

**COMMUNITY DENTAL CLINIC
FORMULARIO DE REGISTRACION
(Favor Imprimir en Español)**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Nombre del Paciente:			<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Soltera	Situación Civil (circular uno) Soltero/Casado/Div/Sep/Viudo(a)
¿Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Si no es, cuál es su nombre legal?	(Nombre Anterior):	Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección Física:		Núm. Seguro Social:	Núm. Teléfono Primario. ()		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Núm. Teléfono Alterno ()		
Ocupación:	Empleador:		Núm. Teléfono Empleador: ()		
Escogí clínica porqué/Clínica Referida Por (favor escoger una casilla):		<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Plan de Seguro	<input type="checkbox"/> Hospital	
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Cerca de la casa/trabajo	<input type="checkbox"/> Páginas Amarillas	<input type="checkbox"/> Otro	
Otros Familiares Que Se Atienden Aquí::					
INFORMACIÓN PADRE/TUTOR LEGAL					
Nombre:		Fecha de Nacimiento: / /	Núm. Teléfono de la Casa: ()		
Dirección (Si es distinta)		Núm. Teléfono de Celular: ()			
Ocupación:	Empleador		Núm. Teléfono del Empleador ()		
Relación con el Paciente	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Nino(a) <input type="checkbox"/> Otro				
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre de Amistad o Familiar Local (que no viva en misma dirección)		Relación con el Paciente:	Núm. de Teléfono.:	Núm. Teléfono de la Casa ()	

PÓLIZA CANCELACIÓN/NO PRESENTARSE

Debido a una demanda extrema de servicios dentales, las citas de Community Dental Clinic se reservan unas cuantas semanas por adelantado. Cuando usted hace una cita, el tiempo y espacio se reserva especialmente para usted. Los instrumentos y las provisiones específicas para sus necesidades se esterilizan y se preparan en el área de tratamiento. Cuando usted falla y no cumple con su cita, todos esos instrumentos lo tienen que volver a esterilizar y guardar, resultando en materiales y dinero perdido y tiempo de espera aumentado para reservar citas futuras. El tiempo reservado para usted no puede ser utilizado por otra persona sin notificación adelantada.

Para poder darles mejor servicio a nuestros pacientes, si usted no puede cumplir con su cita, le pedimos una notificación por lo menos con 24 horas de anticipación. El no cumplir o el abusar de nuestra póliza de cancelación resultará en despido del paciente de nuestra oficina. Nosotros confirmamos todas nuestras citas antes de la fecha de la cita llamando a los números telefónicos anotados arriba. El no poder confirmar las citas para las 2:00 p.m. del día hábil antes de la cita resultará en pérdida de citas y posible despido del paciente de nuestra oficina.

¡No se tolera tardanza en nuestra oficina! Si usted llega 15 minutos o más, tarde a su cita, se le cambiará. ¡Tardanza crónica resultará en despido del paciente!

Firme y anote la fecha confirmando que usted leyó y comprende nuestra Póliza de Cancelación/No Presentarse

Firma Paciente/Tutor Legal	Fecha
-----------------------------------	--------------

Nombre Del Paciente:

Fecha:

Autorizo que las siguientes personas traigan a mi niño a las citas dentales al Community Dental Clinic y que hagan las decisiones medicas/dentales para tratamiento.

Compulsorio tener 18 años o más y tener una identificación válida.

Nombre:	Número de Teléfono:	Relación con el Paciente:

Nombres y fechas de nacimiento de los niños que familiares puedan escoltar a las citas:

Nombre:	Fecha de Nacimiento:

Entiendo que yo debo actualizar esta lista anualmente para que les permiten a estas personas escoltar a mi niño/niños a las citas dentales y que las personas deben de presentarse con una identificación válida cuando se esté registrando en la cita.

