

**ADVANCE ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY**

**STEVEN A. SAXE D.M.D.**  
**1570 S. Rainbow Boulevard**  
**Las Vegas, NV 89146-2956**  
**(702) 258-0085 Fax (702) 258-0585**  
**\*\* PACIENTES INFORMACIÓN \*\***

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ (SRA.-SR.)  
Apellido Nombre Inicial

Estado civil del paciente: ( ) Soltero ( ) casado ( ) divorciado ( ) viudo

EDAD: \_\_\_\_\_ Peso lbs. \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ pulgadas \_\_\_\_\_ SEXO: Masculino o Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ APT#: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ AREA POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE TRABAJO ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TELÉFONO CELULAR ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**\*\* INFORMACION DEL ASEGURADO O INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA CUENTA \*\***  
IGUAL AL ANTERIOR Q NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ EMPLEADOR DONDE SE EMITIÓ EL SEGURO: \_\_\_\_\_

**\*\* EN CASO DE EMERGENCIA \*\***

NOMBRE DEL PARIENTE MÁS CERCANO O AMIGO QUE NO VIVE CON USTED: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

RELACIÓN \_\_\_\_\_

**\*\* INFORMACIÓN MÉDICOS/DENTALES \*\***

REFERENCIA de DOCTOR O DENTISTA: \_\_\_\_\_ X-RAYS: Sí O NO

DENTISTA PRIMARIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

MÉDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**\*\* INFORMACIÓN DE SEGUROS \*\***

BENEFICIOS DENTALES PRIMARIO: \_\_\_\_\_

GRUPO #: \_\_\_\_\_ MIEMBRO#/ID#/POLISA#: \_\_\_\_\_

BENEFICIOS DENTALES SECUNDARIO: \_\_\_\_\_

GRUPO #: \_\_\_\_\_ MIEMBRO#/ID#/POLISA#: \_\_\_\_\_

BENEFICIOS MEDICOS PRIMARIO: \_\_\_\_\_

GRUPO #: \_\_\_\_\_ MIEMBRO#/ID#/POLISA#: \_\_\_\_\_

BENEFICIOS MEDICO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_

GRUPO #: \_\_\_\_\_ MIEMBRO#/ID#/POLISA#: \_\_\_\_\_

**Por favor lea:** Estoy de acuerdo en pagar por todos los servicios prestados en el momento de servicio. Yo autorizo la liberación de cualquier información relacionada con mis reclamaciones de seguros y autorizo el pago seguro directamente al Dr. Steven A. Saxe por los servicios prestados. Estoy de acuerdo que seré responsable de todas las cuotas, independientemente de la cobertura de seguro, que debe pagarse dentro de 30 días. Cualquier información errónea que proporcione en este formulario conducirá a pago inmediato tras el descubrimiento de todos los servicios prestados. Si, por cualquier motivo, por defecto en mi cuenta, estoy de acuerdo pagar todos los costos de recuperación implicados en el pago del saldo de mi cuenta. **Entiendo que se cobrará \$ 50.00 para cualquier cita que no cumpla o si yo no doy a la Oficina un aviso de 24 horas.** Todos los cheques regresados se cargará \$ 30. Cuando varias compañías de seguros requieren facturación por esta Oficina, se aplicará una tarifa administrativa de \$ 20.00. Se agregará una tasa de interés del 10% al mes a cada cuenta de saldos no pagados. Copagos no pagados con tarjeta de efectivo o débito se cargará una cuota de conveniencia de 3%. **Radiografías originales son la propiedad de esta Oficina.** El pago efectuado por rayos x y radiografías es para el análisis de las mismas solamente. Copias de las Radiografías están disponibles a un costo de \$ 15.00. Una tarifa de \$ 20.00 será cobrada para la elaboración de todos los formularios o cartas escritas por el Doctor

FIRMA DE PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DE OTROS: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_





37. Si No ¿Su mandíbula duele cuando usted mastica?  
 38. Si No ¿Puede abrir la boca tan amplio como gustaría?  
 39. Si No ¿Necesita una discusión privada de su estado de salud?  
 40. Si No ¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia?  
 41. Si No ¿Ha tenido tratamiento psiquiátrico?  
 42. Si No ¿Usted o los miembros de la familia han tenido un problema con que se ponga a dormir o anestesia general?  
 43. Si No ¿Usted fuma o usa tabaco en cualquier forma? O la fecha que usted dejo de fumar \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 ¿Qué? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 44. Si No ¿Ha usted usado heroína, cocaína, marihuana u otras drogas?  
 45. Si No Uso de bebidas alcohólicas?  
 ¿Qué? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_  
 46. Si No ¿Usa lentes de contacto?  
 47. Si No ¿Ha tenido algo de comer o beber en las últimas horas 8?

