

Orchard Dental Care

Dr. Saini

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR LLENE TODOS APLICABLE LA INFORMACIÓN)

Primer Nombre: _____	Apellido: _____	Inicial mediano: _____
Nombre Preferido: _____	Paciente Es: <input type="checkbox"/> Poseedor de política <input type="checkbox"/> Partido responsable <input type="checkbox"/> Niño	
Domicilio: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____	
Teléfono de la casa: _____	Teléfono del trabajo: _____	Celular: _____
Correo-e: _____		
Fecha de Nacimiento: _____	Seguro Social: _____	
Estatus de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo lleno <input type="checkbox"/> Tiempo de parte <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> El ser Empleado <input type="checkbox"/> Otro	Género: _____	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Otro		
Estatus de estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo lleno <input type="checkbox"/> Tiempo de parte		
Nombre de la Escuela / Trabajo: _____	Farmacia Preferida/Teléfono: _____	

PADRE / TUTOR INFORMACIÓN (para menores y jóvenes 17yrs)

Primer Nombre: _____	Apellido: _____	Inicial mediano: _____
Domicilio: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____	
Teléfono de la casa: _____	Teléfono del trabajo: _____	Celular: _____
Correo-e: _____		
Fecha de Nacimiento: _____	Seguro Social: _____	numero del Licencia y Estado: _____
Estatus de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo lleno <input type="checkbox"/> Tiempo de parte <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> El ser Empleado <input type="checkbox"/> Otro	Género: _____	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Otro		

SEGURO PRIMARIO (POR FAVOR LLENE TODOS APLICABLE LA INFORMACIÓN)

El nombre de Asegurado: _____	La relación a Asegurado: <input type="checkbox"/> Ser <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro
Asegurado ID/SSN: _____	Asegurado DOB: _____
Empleador: _____	Compañía de seguros: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono _____	Teléfono _____

SEGURO SECUNDARIO (POR FAVOR LLENE TODOS APLICABLE LA INFORMACIÓN)

El nombre de Asegurado: _____	La relación a Asegurado: <input type="checkbox"/> Ser <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro
Asegurado ID/SSN: _____	Asegurado DOB: _____
Empleador: _____	Compañía de seguros: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono _____	Teléfono _____

REFERENCIA (¿A QUIEN POBEMOS AGRADECER?)

--

FIRMA DE PACIENTE, el PADRE o el GUARDIAN: _____ FECHA: _____

HISTORIA PACIENTE DE SALUD

Nombre del paciente: _____

Aunque el personal dental trate principalmente el área en y alrededor de la boca, la boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de la salud que usted puede tener, o la medicina que usted puede estar tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las preguntas siguientes completamente.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No Si sí, explica por favor: _____
- ¿Ha sido hospitalizado o tenido una gran operación? Sí No Si sí, explica por favor: _____
- ¿Alguna vez ha tenido grave lesión de cuello o cabeza? Sí No Si sí, explica por favor: _____
- ¿Esta tomando algún medicamento, pastillas o drogas? Sí No Si sí, explica por favor: _____
- ¿Toma usted, o ha tomado usted, el Phen-Pantano o Redux? Sí No _____
- alguna vez has tomado algún tipo de estos medicamentos?(FOSAMAX, BONIVA, ACTONEL
O CUALQUIER MEDICAMENTO PARA EL CÁNCER QUE CONTIENEN BISPSPHONATES) Sí No _____
- ¿Utiliza usted tabaco? Sí No
- ¿Utiliza usted sustancias controladas? Sí No

Mujeres, esta usted...

¿Embarazada/Tratando de quedar embarazada? Sí No ¿Tomar anticonceptivos orales? Sí No ¿Esta Amamantando a su bebe? Sí No

¿ES USTED ALERGICO A LOS SIGUIENTES...

Aspirina	Penicilina	Codeína	Acrílico	Metal	Látex	Anestésicos locales
Otro Si sí, explica por favor _____						

¿TIENE USTED, O HA TENIDO, CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES...