Nombre en Letra de Molde:	Relación con el Paciente:
Firma:	Fecha:

HISTORIAL DE SALUD

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Estatura _____

Peso _____ **Para su seguridad, si su peso excede 300 libras, lo referiremos a otra facilidad.*

Nombre de Médico Primario y Número de Teléfono _____

Nombre de Farmacia y Número de Telefono _____

*¿Actualmente está usted tomando algún adelgazador de sangre? SI _____ NO _____

- Adelgazadores de Sangre Comunes Incluyen: Aspirina, Plavix, Comodina, o Warfarina

*¿Ha estado hospitalizado alguna vez o le han hecho una operación mayor? SI _____ NO _____
Si su respuesta es sí, favor explicar _____

*¿Alguna vez sufrió usted una lesión seria en la cabeza o cuello? YES _____ NO _____
Si su respuesta es sí, favor explicar _____

*¿Está tomando usted algún medicamento, pastilla o droga?
SI _____ NO _____

Favor anotar medicamentos _____

*¿Toma usted, o está tomando Phen-Fen o Redux?
SI _____ NO _____ CUANDO _____

*¿ Alguna vez tomó usted Fosamax, Boniva, Actonel u otro Medicamento que contenga bifosfonatos? SI _____ NO _____ CUANDO _____

*¿Está usted siguiendo una dieta especial? SI _____ NO _____

*¿Usa usted tabaco? SI _____ NO _____

*¿Usa usted sustancias controladas o una pompa para el dolor? SI _____ NO _____

FÉMINAS: ¿Está usted embarazada/tratando de quedar embarazada? S/N ¿Tomando anticonceptivos orales? S/N ¿Lactando? S/N

¿Es Usted alérgico a alguno de los siguientes?

- Aspirina Penicilina Codeína Anestésicos Locales Acrílico Metal Látex Drogas Conteniendo Solfa
- Otros: _____

¿Tiene usted, o le ha dado, alguno de las siguientes?

SIDA/VIH POSITIVO	SI	NO	Convulsiones	SI	NO	Hepatitis A	SI	NO	Pérdida de Peso Reciente	SI	NO
Insuficiencia de Alzheimer	SI	NO	Medicina con Cortisona	SI	NO	Hepatitis B o C	SI	NO	Fiebre Reumática	SI	NO
Anafilaxis	SI	NO	Diabetes	SI	NO	Presión Arterial Alta	SI	NO	Reumatismo	SI	NO
Anemia	SI	NO	Adicción a Drogas	SI	NO	Colesterol Alto	SI	NO	Fiebre Escarlata	SI	NO
Angina	SI	NO	Se Molesta Fácilmente	SI	NO	Urticaria o Erupción	SI	NO	Herpes	SI	NO
Artritis/Gota	SI	NO	Enfisema	SI	NO	Hipoglucemia	SI	NO	Insuficiencia de Célula Falciforme		
Válvula Cardíaca Artificial	SI	NO	Epilepsia o Convulsiones	SI	NO	Palpitaciones de Corazón Irregulares				SI	NO
Coyuntura Artificial	SI	NO	Sangrado Excesivo	SI	NO		SI	NO	Sinusitis	SI	NO
¿CUANDO? _____			Sed Excesiva	SI	NO	Problemas Renales	SI	NO	Espina Bífida	SI	NO
Asma	SI	NO	Desmayo/Mareo	SI	NO	Leucemia	SI	NO	Insuficiencia Estomacal/Intestinal		
Insuficiencia de Sangre	SI	NO	Toz Frecuente	SI	NO	Insuficiencia del Hígado	SI	NO		SI	NO
Transfusión de Sangre	SI	NO	Frecuentes Dolores de Cabeza			Presión Arterial Baja	SI	NO	Derrame Cerebral	SI	NO
Problema de Respiración	SI	NO		SI	NO	Insuficiencia Pulmonar	SI	NO	Hinchazón de Extremidades	SI	NO
Hematomas Fáciles	SI	NO	Glaucoma	SI	NO	Prolapso Válvula Mitral	SI	NO	Insuficiencia de Tiroide	SI	NO
Cáncer	SI	NO	Ataque Cardíaco/Fallo	SI	NO	Osteoporosis	SI	NO	Amigdalitis	SI	NO
Quimioterapia	SI	NO	Soplo en el Corazón	SI	NO	Dolor en Coyunturas Mandibulares			Tuberculosis	SI	NO
Dolor de Pecho	SI	NO	Marcapaso	SI	NO		SI	NO	Tumores o Crecimientos	SI	NO
Herpes Labial/Ampollas de Fiebre	SI	NO	Problemas Cardíacos/Insuficiencia			Insuficiencia Paratiroidea	SI	NO	Ulceras	SI	NO
	SI	NO		SI	NO	Cuidado Psiquiátrico	SI	NO	Ictericia Amarilla	SI	NO
Desorden Cardíaco Congénito	SI	NO	Hemofilia	SI	NO	Tratamientos de Radiación	SI	NO			

