



CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:

NOMBRE DEL PACIENTE INICIAL		APELLIDO		PRIMER NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	# DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN DEL PACIENTE		CALLE	APT #	CUIDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL			
NUMERO DE TELEFONO () -			NUMERO ALTERNATIVO () -			CORREO ELECTRONICO (EMAIL)			
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> MENOR DE 18 AÑOS		NOMBRE DE PADRE/TUTOR		EMPLEADOR DE PADRE/TUTOR			OCUPACIÓN		
DIRECCIÓN DE TRABAJO		CALLE	CUIDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	# TELÉFONO DEL TRABAJO	ACCEPTABLE LLAMAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
NOMBRE DEL CÓNYUGE INICIAL		APELLIDO		PRIMER NOMBRE		EMPLEADOR DE CÓNYUGE		OCUPACIÓN	
DIRECCIÓN DE TRABAJO		CALLE	CUIDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	# TELÉFONO DEL TRABAJO	ACCEPTABLE LLAMAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
PERSONAS QUE PODEMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA (APARTE DE SU CASA)		RELACIÓN		# DE TRABAJO		# DE CASA			
NOMBRE				OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE SEAN PACIENTES AQUÍ					A QUIEN PODEMOS AGRADECER POR SU REFERENCIA A NUESTRA OFICINA?

Con el fin de proteger su información personal, **NO** vamos a dar información acerca de su tratamiento a personal no médico sin su permiso. Por lo tanto, vamos a pedir a cada paciente o tutor apune a las personas que pueden ser una excepción para compartir información. Esta excepción puede incluir cónyuges u otros miembros de familia. Si usted acepta que su cónyuge o miembros de la familia tengan acceso a dicha información, por favor anótelos abajo.

1. _____ Relación al paciente _____
2. _____ Relación al paciente _____
3. _____ Relación al paciente _____

CONSENTIMIENTO:

1. El abajo firmante autoriza médico para tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías, u otras ayudas diagnósticas consideradas apropiadas por el médico para hacer un diagnóstico a través de las necesidades dentales del paciente.
2. También autorizo al médico para llevar a cabo todo el tratamiento recomendado acordado mutuamente por mí y de usar el medicamento y la terapia correspondiente que se indica. Entiendo que el uso de agentes anestésicos encarna un cierto riesgo. Además, autorizo y consiento al médico a elegir y emplear la asistencia que juzgue útil para proveer el tratamiento recomendado.
3. Entiendo que toda la responsabilidad del pago de los servicios dentales proporcionados en esta oficina para mí o mis dependientes es mío, y deberán ser pagados en el momento que los servicios se prestan a menos que arreglos previos se han hecho. En el evento que los pagos no sean recibidos en las fechas acordadas, entiendo que +½% cargo financiero (18% APR) puede ser añadido a mi cuenta, además de los gastos de cobro.
4. Entiendo que, en su caso, se pueden obtener informes de la oficina de crédito.
5. Entiendo que es mi responsabilidad informar a su oficina de cualquier cambio en la información contenida en este formulario.

Firma del Paciente/Padres _____ Fecha _____

PARA USO DE LA OFICINA: _____ FECHA: _____

HISTORIAL MÉDICO

Nombre Del Paciente _____ Apodo _____ Edad _____

Nombre Del Médico _____

Fecha más reciente de examen físico _____ Propósito _____

¿Cuál es su estimación de su estado general de salud? Malo _____ Razonable _____ Bueno _____

HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES: **SÍ** **NO** **SÍ** **NO**

Hospitalización por enfermedad o lesión Ulceras en el estómago ó duodenales.....

Es alérgico a cualquiera de los siguientes: Artritis.....

Aspirina Osteoporosis.....

Penicilina Glaucoma.....

Eritromicina Lesiones a la cabeza o el cuello

Tetraciclina Epilepsia, convulsions (seizures).....

Codeina Infecciones virales y herpes labial.....

Anestésico local Cualquier bulto o hinchazón en la boca.....

Fluoruro Urticaria, erupción cutánea, fiebre del heno...

Metales (oro, acero inoxidable) Enfermedades venéreas

Latex Hepatitis (tipo _____).....

Cualquier otro medicamento VIH / SIDA.....

Los problemas del corazón Tumor o crecimiento anormal.....

Soplo cardíaco Cancer.....

Fiebre reumática Quimioterapia

Escarlatina Tratamiento psiquiátrico

Hipertensión Medicamentos antidepresivos

Presión arterial baja Dependencia de drogas ó alcohol

Derrame Cerebral..... **ESTA USTED:**

Prótesis artificial (es decir, válvula del corazón o de las articulaciones).... Recibiendo tratamiento por una enfermedad

Anemia u otros trastornos de la sangre Consciente de cambio a su estado de salud

Sangrado prolongado debido a un ligero corte..... Fumador empedernido (1 paquete o más al día)

Enfisema **MUJER** - toma píldoras anticonceptivas

Tuberculosis..... **MUJER** - embarazada.....