SIDA/VIH Positivo	Medicina cortisona	Hemofilia	Diálisis renal
Enfermedad de Alzheimer	Diabetes	Hepatitis A	Fiebre reumática
Anafilaxia	Toxicomania	Hepatitis B o C	Reumatismo
Anemia	Fácilmente Enrollado	Herpe	Escarlatina
Angina	Enfisema	Alta Presión	Tablillas
Artritis/Gota	Epilepsia o Convulsiones	Colmenas o Erupción	Enfermedad de células falciformes
Válvula artificial Corazón	Sangrar excesivo	Hipoglucemia	Problema de seno
Coyuntura artificial	Sed excesiva	Espina Bífida	latido del corazón irregular
Asma	Desvanecimiento Mareo	Problemas de riñón	Enfermedad estómago
Enfermedad al Corazón	Frecuente Tos	Leucemia	Trastorno congenitote Corazón
Transfusión de sangre	Frecuente Diarrea	Afección hepática	Hinchándose de Miembros
Problema de respiración	No Presión arterial baja	Enfermedad de tiroides	Desorden congénito al Corazón
Magulle Fácilmente	Herpe genital	Amigdalitis	Enfermedad pulmonar
Cáncer	Glaucoma	Tuberculosis	Prolapso mitral Válvula
Quimioterapia	Polinosis	Tumores o Malignidad	Coyunturas de Mandíbula
Dolores de pecho	Infarto	Ulceras	Enfermedad Parathyroid
Murmullo al Corazón	Cuidado Psiquiátrico	Enfermedad venérea	Herpes Labial/Apollas de fiebre
Ictericia amarilla	Convulsiones	Enfermedad al Corazón	Frecuente Dolores de cabeza
	Pérdida peso reciente	Golpe	Tratamientos de radiación

¿Tiene usted cualquier otro problema medico o historia medica que figura en esta lista? Sí No Si sí, explica por favor: _____

EN CASO DE CONTACTO DE EMERGENCIA...

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Según mi leal saber y entender, las preguntas en esta forma han sido contestadas exactamente. Comprendo que eso proporcionando información inexacta puede ser peligroso a mí (o el paciente) la salud. Es mi responsabilidad de informar la oficina dental de cualquier cambio en el estatus médico.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O GUARDIAN _____

FECHA: _____

SALUD MÉDICA REVISADA POR (MÉDICO): _____

FECHA _____

HISTORIA DENTAL

¿Cómo podemos ayudarle hoy? _____

Su salud dental actual es: Bien Feria Malo

¿Usted requiere antibióticos antes del tratamiento dental? Sí No

¿Está usted actualmente en el dolor? Sí No

¿Alguna vez ha recibido tratamiento de las encías? Sí No

¿Tiene ahora o ha tenido algún dolor / mandíbula molestias en las articulaciones? (ATM) Sí No

¿Están bajo mucho estrés (nuevo trabajo, es decir, en movimiento, las relaciones)? Sí No

¿Te gusta tu sonrisa? Sí No

¿Estás contento con el color de sus dientes? Sí No

¿Le sangran las encías? Sí No

¿Cuántas veces usted: seda/semana ? _____ cepillo/día ? _____

¿Es sensible al calor, frío o algo más? Sí No

¿Ha perdido algún diente permanente? Sí No

¿Te moler o aprieta los dientes? Sí No

¿Alguna vez ha tenido una dificultad seria con cualquier trabajo dental anterior? Sí No

¿Alguna vez has tenido alguna experiencia desfavorable dental? Sí No

¿Cuándo fue la última vez: Limpieza? _____ Dental Visita? _____

¿Por qué dejó a su dentista anterior? _____

¿Cómo podemos acomodar mejor durante su visita al dentista? _____

Acuerdo para recibir comunicación electrónica

Nombre del paciente: _____

(Inicial abajo)

Yo _____ ESTOY DE ACUERDO

Yo _____ NO ESTOY DE ACUERDO

Que la oficina dental puede comunicarse conmigo electrónicamente a la dirección de correo electrónico y / o al número de teléfono celular que se detalla a continuación.

Soy consciente de que existe cierto nivel de riesgo de que terceros puedan leer correos electrónicos no cifrados. También estoy de acuerdo en que soy responsable de proporcionar a la práctica dental cualquier actualización de mi dirección de correo electrónico y / o número de teléfono móvil.

