

Leestown Dental Center
1600 Leestown Rd.
Suite 138
Lexington, KY 40511

¡Gracias por seleccionar a nuestro talentoso equipo de cuidado dental! Para poder servirle mejor, por favor facilite o actualice la siguiente información. Este consultorio cumple con las normas establecidas por la HIPPA, toda su información se retiene de manera responsable y se usa para fines de tratamientos y seguros. Agradeceremos la precisión de su información.

Information in Computer
 NP Letter Thank You Ref. Letter
 Scanned

Información del (de la) Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellido(s) Nombre(s) (Nombre de Preferencia)

Género: _____ Estado Civil: _____

No. de Seguridad Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono (Hogar): _____ (Oficina): _____ Ext: _____ Celular o Localizador: _____

Dirección: _____
Calle Departamento # Correo Electrónico

Ciudad Estado Código Postal (Zip Code)

Nombre del Patrón: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal (Zip Code)

Información Médica

Fecha de la última visita al dentista: _____ Razón de esta visita: _____

¿Alguna vez ha padecido alguna de las siguientes? Marque las correspondientes:

HISTORIA MÉDICA

- Alergias _____
- Anemia
- Artritis
- Articulaciones artificiales
- Asma
- Enfermedad de la Sangre
- Cáncer
- Quimioterapia
- Diabetes
- Mareos/Desmayos
- Epilepsia
- Sangrado Excesivo
- Glaucoma
- Crecimientos/Tumores
- Rinitis
- Lesiones Craneales
- Infartos
- Enfermedades Cardíacas
- Soplos / PVM

- Hepatitis/Ictericia
- Hipertensión
- VIH
- Enfermedades Renales
- Alergia al Látex
- Enfermedades Hepáticas
- Enfermedades Mentales
- Marcapasos
- Dolor en la Quijada
- Radioterapia
- Problemas Respiratorios
- Fiebre Reumática
- Reumatismo
- Sinusitis
- Problemas Estomacales
- Apoplejía
- Tiroides
- Úlceras
- Enfermedades Venéreas

ALERGIAS A MEDICINAS

- Alergia a la Codeína
- Alergia a la Penicilina
- Otras _____

MUJERES

- ¿Está Embarazada?
- Fecha de Parto: _____
- ¿Está dando pecho?
- ¿Está tomando control de natalidad?

HISTORIA DENTAL

- Muerde/Mastica Uñas
- Terapia de protector de mordida
- Sangrado en Encías
- Blanqueamientos
- Ampollas/Lesiones en los Labios
- Sensación de Ardor en la Lengua
- Maska en un Lado Únicamente

- Fuma Puros, Cigarrillos o Pipa
- Aprieta/Rechina los Dientes
- Encías Inflamadas o Sensibles
- Dolor o Cansancio en la Quijada
- Dientes Suelos o Empastes Rotos
- Respira por la Boca
- Dolor Bucal al Cepillar
- Ortodoncia
- Dolor Alrededor de las Orejas
- Tratamiento Periodontal
- Sensibilidad al Frío, Calor o a lo Dulce
- Dientes de Juicio Removidos
- ¿Frecuencia de Hilo Dental? _____
- ¿Frecuencia de Cepillado? _____

- ¿Toma antibiótico para citas al dentista? _____ En caso afirmativo, ¿qué antibiótico usa?: _____
- ¿Está tomando Coumadin u otros diluyentes de la sangre? Sí No
- ¿Ha sido ingresado(a) a un hospital o ha necesitado cuidados de emergencia en los últimos dos años? Sí No
En caso afirmativo, explique: _____
- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico? Sí No
En caso afirmativo, explique: _____
- Nombre del médico: _____ Teléfono: _____
Medicamentos recetados o comprados sin receta: _____
- ¿Tiene otros problemas de salud que quiera declarar? Sí No
En caso afirmativo, explique: _____

Información del Responsable

Nombre: _____
 Masculino Femenino Casado(a) Soltero(a) Otro _____
No. de Seguridad Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Teléfonos (Hogar): _____ (Oficina): _____ Ext.: _____ Celular o Localizador: _____
Dirección: _____
Calle _____ Departamento # _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal (Zip Code) _____ Correo Electrónico _____
Parte Responsable
Nombre del Patrón: _____ Ocupación: _____
Dirección: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal (Zip Code) _____ Teléfono _____

