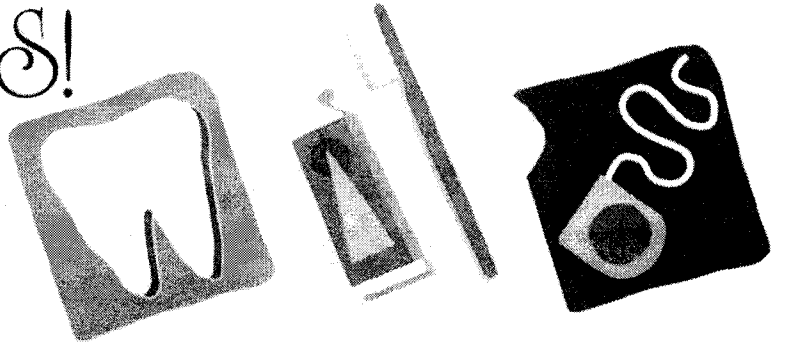


BIENVENIDOS!

Dr. Kegler & Associates
Family Dentistry
592-B Medical Park Dr
Gainesville, GA 30501



DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Fecha _____ No. del Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____ Teléfono _____
Apellido Nombre Inicial
Dirección _____ Teléfono Celular _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Dirección E-mail _____
Sexo: M F Menor Soltero/a Casado/a Parejas de largo plazo Divorciado/a Viudo/a Separado/a
Nombre de la Empresa/Patrón _____ Teléfono Comercial _____
Dirección Comercial _____ Ocupación _____
¿A quién debemos agradecer que nos hayan recomendado? _____
¿Persona a contactar en caso de emergencia? _____ Teléfono _____

SEGURO PRIMARIO

Persona Responsable de la Cuenta _____
Apellido Nombre Inicial
Parentesco con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ No. del Seguro Social _____
Dirección _____ Teléfono _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Empresa donde Trabaja la persona responsable _____ Teléfono Comercial _____
Dirección Comercial _____ Ocupación _____
Nombre de la Compañía de Seguros _____
Dirección de la Compañía de Seguros _____
Número de abonado _____ Número Grupal _____

SEGURO ADICIONAL

Nombre de la Persona Asegurada _____
Apellido Nombre Inicial
Parentesco con el Paciente _____ Fecha de nacimiento _____ No. del Seguro Social _____
Dirección _____ Teléfono _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Lugar de Trabajo de la Persona Asegurada _____ Teléfono Comercial _____
Nombre de la Compañía de Seguros _____
Dirección de la Compañía de Seguros _____
Número de abonado _____ Número Grupal _____

POR FAVOR, COMPLETAR EL REVÉS DE ESTA PÁGINA

HISTORIA DENTAL

Nombre del Dentista Anterior _____
 Ciudad, Estado _____
 Fecha de su última visita al odontólogo _____

Fecha de las últimas radiografías: _____
 ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____
 ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

Por Favor, marque lo que corresponda:

- | | | |
|--|--|---|
| Mal Aliento <input type="checkbox"/> | Diente Flojo o Rotura de Pasta..... <input type="checkbox"/> | Sensibilidad a los Dulces..... <input type="checkbox"/> |
| Encías que Sangran <input type="checkbox"/> | Tratamiento de Ortodoncia..... <input type="checkbox"/> | Sensibilidad al Morder..... <input type="checkbox"/> |
| Ampollas en Labios o Boca..... <input type="checkbox"/> | Dolor Alrededor del Oído..... <input type="checkbox"/> | Dolores de Cabeza frecuentes..... <input type="checkbox"/> |
| Se Muerde las Uñas..... <input type="checkbox"/> | Tratamiento Periodontal..... <input type="checkbox"/> | Lesiones de Mandíbula, cabeza o cuello <input type="checkbox"/> |
| Castañeteo de Dientes..... <input type="checkbox"/> | Sensibilidad al Frío..... <input type="checkbox"/> | Problemas de Mandíbula, castañeteo y/o dolor <input type="checkbox"/> |
| Se Muerde el labio o Mejilla..... <input type="checkbox"/> | Sensibilidad al Calor..... <input type="checkbox"/> | Dolor de Muelas..... <input type="checkbox"/> |