Asma..... **MUJER** - Deficiencia hormonal.....

Tomando medicamento para adelgazar la sangre **HOMBRES** - trastornos de la próstata

Problemas de sinusitis

Problemas de riñón.....

Enfermedades del Hígado.....

Ictericia (jaundice).....

Tiroides o enfermedad paratiroidea

Deficiencia hormonal

Colesterol Alto

Diabetes.....

Por favor describa cualquier tratamiento médico, cirugía inminente, u otro tratamiento que pueda afectar su tratamiento dental _____

Haga una lista de los medicamentos, suplementos herbales y / o vitaminas tomadas dentro de los últimos dos años _____

POR FAVOR AVISENOS EN EL FUTURO DE CUALQUIER CAMBIO EN SU HISTORIA MÉDICA O CUALQUIER MEDICAMENTO QUE ESTE TOMANDO

Firma del Paciente/Padre _____ Fecha _____

Firma del Doctor _____

HISTORIA DENTAL

Referido por _____
 Dentista anterior _____ ¿Cuánto tiempo? _____
 Examen dental más reciente _____ Rayos X dental más recientes _____
 Tratamiento dental más reciente _____
 ¿Con qué frecuencia tiene una limpieza dental? 3 meses _____ 4 meses _____ 6 meses _____ 1 año o mas _____
¿CUÁL ES SU PREOCUPACIÓN DENTAL INMEDIATA? _____

POR FAVOR RESPONDER SI O NO A LO SIGUIENTE:

	SÍ	NO
Descontento con la apariencia de sus dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Experiencias dentales desfavorables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miedos dentales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con la eficacia o malas reacciones al anestésico dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tratamiento de ortodoncia (frenos) cuando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tratamiento periodontal (de las encías), cuando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado de las encías.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evitar el cepillarse cualquier parte de la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parte de la boca es sensible a la temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una sensación de ardor en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para deglutir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un mal sabor u olor en la boca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sequedad en la boca, garganta y / o de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la mandíbula (articulación temporomandibular).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para abrir la boca ampliamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Músculos del cuello rígidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despertar con conciencia de sus dientes o mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza tensionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprieta o rechina los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mandíbula estalla o hace clic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdió algún diente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIAL DE DENTADURA COMPLEMENTARIA

Si usted está usando una prótesis artificial parcial o completa, por favor complete lo siguiente:

	SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Ha sido rebasada su dentadura actual? ¿Cuándo? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Es su dentadura presente un problema? describir _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Satisfecho con la apariencia? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Satisfecho con la comodidad? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Satisfecho con la capacidad de masticar? _____
			¿Cuándo recibió su primera prótesis parcial o completa? _____
			¿Cuánto tiempo ha usado su dentadura actual? _____

Firma Del Paciente/Padre _____ Fecha _____

Firma Del Doctor _____



POLÍTICA PARA CITAS CANCELADAS/ CANCELADAS TARDE

Gracias por elegir a Flores Dental Care para sus necesidades dentales! Estamos orgullosos de nuestro equipo de expertos y atención especializada. Vamos a adaptar su tratamiento para sus necesidades específicas en cada cita de uno-a - una. La hora de la cita está prevista **exclusivamente** para usted en un esfuerzo para acomodar mejor su horario; pedimos la misma cortesía. Nuestro personal hará todo lo posible para asegurarse de que nos encontramos en el tiempo y hacer que cada cita valiosa para usted y sus necesidades. Como resultado del tiempo y la energía colocada en su plan de tratamiento, se requiere un aviso de cancelación de 24 horas. Entendemos que las circunstancias imprevistas en ocasiones se producen y no puede asistir a su cita programada. Por favor, consulte nuestras directrices de citas perdidas / canceladas.

Si usted no puede asistir a su cita, se requiere un mínimo de 24 horas previo aviso (1 día hábil completo) para que podamos satisfacer las necesidades dentales de otro paciente. Esta pauta se aplica tanto a las visitas con nuestras higienistas y nuestra dentista.

Visitas con la Dentista / Higienistas: Todos los pacientes recibirán la oportunidad de perder una sola cita programada. Debido a que no programamos varios pacientes al mismo tiempo, todas las citas se reservan exclusivamente para usted. En el caso de una tarde cancelar / cita fallida, el paciente se le cobrará una tarifa de \$ 30.00. Este cargo debe ser pagado antes de su próxima visita programada

Gracias por elegir a Flores Dental Care como su proveedor de salud dental.