Información de Seguro

Principal
Nombre del Asegurado(a): _____ El(La) asegurado(a) es el(la) paciente? Sí No
Apellido(s) _____ Nombre(s) _____
Fecha de Nacimiento: _____ ID #: _____ Grupo #: _____
Dirección del Asegurado(a): _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal (Zip Code) _____
Nombre del Patrón del Asegurado(a): _____
Dirección: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal (Zip Code) _____
Relación del Paciente con el Asegurado(a): Mismo(a) Cónyuge Otra _____
Plan de Seguro y Dirección: _____

Secundario
Nombre del Asegurado(a): _____ El(La) asegurado(a) es el(la) paciente? Sí No
Apellido(s) _____ Nombre(s) _____
Fecha de Nacimiento: _____ ID #: _____ Grupo #: _____
Dirección del Asegurado(a): _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal (Zip Code) _____
Nombre del Patrón del Asegurado(a): _____
Dirección: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal (Zip Code) _____
Relación del Paciente con el Asegurado(a): Mismo(a) Cónyuge Otra _____
Plan de Seguro y Dirección: _____

Información de Referencia

¿A quién agradecemos la referencia de nuestro consultorio? Otro paciente, amigo(a) Otro paciente, familiar
 Otro Consultorio Sección Amarilla Periódico Escuela Trabajo Otra _____
Nombre de la persona que nos recomendó: _____

Autorización de Servicios

He leído y entendido, en la mejor de mis posibilidades, la información anterior. Las preguntas anteriores han sido respondidas de manera correcta. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. En caso de haber cambios en mi estado de salud, le informaré al dentista. Entiendo que esta información será usada por mi dentista para determinar el tratamiento dental más apropiado. Otorgo permiso a usted o a quien asigne para contactarme vía telefónica en mi hogar o en mi sitio de trabajo para discutir temas relacionados con este formulario. También autorizo al dentista a divulgar información a terceros pagadores y/u otros practicantes de la industria de la salud, incluyendo diagnósticos y archivos de tratamiento(s) practicado(s) a mi persona durante el período que dure(n) dicho(s) tratamiento(s).

Fecha: _____ Relación con el Paciente: _____

Firma del Responsable

Leestown Dental Center

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en Inglés), 1996

<http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/finalreg.html>

SECCIÓN A: PACIENTE/TUTOR DANDO AUTORIZACIÓN

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SECCIÓN B: AL PACIENTE/TUTOR — POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

Propósito de la Autorización: Al firmar este formulario, usted nos autoriza el uso y la divulgación de su información médica protegida para llevar a cabo tratamiento médico, actividades de cobranza y operaciones administrativas de la salud.

Notificación de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho a leer nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad antes que decida firmar esta autorización. Nuestra Notificación explica los procedimientos para dar tratamiento médico, actividades de cobranza y operaciones administrativas de la salud; el uso o divulgación que hagamos de su información médica protegida y otros factores importantes pertinentes a su información médica protegida. Una copia de nuestra Notificación acompaña a esta hoja de autorización. Le recomendamos que la lea completa y cuidadosamente antes de firmar al calce de la presente.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad tal y como se describe en la Notificación de Prácticas de Privacidad. En caso de que modifiquemos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos una Notificación de Prácticas de Privacidad corregida la cual contendrá los cambios. Dichos cambios aplican a toda su información médica que tengamos en nuestro archivo. Puede obtener una copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad, incluyendo sus correcciones, en cualquier momento al contactar a:

Leestown Dental Center 1600 Leestown Road, Lexington, KY 40511

Derecho a Revocar: Usted tiene el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Mande por escrito su revocación a la persona de contacto detallada anteriormente. Por favor, entienda que la revocación de esta autorización no afectará acción alguna que hayamos tomado con respecto a esta Autorización antes de que hayamos recibido su revocación, y que podremos negarnos a iniciar tratamiento o continuar su tratamiento en caso de revocar esta autorización.

FIRMA

Yo, _____ he tenido completa oportunidad para leer y considerar los contenidos de esta Autorización y su Notificación de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar esta Autorización, doy permiso para usar y divulgar mi información médica protegida con fines de tratamiento médico, actividades de cobranza y operaciones administrativas de la salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si un representante en nombre del paciente firma esta Autorización, complete lo siguiente:

Nombre del representante _____

Relación con el Paciente: _____

TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE FIRMARLA. POR FAVOR, INFORMENOS SI DESEA LA COPIA.