Si Usted ha sufrido de alguna enfermedad que no mencionada arriba, favor anotarlas: _____

A mi mayor conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que el proveer información incorrecta puede ser peligroso a mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informarle a la oficina dental de cualquier cambio en mi situación de salud.

Firma del Paciente, Padre, o Tutor
Legal _____

Fecha _____

FORMULARIO CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DENTAL

Favor leer e inicial los puntos siguientes y leer y firmar la parte inferior del formulario.

Rayos-X (Iniciales) _____

Drogas y Medicamentos

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de tejido, dolor, picazón, vómitos, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa).

(Iniciales) _____

Cambios en Plan de Tratamiento

Entiendo que durante tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos por condiciones encontradas mientras trabajan en los dientes que no se descubrieron durante el examen, el más común siendo terapia de conducto seguidos por procedimientos restaurativos rutinarios. Yo autorizo al Dentista hacer cualquier/todo cambio o adición según encuentre sea necesario. **(Iniciales)** _____

Oxido Nitroso

Entiendo que óxido nitroso (gas de la risa) provee relajación que puede hacerme recibir el tratamiento dental necesario con más comodidad y menos ansiedad. Estaré despierto, completamente consiente, consiente del alrededor, y capaz de responder de manera racional. Le he informado al doctor sobre mi historial médico completo incluyendo cualquier cirugía o cambio reciente.

(Iniciales) _____

Anestesia Local

Entiendo que hay riesgos de la anestesia local que puedan afectar a mi cuerpo, como mareos, náuseas, vómitos, aceleración del ritmo cardíaco, ritmo cardíaco lento, o varios tipos de reacciones alérgicas. También puede causar daño a los nervios que pueden resultar en dolor, entumecimiento, hormigueo, que puede persistir durante varias semanas, meses o en raras ocasiones, sea permanente. He informado a mi médico de mi historial médico completo, incluyendo cualquier cirugía o cambios recientes.

(Iniciales) _____

Restauraciones (Empastes)

Entiendo que se debe tener cuidado en la masticación en los empastes especialmente durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Yo entiendo que un relleno más caro diagnosticado inicialmente puede ser necesario debido a la desintegración adicional. Yo entiendo que la sensibilidad significativa es común después de un relleno recién colocado. **(Iniciales)** _____

CORONAS, PUENTES Y TAPAS

Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que puede que use coronas temporales, que pueden salirse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurar que se mantengan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Yo estoy consciente que la última oportunidad para hacer cambios (incluyendo forma, ajuste, tamaño y color) será antes de la cementación. **(Iniciales)** _____

Tratamiento de Conducto (Root Canal)

Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y que pueden ocurrir complicaciones del tratamiento. En ocasiones, el material de relleno del canal puede extenderse a través del extremo de la raíz, que pueden o no afectar el éxito del tratamiento, y que puede requerir un tratamiento adicional. Yo entiendo que los archivos del conducto radicular son instrumentos extremadamente frágiles y, que a veces se pueden separar dentro de la raíz que puede o no puede afectar el éxito. Yo entiendo que pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales, de vez en cuando, después de un tratamiento de conducto radicular (apicectomía). También entiendo que una pequeña fisura indetectable en un diente puede causar la falla, sin importar cuan extensa sea la terapia. Un pequeño porcentaje de tratamientos de conducto radicular fracasan a pesar de los mejores esfuerzos. Yo entiendo que atención especializada puede ser requerida si surgen complicaciones. **(Iniciales)** _____

Remoción de Diente

Las alternativas a la eliminación han sido explicadas y autorizo al dentista eliminar los dientes necesarios por razones que me han explicado. Entiendo que removiendo los dientes no siempre remueve toda la infección, si la hay, y puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo los riesgos que implica haber removido los dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, propagación de la infección, alveolitis seca, pérdida de sensibilidad en los dientes, los labios, la lengua y el tejido circundante que puede durar por un período indefinido de tiempo, o fractura de la mandíbula. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, el costo siendo mi responsabilidad. **Iniciales** _____

Pérdida Periodontal (de tejido y de hueso)

Entiendo que la enfermedad periodontal puede ser una condición seria, causando inflamación en la encía y/o hueso y puede conducir a la pérdida de los dientes permanentes. Posible tratamiento me será explicado que puede incluir la limpieza profunda de tejidos, cirugía de las encías, la extracción de dientes, y la sustitución de dientes. Yo entiendo que gran parte del éxito del tratamiento periodontal depende de mi atención domiciliaria continua y estricta observancia de las citas de revisión. Yo entiendo que el cuidado de un especialista puede ser necesario. **(Iniciales)** _____

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie relacionado al tratamiento dental que yo solicité y autoricé ha dado garantía ni seguridad.

CERTIFICO QUE HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER Y COMPRENDER COMPLETAMENTE LOS TERMINOS DENTRO DEL CONSENTIMIENTO SUPERIOR Y EXPLICACION DADA Y QUE TODOS LAS DECLARACIONES REQUIRIENDO SER COMPLETADAS SE LLENARON ANTES DE YO FIRMAR. TENGO LA OPORTUNIDAD DE TENER TODA PREGUNTA CONTESTADA POR MI DOCTOR Y CERTIFICO QUE ENTIENDO, HABLO LEO, Y ESCRIBO EN MI IDIOMA DESIGNADO Y PUEDO VER PLENAMENTE ESTAS PALABRAS QUE ESTOY LEYENDO. MI FIRMA ABAJO SIGNIFICA QUE YO ENTIENDO EL TRATAMIENTO Y ANESTESIA QUE ME PROPONEN, JUNTO CON LOS RIESGOS COMPRENDIDOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS CON ESE TRATAMIENTO. POR LO PRESENTE AUTORIZO EL TRATAMIENTO QUE HE ESCOGIDO.

FAVOR PREGUNTARLE A SU MEDICO SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.

Firma (O Tutor Legal) Paciente

FECHA

Sus Derechos

Lo siguiente es una declaración sobre sus derechos relacionado a su información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida.

Bajo la ley federal, no obstante, usted no podrá inspeccionar ni copiar los siguientes expedientes: Notas de psicoterapia, información compilada en la anticipación razonable de, o uso en, una acción administrativa o procedimiento civil, penal, e información de salud protegida que esté sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción a su información de salud protegida.

Esto quiere decir que usted nos puede solicitar el no usar o divulgar ninguna parte de su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pagos u operaciones de cuidado de salud. También puede solicitar que ninguna parte de su información de salud protegida sea divulgada a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación según descritos en esta Notificación de Prácticas Privadas. Su solicitud debe decir la restricción específica solicitada y a quien usted desea se aplique la restricción.