Dra. Sylvia R. Flores

Firma Del Paciente/Padre: _____ Fecha: _____

1506 E. Griffin Parkway, Suite D
Mission, Texas 78572
Telefono (956) 583-0055
Fax (956) 583-0090
www.FloresDentalCare.com

Flores Dental Care

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.
LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.**

NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por la ley federal y estatal para mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté en vigor. Este aviso entra en vigor el 28 de diciembre 2012 y permanecerá en vigor hasta el que lo reemplacemos.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted para operaciones de tratamiento, pago y atención médica, por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información médica a un médico u otro profesional de la salud que proporciona tratamiento a usted.

Pago: Podemos utilizar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que proveemos para usted. **Nota: si usted pagó de su bolsillo** (o en otras palabras, que ha solicitado que no se cuenta de su plan de salud) **en su totalidad** para un artículo o servicio, usted tiene el derecho a solicitar que su información de salud protegida con respecto a la artículo o servicio que no se revelará a un plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención médica y de nuestra práctica honrará esa solicitud.

Operaciones de atención médica: Podemos utilizar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Operaciones de atención médica incluyen la evaluación de calidad y actividades de mejora, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, la evaluación profesional y desempeño de los proveedores, la realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, concesión de licencias o las actividades de acreditación.

Su Autorización: Además de nuestro uso de su información de salud para operaciones de tratamiento, pago o atención médica, usted puede darnos la autorización escrita para utilizar su información de salud o para revelarla a cualquiera para cualquier propósito. Si usted nos da la autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras estaba vigente. A menos que usted nos da una autorización por escrito, no podemos usar o revelar su información de salud por cualquier motivo, excepto los que se describen en este aviso.

Para su Familia y Amigos: Debemos revelar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente si este aviso. Podemos revelar su información médica a un familiar, amigo u otra persona hasta el grado necesario para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero sólo si usted acepta que podemos hacerlo.

Personas Involucradas en su Cuidado: Podemos usar o divulgar información médica para notificar o asistir en la notificación (incluyendo identificando o localización) un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su condición general, o la muerte. Si usted está presente, entonces antes de su uso o la divulgación de información de salud, le daremos la oportunidad de oponerse a tales usos o revelaciones. En el caso de que su incapacidad o emergencia circunstancias, vamos a divulgar información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional que revela sólo información de salud que es directamente relevante a la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común, conviene hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir a una persona recoger sus recetas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información de salud.

Mercadeo de Servicios Relacionados con la Salud: No usaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito.

Requerido por Ley: Podemos usar o revelar su información de salud cuando sea requerido hacerlo por ley.

Abuso o Negligencia: Podemos revelar su información de salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud en la medida necesaria para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otros.

Seguridad Nacional: Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a los funcionarios federales autorizados la información de salud requerida para la inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos revelar a una institución correccional o al funcionario policial que tenga la custodia legal la información de salud de un presidiario, o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos divulgar su información médica para proporcionarle un recordatorio de la cita (por ejemplo, mensajes de correo de voz, postales o cartas).

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene el derecho de mirar u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a fotocopias. Usaremos el formato que usted solicitó a menos que no sea factible hacerlo. Usted debe hacer una solicitud en escritura para obtener acceso a su información de salud. Usted puede obtener un formulario para solicitar acceso usando la información de contacto que aparece al final de la Notificación. Se le cobrará una tarifa razonable basada en el costo de los gastos tales como copias y tiempo del personal. También puede acceder mediante el envío de una carta a la dirección que aparece al final de este aviso. Si usted solicita copias, le cobraremos \$ 0.10 por cada página y franqueo si desea que las copias enviadas a usted.

Auditoría de las Revelaciones: Usted tiene el derecho de recibir una lista de casos en los que o compañeros de trabajo divulgamos su información de salud para propósitos distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras actividades, durante los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si solicitó este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle cuota razonable basada en el costo de responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar las restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos. (Usted debe hacer su solicitud por escritura). Su solicitud debe especificar el método o lugar alternativo y proveer una explicación satisfactoria de cómo se harán los pagos bajo los medios o el lugar alternativos que solicita.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información médica. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser enmendada). Podemos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Notificación de Incumplimiento: usted tiene derecho a recibir una notificación por incumplimiento de la garantía Información sobre la Salud Personal.

Aviso Electrónico: Si usted recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir este Aviso por escrito.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, por favor póngase en contacto con nosotros.

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos. Usted puede quejarse con nosotros usando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.. Nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., bajo petición.

Nosotros apoyamos derecho a la privacidad de su información médica. Nosotros no vengaremos de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU..

Contacto Oficial: Dra. Sylvia R. Flores

Teléfono: (956) 583-0055

Fax: (956) 583-0090

E-mail: drflores@floresdentalcare.com

**Dirección: 1506 E. Griffin Parkway, Suite D
Mission, TX 78572**