pago oportuno de su factura pendiente por nuestras políticas de pago. Usted será responsable por cualquier y todos los gastos de recaudación hasta un 50% sobre el importe colocado con la agencia de colección. En el caso de que busquemos acciones legales para la recolección en sus cuentas, usted también será responsable de cualquier y todos los cargos asociados con costas judiciales, embargos y / u honorarios de abogados. Una carga de Finanzas de interés anual del 9 % será cargado mensual sobre cualquier saldo de la cuenta de más de 90 días.

Firma: _____ La Fecha: _____

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

** Usted puede negarse a firmar este reconocimiento** (You may refuse to sign this acknowledgement)

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina:

(I have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.)

(Nombre del paciente)

(Firma)

(La Fecha)

Sólo para uso de oficina (For Office Use Only)

We attempted to obtain written acknowledgment of receipt of our Privacy Practices, but acknowledgment could not be obtained because:

- Individual refused to sign.
Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgment
An emergency prevented us from obtaining acknowledgment.
Other (please specify):

Preferencias de comunicación y consentimiento

Además del correo físico, los estados de cuenta se pueden enviar por correo electrónico o por mensaje de texto a un teléfono inteligente con acceso a Internet. Si no indica una preferencia a continuación, los estados de cuenta se enviarán por correo (U.S. Mail). Prefiero recibir estados de cuenta y otra correspondencia por:

- Correo electrónico
Correo (U.S. Mail)
Texto/llamada (ver más abajo)

Firme y feche el siguiente acuerdo para autorizar declaraciones por mensaje de texto. Si desea recibir estados de cuenta por correo postal o electrónico, no es necesario que firme este consentimiento.

Doy mi consentimiento para lo siguiente: South Coast Family Dentistry o sus proveedores de servicios pueden comunicarse conmigo para brindarme información sobre atención médica, pago, mi cuenta o seguro, al número de teléfono que proporcioné, o números que pueden asociarse razonablemente con mi cuenta (como identificador de llamadas u otros medios) usando voz artificial o pregrabada o equipo telefónico que pueda ser capaz de marcar automáticamente o enviar mensajes de texto (SMS). Acepto alertar de inmediato a South Coast Family Dentistry cada vez que cambie mi número de teléfono o deje de usar un determinado número de teléfono.

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ de firma: _____