

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: _____

**PACIENTE INSTRUCCIONES DE DIVULGACIÓN
ADVANCE ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY
Dr. Steven A. Saxe D.M.D.**

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todas las que correspondan):

___ Teléfono de Casa (____) ____-____
___ Si dejar un mensaje con información detallada
___ Si con sólo número de teléfono

___ Teléfono de Trabajo (____) ____-____
___ Si dejar un mensaje con información detallada
___ Si con sólo número de teléfono

___ Celular teléfono (____) ____-____
___ Si dejar un mensaje con información detallada
___ Si con sólo número de teléfono

___ Escrito de comunicación
___ Si al correo a mi domicilio
___ Si el correo a mi dirección de trabajo Oficina
___ Si a fax al número indicado

___ Email: _____@_____._____

___ Otro _____

Yo le permito dar mi información clínica o responder alguna pregunta de (circule todas las que apliquen):

Cónyuge: _____

Padre: _____

Niño(s): _____

Doctor/Dentista: _____

Otros (sírvese especificar): _____

Ninguno

X _____
Firma de paciente o guardián

_____/_____/_____
Fecha

Nombre paciente (impresión)

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

ADVANCE ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY
STEVEN A. SAXE, D.M.D.

Nombre del paciente: _____

INSTRUCCIONES: Este cuestionario de salud está diseñado para ayudarnos a centrarse en sus problemas y preocupaciones específicas. También nos ayuda a evaluar su estado médico general, por lo que puede representar el tratamiento apropiado de su problema. Por favor, conteste todas las preguntas adecuadas completamente como sea posible. Se respetará la confidencialidad.

-----Por favor circule sí o no para cada pregunta.-----

A. ¿Razón por la que busca esta consulta? (en sus palabras) _____

- B. Si No ¿Es una condición relacionada con su empleo?
- C. Si No ¿Es una condición relacionada con un accidente? Dar fecha ____ / ____ / ____
- D. Si No Ha tenido una cirugía oral previamente ¿Con quién? _____
- E. Si No ¿Ha tenido usted una experiencia dental inusual?
¿Qué? _____
- F. Si No ¿Tiene usted problemas de visión o audición? _____

HISTORIA MÉDICA/DENTAL

- 1. Actual condición de salud a. física..... Bueno... regular... pobre
 b. emocional..... Bueno... regular... pobre
- 2. Si No Se encuentra bajo el cuidado de un medico actualmente
De nombre de médico _____
Que Condición? _____
¿Fecha del último examen físico por un médico? ____ / ____ / ____
- 3. Si No Tiene alguna historia de una enfermedad grave u operación? _____

¿Cuál QUIER HISTORIA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O PROBLEMAS?

- 1. Si No Fiebre reumática o enfermedad reumática del corazón
- 2. Si No ¿Soplo cardíaco o prolapso de válvula mitral, válvulas cardíacas artificiales (necesita premeditación para las visitas dentales? Si o No)
- 3. Si No Enfermedad cardiovascular (problemas de corazón, ataque al corazón, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, la presión arterial alta, presión arterial baja, la aterosclerosis, stroke)
- 4. Si No ¿Corto de respiración cuando sube un tramo de escaleras?
- 5. Si No ¿Corto de respiración cuando se recuesta?
- 6. Si No Inflamación de sus tobillos durante el día?
- 7. Si No Siente que su corazón está latiendo demasiado rápido o irregular?
- 8. Si No Usted ha tenido desmayos?
- 9. Si No Ha presentado dolores en el pecho o brazos, angina de pecho?
- 10. Si No Tiene un marcapasos cardíaco?
- 11. Si No Cáncer-tipo _____ fecha ____ / ____ / ____
- 12. Si No problemas de Sinusitis o fiebre del heno
- 13. Si No problemas respiratorios, enfisema, Obstrucción crónica pulmonar, bronquitis, tuberculosis, apnea del sueño, Ronquido
- 14. Si No Asma, Neumonía
- 15. Si No Erupciones en la piel, sarcoma de Kaposi, Carcinoma baso celular.
- 16. Si No ¿Desmayo, epilepsia, Ataque de epilepsia?
- 17. Si No Nerviosismo, o Depresión
- 18. Si No Diabetes, el azúcar en la sangre alto
- 19. Si No Enfermedad hepática, hepatitis o ictericia
- 20. Si No Artritis o reumatismo (articulaciones inflamadas dolorosas)
- 21. Si No Articulación artificial, rodilla, cadera, etc..
- 22. Si No Ulceras de estómago, Reflujo gástrico
- 23. Si No Problemas de riñón
- 24. Si No Tuberculosis u otra infección de pulmón
- 25. Si No Tos persistente o Tos que expectora sangre
- 26. Si No Enfermedades venéreas (sífilis, clamidia, gonorrea)
- 27. Si No ¿Cualquier historia de sangrado prolongado después de una extracción dental, un corte, cirugía o lesión?
- 28. Si No ¿Cualquier historia de anemia, deficiencia de hierro, la enfermedad de células falciformes, transfusión de sangre?
- 29. Si No ¿Alguna lesión traumática en la cara o mandíbulas?
- 30. Si No ¿Frecuente herpes labial o infección herpética?
- 31. Si No ¿Es usted inmunocomprometido o tiene cualquier inmunodeficiencias? ¿EL VIH?
- 32. Si No ¿Persistente inflamación de glándulas en el cuello?
- 33. Si No ¿Diarrea persistente o la reciente pérdida de peso?
- 34. Si No ¿Ha usted tenido tratamiento de radiación-rayos x para un tumor o crecimiento en la cabeza o el cuello?
- 35. Si No ¿Su mandíbula hace clic o pop cuando usted mastica?
- 36. Si No Cirugía de los ojos-_____ fecha ____ / ____ / ____

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

_____, 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 _____