**¿Está usted tomando cualquiera de los siguientes medicamentos?(Por favor liste medicamentos o provea lista en un documento separado)**

- a) Si No Biophosphatos, drogas de osteoporosis (es decir, Fosamax, Boniva, etc.).  
 b) Si No Píldoras de dieta (Fen, Redux)  
 c) Si No Antibióticos o sulfas  
 d) Si No Anticoagulantes (adelgazantes de la sangre)  
 e) Si No Medicina de presión arterial alta  
 f) Si No Esteroides (cortisona, prednisona)  
 g) Si No Antihistamínicos o Medicina para la gripa  
 h) Si No Aspirina  
 i) Si No Insulina (medicamento para la diabetes)  
 j) Si No Digitalis o drogas para problemas cardíacos  
 k) Si No Nitroglicerina (medicina para el dolor de pecho)  
 l) Si No Dilantin (medicamento para las convulsiones)  
 m) Si No Medicamentos psiquiátricos  
 n) Si No Remedios herbales u homeopáticos  
 o) Si No Medicina del dolor (Advil/ibuprofeno, Tylenol o receta)  
 p) Si No Otros medicamentos \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE ALERGIA A O REACCIÓN INUSUAL A?**

- a) Si No Anestésicos locales (inyecciones dentales, anestesia espinal)  
 b) Si No Penicilina, amoxicilina, Keflex, clindamicina o otros \_\_\_\_\_ de nombre de antibiótico  
 c) Si No Codeína  
 d) Si No Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir  
 e) Si No Aspirina  
 f) Si No Yodo  
 g) Si No Huevos  
 h) Si No Otro \_\_\_\_\_

**MUJERES**

1. Si No ¿Esta o cree que puede estar embarazada?  
 2. Si No ¿Último ciclo menstrual? \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 3. Si No ¿Esta amantando un a un bebé?  
 4. Si No ¿Está usted tomando píldoras anticonceptivas?  
 5. Si No ¿Necesita una consulta con respecto a un posible embarazo o perdida de ciclo menstrual?

**¿HA ESTADO HOSPITALIZADO EN UN CENTRO QUIRÚRGICO O TENIDO CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO?**

**NINGUNO**

Razón: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Razón: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Razón: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Razón: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CERTIFICO QUE TODAS LAS DECLARACIONES EN ESTE DOCUMENTO SON VERDADERAS Y CORRECTAS ACERCA DE MÍ MISMO O EL PACIENTE. PUEDO LEER Y COMPRENDER EL IDIOMA ESPAÑOL.**

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PACIENTE (SI NO UN MENOR)

\_\_\_\_\_  
 FECHA

\_\_\_\_\_  
 FIRMA de principal/GUARDIAN/otro (si el paciente es menor)

\_\_\_\_\_  
 relación al paciente

**ADVANCE ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY**  
Diplomático del Consejo americano de cirugía oral y maxilofacial  
**Dr. Steven A. Saxe, D.M.D.**

1570 S. Rainbow Boulevard  
Las Vegas, Nevada 89146  
Tel.: (702) 258-0085  
Fax: (702) 258-0585  
[NVJAWDOC@AOL.COM](mailto:NVJAWDOC@AOL.COM)

\_\_\_\_\_, Por la presente doy permiso al Dr. Steven A. Saxe, D.M.D. para entablar una queja formal en mi nombre a mi compañía de seguros \_\_\_\_\_ y a el Comisionado de seguros, si mi compañía de seguros no cumple con el 689A.410 de NRS de ley de estado de Nevada y NRS 689B.255 por no pagar mi queja(s) dentro de 30 días de la presentación de archivos.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

No seguro

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PACIENTE**

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a la protección de mi información de salud. Estos derechos se dan bajo la portabilidad de seguros médicos y responsabilidad Acta de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento autorizo a utilizar y revelar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto por otros prestadores de salud involucrados en mi tratamiento);
- Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros);
- Las acciones requeridas para proveer servicio de salud de su práctica.

Se me ha informado y también he dado derecho a revisar y obtener una copia de aviso de privacidad de prácticas, que contiene una descripción más completa de los usos y las divulgaciones de mi información de salud protegida y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que usted reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que yo puedo contactarlo a usted en cualquier momento para obtener la copia más reciente de este aviso.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar restricciones sobre el modo en que la protección de la información de salud es utilizada y revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, pero que no es necesario que usted esté de acuerdo a estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si acepta, estará obligado a cumplir con esta restricción.

Entiendo que yo puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, toda utilización o divulgación que se produjo antes a la fecha que revocar este consentimiento no se ve afectado.

Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_, 20\_\_.

Imprima el nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: mismo madre padre otro: \_\_\_\_\_

Firma: X \_\_\_\_\_