

Registro De Paciente

Informacion Del Paciente

Nombre de Paciente: _____ Apellido: _____ Inicial _____

Paciente es: Titular de la poliza Conyuge hijo/a Otro: _____ Nombre Preferido _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Numero del Seguro Social _____-_____-_____

Direccion: _____ Lic. de Conducir _____

Ciudad, Estado y Codigo Postal _____

Hombre _____ Mujer _____ Estado Civil: Casado _____ Soltero(a) _____ Divorciado _____ Separado _____ Viudo _____

Estado de empleo: Tiempo parcial _____ Tiempo completo _____ Retirado _____ Nada _____ Estudiante _____

Parte Responsable (Si no es el paciente)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Numero del Seguro Social _____-_____-_____

Direccion: _____ Lic. de Conducir _____

Ciudad, Estado y Codigo Postal _____

Informacion del seguro principal

Nombre del asegurado: _____ Relacion al paciente: Yo Conyuge Hijo/a Otro

Numero del seguro social del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____

Empleador: _____ Compania De Seguro _____

Direccion: _____ Direccion: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

Informacion del seguro secundario

Nombre del asegurado: _____ Relacion al paciente: Yo Conyuge Hijo/a Otro

Numero del seguro social del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____

Empleador: _____ Compania De Seguro _____

Direccion: _____ Direccion: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal _____



Autorizacion del paciente para el telefono y los correos electronicos

Nuestra politica de la oficina ha cambiado, en orden de cumplir con las regulaciones de HIPAA. A partir de ahora, los numeros de telefono y correos electronicos que usted proporcione en este formulario se utilizaran cuando se comunique con usted (a traves hca@smile.ms). Esto tambien nos autoriza a dejar mensajes de voz, texto o por correos electronicos perteneciente a su cita, autorizaciones previas etc.

Telefono de Casa: _____

Telefono de Trabajo: _____

Celular: _____

Correo Electronico: _____

Si se ha mudado o tiene un cambio en la direccion, por favor indíquelo en el espacio siguiente:

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Alex E. Aleman, D.M.D.

10796 Pines Boulevard Suite #203 • Pembroke Pines, Florida 33026

Office: (954) 499-1599 • Fax: (954) 499-5799

Historia Medica

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Aunque el personal dental trata el area de la boca y sus alrededores, la boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que usted pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una interrelación importante con el tratamiento que usted recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas

Está bajo cuidado médico ahora? Si ___ No ___ Esplique _____
Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía mayor? Si ___ No ___ Esplique _____
Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Si ___ No ___ Esplique _____
Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas? Si ___ No ___ Esplique _____
Toma usted, o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Si ___ No ___ Esplique _____
Alguna vez has tomado Fosamax, Boniva, Actonel o otros medicamentos que contienen bifosfonatos? Si ___ No ___ Esplique _____
Está usted en una dieta especial? Si ___ No ___ Esplique _____
Usa tabaco? Si ___ No ___ Esplique _____
Utiliza sustancias controladas? Si ___ No ___ Esplique _____

Mujeres: Está usted

Embarazada / Tratando de quedar embarazada?

Toma anticonceptivos orales?

Lactando?

Es alérgico a cualquiera de los siguientes:

Aspirina ___ Penicilina ___ Codeína ___ Anestésicos locales ___ Acrílico ___ Metal ___ Látex ___ Sulfamidas ___

Otros ___ En caso afirmativo, por favor explique: _____

Tiene alguno de los siguientes:

sida / VIH positivo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	cortisona	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	hemofilia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	tratamientos de radiación	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
enfermedad de alzheimers	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	hepatitis A	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	recientes pérdida de peso	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
anafilaxia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	adicción a las drogas	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	diálisis renal	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
anemia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	falta de aire	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	herpes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	fiebre reumática	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
angina	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	enfisema	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	hipertension	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	reumatismo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
artritis / Gota	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	colesterol alto	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	urticaria o erupción	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	sicklemia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	sed excesiva	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	hipoglicemia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	sinusitis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
asma	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	desmayos mareos	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	enfermedades de los rinones	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	espina bífida	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
enfermedad arterial	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	tos frecuente	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	latido del corazón irregular	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	problema intestinal,estomacal	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
problema respiratorios	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	leucemia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	emboria	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	culebrilla	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
moretones fácilmente	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	herpes genital	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	presión arterial baja	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
cáncer	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	glaucoma	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	en fermedades pulmonares	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	amigdalitis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
quimioterapia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	fiebre de heno	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	tuberculosis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	infarto cardiaco	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	osteoporosis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
herpes labial	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	dolor de la mandíbula	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	úlceras	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
trastorno cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	marcapasos del corazón	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
convulsiones	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	problemas de corazon	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	ictericia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? Sí No

Comentarios: _____

Entiendo que las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión y que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud o la del paciente. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____

Alex E. Aleman, D.M.D.