Su médico no está obligado a estar de acuerdo con una restricción que usted pueda solicitar. Si el médico piensa que está en su mejor interés permitir el uso y divulgación de su información de salud protegida, su información de salud protegida no será restringida. Usted entonces tiene el derecho de usar otro Profesional de Cuidado de Salud.

Usted tiene el derecho de solicitar el recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nosotros bajo petición, aunque usted haya acordado aceptar esta notificación alternativamente i.e., por vía electrónica.

Usted tiene el derecho solicitarle a su médico que enmiende su información de salud protegida.

Si nosotros le denegamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentarnos una declaración de desacuerdo y puede que preparemos una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones que hemos hecho, si alguna, de su información de salud protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta notificación y le informaremos por correo sobre cualquier cambio. Usted entonces tendría el derecho de objetar o retirar según provisto en esta notificación.

Querellas

Usted se nos puede querellar a nosotros o al Secretario de Salud y Servicio Humanos (Secretary of Health and Human Services) si usted piensa que nosotros le violamos sus derechos de privacidad. Usted nos puede someter una reclamación notificándole a nuestro contacto de privacidad sobre su queja. **No tomaremos represalias si usted somete una querella.**

Esta notificación se publica y entra en vigor en o antes del 14 de abril de 2003.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionarle a los individuos, este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si tiene alguna objeción a este formulario, por favor solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono al (270) 691-6205.

La Firma siguiente es solo un reconocimiento que usted ha recibido la Notificación de Prácticas Privadas.

Nombre En Letra de Mole: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Community Dental Clinic
2315 Mayfair Drive, Suite 32
Owensboro, KY 42301
270-691-6205

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN IDENTIFICANDO SALUD

Nombre del Paciente: _____

Dirección Del Paciente: _____

Autorizo a la oficina profesional de mi dentista nombrado arriba liberar información de salud que me identifican, en todas las circunstancias relacionadas con mi cuidado dental (incluyendo, si procede, la información sobre la infección por el VIH o el SIDA, información sobre el tratamiento del abuso de sustancias, e información sobre los servicios de salud mental) bajo los términos y condiciones siguientes:

1. Información se proveerá para permitir autorización y servicios de pagos.
2. Podremos llamar y enviar recordatorios de citas, podremos divulgar cierta información a su farmacia si necesitasen medicamentos, y puede que necesitemos divulgar información personal y sobre la salud si fuese necesario para hacer referidos de servicios dentales no ofrecidos en nuestra instalación.
3. En todo momento, Community Dental Clinic mostrará prudencia y liberará solamente mínima información protegida, necesaria, en una revelación en particular.
4. Esta autorización se vencerá solamente y cuando recibamos una notificación electrónica o por escrito.

Es completamente su decisión el firmar o no, este formulario de autorización. No podemos rehusar tratarle si usted decide no firmar esta autorización.

Si usted firma esta autorización, la puede revocar, luego. La única excepción a su derecho de revocar es si ya hemos actuado basándonos en la autorización. Si usted desea revocar su autorización, envíenos una nota electrónica o por escrito dejándonos saber que su autorización esta revocada. Envíe esta nota a la dirección de la oficina anotada en la parte superior de este formulario.

Cuando su información médica sea divulgada según lo dispuesto en esta autorización, el destinatario a menudo no tiene obligación legal de proteger su confidencialidad. En muchos casos, el destinatario puede volver a revelar la información que él / ella desea. A veces, la ley estatal o federal cambia esta posibilidad.

HE LEIDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO. LO ESTOY FIRMANDO VOLUNTARIAMENTE. YO AUTORIZO LA REVELACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD SEGÚN DESCRITO EN ESTE FORMULARIO.

Fecha: _____ Firma(o Tutor Legal) Paciente: _____

Si usted está firmando como un representante personal del paciente, describa su relación con el paciente y el recurso de su autorización para firmar este formulario:

Relación con el Paciente: _____ Nombre en Letra de Molde: _____

Recurso de Autoridad (Si no es Padre/Tutor Legal) _____