HISTORIA CLINICA

Nombre del Médico _____ Fecha de la Última Consulta: _____

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| 1. ¿Está usted bajo tratamiento médico actualmente?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha sufrido alguna enfermedad seria u operaciones?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Esta Ud. Tomando algún medicamento actualmente?.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, descríbalos: _____

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. ¿Usted fuma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Consumo bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas?.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Usa Lentes de Contacto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7. Ha tenido usted alguna reacción alérgica a lo siguiente: | SI | NO |
| Anestesia Local (Ej. Novocaina)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penicilina u otros antibióticos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medicamentos con sulfonamidas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barbitúricos (pastillas para dormir)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sedantes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yodo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 8. (Para Mujeres Solamente) ¿Está Usted: | | |
| Embarazada?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amamantando?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tomando Pastillas Anticonceptivas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por Favor, Marque lo que corresponda:

- | | | |
|---|--|---|
| SIDA..... <input type="checkbox"/> | Enfisema..... <input type="checkbox"/> | Marcapasos..... <input type="checkbox"/> |
| Anemia..... <input type="checkbox"/> | Epilepsia..... <input type="checkbox"/> | Atención Psiquiátrica..... <input type="checkbox"/> |
| Artritis, Reumatismo..... <input type="checkbox"/> | Desmayos o Mareos..... <input type="checkbox"/> | Tratamiento Radiológico..... <input type="checkbox"/> |
| Válvulas Cardíacas Artificiales..... <input type="checkbox"/> | Glaucoma..... <input type="checkbox"/> | Enfermedades Respiratorias..... <input type="checkbox"/> |
| Articulaciones Artificiales..... <input type="checkbox"/> | Dolores de Cabeza..... <input type="checkbox"/> | Fiebre Reumática..... <input type="checkbox"/> |
| Asma..... <input type="checkbox"/> | Soplo Cardíaco..... <input type="checkbox"/> | Fiebre Escarlatina..... <input type="checkbox"/> |
| Problemas en la Espalda..... <input type="checkbox"/> | Problemas Cardíacos..... <input type="checkbox"/> | Falto de Aliento..... <input type="checkbox"/> |
| Hemorragias Anormales, debido a extracciones o cirugías..... <input type="checkbox"/> | Hepatitis- Tipo <input type="checkbox"/> | Sinusitis..... <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades Sanguíneas..... <input type="checkbox"/> | Herpes..... <input type="checkbox"/> | Erupción en la Piel..... <input type="checkbox"/> |
| Cáncer..... <input type="checkbox"/> | Presión Arterial Alta..... <input type="checkbox"/> | Embolia..... <input type="checkbox"/> |
| Dependencia a Sustancias Químicas... <input type="checkbox"/> | VIIH Positivo..... <input type="checkbox"/> | Hinchazón de Pies / tobillos..... <input type="checkbox"/> |
| Quimioterapia..... <input type="checkbox"/> | Ictericia..... <input type="checkbox"/> | Hinchazón de Glándulas del Cuello..... <input type="checkbox"/> |
| Síndrome de Fatiga Crónica..... <input type="checkbox"/> | Dolor de Mandíbula..... <input type="checkbox"/> | Problemas de Tiroides..... <input type="checkbox"/> |
| Problemas Circulatorios..... <input type="checkbox"/> | Enfermedad de los Riñones..... <input type="checkbox"/> | Amigdalitis..... <input type="checkbox"/> |
| Lesiones Cardíaco Congénitas..... <input type="checkbox"/> | Sensibilidad al Látex..... <input type="checkbox"/> | Tuberculosis..... <input type="checkbox"/> |
| Tratamientos con Cortisona..... <input type="checkbox"/> | Enfermedad del Hígado..... <input type="checkbox"/> | Tumor o Crecimiento en Cabezal cuello... <input type="checkbox"/> |
| Tos-persistente o con sangre..... <input type="checkbox"/> | Presión Arterial Baja..... <input type="checkbox"/> | Úlcera..... <input type="checkbox"/> |
| Diabetes..... <input type="checkbox"/> | Prolapso de Válvula Mitral..... <input type="checkbox"/> | Enfermedades Venéreas..... <input type="checkbox"/> |
| | Problemas Nerviosos..... <input type="checkbox"/> | |