Appointment Policy

1. Please be advised that our office requires at least 24 hours notice for appointment cancellation to prevent incurring a \$ 25.00 charge on your account. Thank you for your understanding in this matter.
2. Our office requires a deposit before scheduling appointments. Deposits are half (1/2) of the treatment being scheduled.

Patients Signature: _____ Date: _____

1. Por favor le hacemos saber que nuestra oficina require se nos informe al menos 24 horas antes de cancelar una cita para evitar un cargo de \$25.00 en su cuenta. Gracias por su cooperacion.
2. Nuestra oficina require un deposit antes de hacer una cita. El deposito sera la mitad del tratamiento que usted escoja para comensar en su proxima cita.

Firma del Patient: _____ Fecha: _____

HIPAA Privacy Rule Receipt of Notice of Privacy Practices Written Acknowledgement Form

Acknowledgement of receipt of Information Practices Notice (§164.520(a))

I, _____, (patient's name) understand that as part of my healthcare, this facility originates and maintains health records describing my health history, symptoms, examination and test results, diagnosis, treatment and any plans for future care or treatment. I acknowledge that I have been provided with and understand that this facility's Notice of Privacy Practices provides a complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that:

- I have the right to review this facility 's Notice of Privacy Practices prior to signing this acknowledgement;
- this facility reserves the right to change their Notice of Privacy Practices and prior to implementation of this will mail a copy of any revised notice to the address I've provided if requested.

Signature of Individual or Legal Representative Witness

Printed Name of Individual or Legal Representative

Witness.....

Date:

FOR OFFICE USE ONLY

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

- Individual refused to sign
- Communication barrier prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Others (please specify)

HIPAA Officer

Date

Procedimientos De La Oficina

Autorizo a la siguiente persona / personas a ser mi representante personal, lo que significa que el médico y el personal pueden hablar libremente al representante personal nombrado sobre toda mi información de salud, asuntos médicos el tratamiento y factura.

Nombre de la persona / Relación Autorizado

Firma del paciente _____ **Fecha** _____

Yo autorizo a la siguiente persona / personas para que el médico y el personal pueden hablar libremente sobre mi hijo/a de la información de salud protegida para mis hijos/as, sobre cuestiones de tratamiento médico y de facturación.

Nombre de la persona autorizada

nombre de la relación de los niños

Yo, _____ autorizo a esta instalación para examinar y proporcionar asistencia médica. Asumo toda la responsabilidad de cualquier deudas. Yo autorizo a mi compañía de seguros para pagar con cheque directamente a esta institución. Autorizo a esta facilidad para liberar cualquier información médica o incidental que pueda ser necesaria, ya sea para la atención médica o en el procesamiento de solicitudes de prestación económica. Entiendo que es mi responsabilidad saber todas las reglas y restricciones de mi póliza de seguro, para saber qué hospital, salas de emergencia, laboratorios, y el procedimiento de instalación para compartir información de salud protegida con laboratorios, radiografías, consulta de médicos y hospitales. Llamaremos a la farmacia de su elección con respecto a sus recetas. Sólo se intercambiara la información de salud protegida mínima necesaria para cada transacción.

Nuestra oficina cumple con la Ley de HIPAA y el personal ha sido capacitado en la Ley de Privacidad HIPAA. Haremos todo lo posible para proteger su información de salud del paciente.

Sin embargo, nuestra oficina fue diseñado antes de la ley HIPAA así que por favor, sea respetuoso con la privacidad de los pacientes.

Yo, _____ estoy de acuerdo con todos los procedimientos anteriores de este servicio, y doy mi autorización a todos los procedimientos anteriores.

Firma del paciente _____ **Fecha** _____



Autorización Para Brindar Informacion Referente
A Mi Salud

Autorizo a esta facilidad para hablar a los siguientes miembros de la familia o de mi representante personal en relación con:

*Toda la información médica, incluyendo pero no limitado a los registros relativos a los exámenes, tratamientos, consultas, registros de facturación, informes rayos x, historia, resultados de laboratorio, los ingresos y los informes de aprobación de la gestión, los registros de tratamiento, el diagnóstico y el pronóstico de los registros, la enfermera y médicos notas y cualquier otra información no médica en mi archivo.

Sólo los siguientes tipos de información:

La información médica anterior sólo se liberará a las siguientes personas:

(Por favor escriba algún familiar o representante personal que no sea usted)

<u>Miembro de la Familia / Representante Personal</u>	<u>Relación</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Yo entiendo que puedo cancelar esta autorización médica. Debo notificar a este servicio por escrito sobre la terminación y la fecha de vigencia.

Esta autorización será válida (marque uno)

*Hasta que sea revocada por escrito.

*Hasta _____, 20_____.

Sé que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo.

Nombre _____

Firma _____ Fecha _____

Alex E. Aleman, D.M.D.

10796 Pines Boulevard Suite #203 • Pembroke Pines, Florida 33026

Office: (954) 499-1599 • Fax: (954) 499-5799