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Revoco la autorización para el uso y divulgación de mi información médica protegida con fines de tratamiento médico, actividades de cobranza y operaciones administrativas de la salud. Entiendo que esta revocación no afectará ninguna acción tomada con respecto a mi Autorización antes de que recibieran esta Notificación de Revoco por escrito. También entiendo que el consultorio puede negarse a iniciar o continuar tratamiento médico después de revocar mi Autorización.

Firma: _____ Fecha: _____

Acuse de Recibo

Notificación de Prácticas de Privacidad

Propósito: Este formulario se usa para obtener acuse de que ha sido informado acerca de nuestra *NOTIFICACIÓN DE POLÍTICAS DEL CONSULTORIO* y que esta puede ser obtenida en nuestra oficina. Este documento puede ser impreso desde nuestro sitio web.

Sitio Web HIPAA: <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/finalreg.html>

Puede negarse a firmar estos Acuses de Recibo*

Yo, _____ acuso de recibo la Notificación de Políticas del Consultorio

Firma

Fecha

Para Uso Interno:

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

- _____ Individual refused to sign
- _____ Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- _____ An Emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- _____ Other (Please Specify _____)



Política para Agendar y Re-Agendar Citas

Al reservar una cita estamos respetando su tiempo para ser atendido por el doctor o los(las) higienistas. Le pedimos también que respete nuestro tiempo. En caso de no poder asistir, por favor avísenos con 24 horas de anticipación. De esta manera podremos cambiar su cita. Los imprevistos y las emergencias suceden y, en caso de incurrir en una situación así, entenderemos si nos avisa con menos antelación. Sin embargo, si usted **NO** se presenta a su cita **SIN AVISAR**, nos veremos en la necesidad de cobrar una cuota de **\$50**. Esta deberá pagarse antes de su siguiente cita.

Entiendo la importancia de asistir a mis citas y del protocolo para re-agendar citas.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha



HOJA INFORMATIVA PARA LA PRUEBA DE CÁNCER BUCAL

Nuestro consultorio está en la búsqueda continua de avances médicos para asegurarnos de proveer el mejor nivel de salud bucal a nuestros pacientes. Estamos muy consternados con respecto al cáncer de boca y evaluamos a cada paciente en búsqueda del mismo. Un ciudadano Americano fallece cada hora víctima del cáncer bucal. La detección tardía es la principal causa del incremento en las tasas de mortalidad y de incidencia de esta enfermedad. Como con la mayoría de tipos de cáncer, la edad es el principal factor de riesgo. El uso de productos de tabaco y alcohol es otro factor de alto riesgo, aunque, cabe mencionar que 25% de las víctimas de este tipo de cáncer no consumían ninguno de estos productos. También, estudios e investigaciones sugieren que el Virus del Papiloma Humano (VPH 16/18) tiene un papel significativo en más del 20% de los cánceres bucales.

El riesgo de cáncer de boca de acuerdo al perfil de cada paciente es como sigue:

Riesgo Latente: Pacientes entre los 18 y 39 años de edad; pacientes sexualmente activos (VPH 16/18); irritación debido al uso de dentaduras postizas

Riesgo Alto: Pacientes con 40 años de edad o más; pacientes entre 18 y 39 años de edad que sean usuarios de tabaco y/o alcohol y que lleven 10 años usando dichas sustancias

Riesgo más alto: Pacientes con 40 años de edad o más, que sean usuarios de tabaco y/o alcohol; pacientes con historia previa de cáncer de boca

Hemos incorporado recientemente la prueba VELscope a nuestros estándares de evaluación. Junto con nuestros exámenes, la VELscope incrementa las posibilidades de identificar a tiempo áreas sospechosas. La prueba VELscope es muy similar a métodos muy probados para la detección temprana de cánceres tales como la Mamografía, el Papanicolaou, y el Antígeno Prostático Específico (APE). La prueba VELscope es simple, libre de dolor y permite la detección temprana de cualquier tipo de anormalidad. La detección temprana de tejido pre-canceroso puede minimizar o eliminar los efectos deformantes del cáncer bucal, y puede salvar su vida. Recomendamos que se practique esta prueba. Se la ofreceremos anualmente.

La VELscope fue aprobada por el comité de revisión CDT-2007/08, código de procedimiento D0431 de la Asociación Dental Americana. Sin embargo, esta prueba no está cubierta actualmente por la mayoría de los seguros dentales, por lo que usted es responsable del pago de la cuota de \$15 (Quince Dólares Americanos).

Sí, deseo me practiquen la prueba VELscope y estoy de acuerdo en pagar la cuota el día de hoy.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

No, no deseo me practiquen esta prueba por el momento.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____