ASIGNACIÓN E INFORMACIÓN

Por la presente, yo autorizo el pago directo a _____ por todos los beneficios de la cobertura en lugar de recibir directamente a mí, el pago por los servicios ofrecidos. Yo entiendo que soy responsable económicamente por todos los honorarios, sean o no sean pagados por el seguro, y por todos los servicios dispensados tanto a mí como a las personas a mi cargo.

Yo autorizo al médico antes mencionado o a cualquier proveedor o suministrador de servicios de este consultorio para divulgar la información que sea necesaria para asegurarse el pago de dichos beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones al seguro.

Firma de la Parte Responsable _____ Fecha _____

Kegler and Associates Family Dentistry

CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

SECTION A: PATIENT GIVING CONSENT

Name: _____
Address: _____
Telephone: _____ E-mail: _____
Patient#: _____ Social Security #: _____

SECTION B: TO THE PATIENT – PLEASE READ THE FOLLOWING STATEMENTS CAREFULLY

Purpose of Consent: By signing this form, you will consent to our use and disclosure of your protected health information to carry out treatment, payment activities and healthcare operations.

Notice of Privacy Practices: You have the right to read our Notice of Privacy Practices before you decide whether to sign this Consent. Our Notice provides a description of our treatment, payment activities and healthcare operations, of the uses and disclosure we may make of your protected health information, and of other important matters about your protected health information. A copy of our Notice accompanies this Consent. We encourage you to read it carefully and completely before signing this Consent.

We reserve the right to change our privacy practices as described in our Notice of Privacy Practices. If we change our privacy practices, we will issue a revised Notice of Privacy Practices, which will contain the changes. Those changes may apply to any of your protected health information that we maintain.

You may obtain a copy of our Notice of Privacy Practices, including any revisions of our Notice, at any time by contacting:

Contact Person: Laura Rodriguez
Telephone: 770-536-6688 Fax: 770-536-7070
Address: 592-B Medical Park Drive, Gainesville, Georgia 30501

Right to Revoke: You will have the right to revoke this Consent at any time by giving us written notice of your revocation submitted to the Contact Person listed above. Please understand that revocation of this Consent will not affect any action we took in reliance on this Consent before we received your revocation, and that we may decline to treatment you or to continue treating you if you revoke this Consent.

SIGNATURE

I, _____, have had full opportunity to read and consider the contents of this Consent form and your Notice of Privacy Practices. I understand that by signing this Consent form, I am giving my consent to your use and disclosure of my protected health information to carry out treatment, payment activities, and health care operations.

Signature: _____ Date: _____

If a personal representative on behalf of the patient signs this Consent, complete the following:

Personal Representative's Name: _____

Relationship to Patient: _____

REVOCACTION OF CONSENT

I revoke my Consent for your use and disclosure of my protected health information for treatment, payment activities, and healthcare operations.

I understand that revocation of my Consent will not affect any action you took in reliance on my Consent before you received this written Notice of Revocation. I also understand that you may decline to treat or to continue to treat me after I have revoked my Consent.

Signature: _____ Date: _____

Kegler and Associates Family Dentistry

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

You may refuse to sign this Acknowledgement

I, _____, have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.

Please Print Name

Signature

Date

For Office Use Only

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

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