Mi método preferido de comunicación electrónica:

(Inicial abajo)

_____ Mensaje de texto

_____ Correo electrónico

Me gustaría recibir:

_____ Recordatorios de la cita / visitas de regreso

_____ Información sobre seguro / facturación

_____ Solicitudes de satisfacción del paciente revisiones en línea

Puedo retirar mi consentimiento a la comunicación electrónica en cualquier momento llamando a:

Orchard Dental Care 916-422-8332

Firma _____ Fecha: _____

Reproduction of this material by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association. This material is for general reference purposes only and does not constitute legal advice. It covers only HIPAA, not other federal or state law. Changes in applicable laws or regulations may require revision. Dentists should contact qualified legal counsel for legal advice, including advice pertaining to HIPAA compliance, the HITECH Act, and the U.S. Department of Health and Human Services rules and regulations.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DE MATERIALES DENTALES HOJA DE DATOS Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Desde el 1 de enero de 2002, la Junta Dental de California ahora requiere que distribuyamos a nuestros pacientes una copia de la Hoja de datos de materiales dentales. Además, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) exige que los pacientes reciban una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Si lo desea, imprima y firme su nombre a continuación, reconociendo que ha recibido estos formularios en esta oficina.

1. Una copia de la Hoja de datos de materiales dentales; y
2. Aviso de prácticas de privacidad

IMPRIMIR EL NOMBRE DEL PACIENTE / PADRE / GUARDIÁN

X

FIRMA DEL PACIENTE / PADRE / TUTOR

FECHA

Sólo para uso de oficina

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- Individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener un reconocimiento
- Otros (especificar)

© 2002 American Dental Association
All Rights Reserved

Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association.

This Form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002).

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

Smile Dental Services y sus oficinas afiliadas respetan su privacidad. Entendemos que su información de salud personal es muy sensible. No divulgaremos su información a terceros a menos que usted nos lo indique, o a menos que la ley nos autorice o nos obligue a hacerlo. **La Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA)** requiere que todos los registros de atención médica y otra información de salud individualmente identificable utilizada o divulgada a nosotros en cualquier forma, ya sea en forma electrónica, en papel o en forma oral, se mantenga confidencial. Esta ley federal le otorga a usted, el paciente, nuevos y significativos derechos para comprender y controlar cómo se usa su información de salud. HIPAA proporciona multas a las entidades cubiertas que hacen mal uso de la información de salud personal. Según lo exige la ley, hemos preparado esta explicación sobre cómo debemos mantener la privacidad de su información de

salud y cómo podemos usar y divulgar su información de salud

Sin autorización específica por escrito, se nos permite usar y divulgar sus registros de atención médica a los fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

- **Tratamiento** significa proporcionar, coordinar o administrar la atención médica y los servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. Por ejemplo, es posible que necesitemos compartir información con otros proveedores de atención médica o especialistas involucrados en la continuación de su atención.
- **Pago** significa actividades tales como obtener un reembolso por los servicios, confirmar la cobertura, actividades de facturación o cobranza y revisión de la utilización. Por ejemplo, podemos divulgar información de tratamiento al facturar a un plan dental por sus servicios dentales.
- **Las operaciones de atención médica** incluyen los aspectos comerciales de nuestra práctica. Por ejemplo, la información del paciente puede usarse con fines de capacitación o evaluación de calidad.

A menos que solicite lo contrario, podemos usar o divulgar información médica a un familiar, amigo, representante personal u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica. En el caso de una emergencia o su incapacidad, utilizaremos nuestro juicio profesional al divulgar solo la información de salud protegida necesaria para facilitar la atención necesaria. Además, podemos utilizar su información confidencial para recordarle las citas enviando recordatorios postales y/o dejando mensajes en el hogar y/o en el trabajo. Su información de salud protegida también puede ser utilizada por nuestra oficina para recomendar alternativas de tratamiento o proporcionar información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle. Además, podemos divulgar su información de salud para actividades de supervisión de salud pública, procedimientos judiciales o administrativos, en respuesta a una citación u orden judicial, a las autoridades militares del personal de las Fuerzas Armadas, a funcionarios federales para inteligencia legal, contra inteligencia y otra seguridad nacional actividades, a las instituciones correccionales o a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, y/o para informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Cualquier uso o divulgación se realizará solo con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a respetar y atender sus solicitudes por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas confiando en su autorización.

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud protegida, que puede ejercer presentando una solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad en la dirección de la Oficina de Administración que se detalla a continuación:

- El derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluidos los relacionados con divulgaciones a familiares, otros parientes, amigos personales cercanos o cualquier otra persona que usted identifique. No estamos obligados a otorgar la solicitud. Pero cumpliremos con cualquier solicitud otorgada.
- El derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El derecho de acceder, inspeccionar y copiar su información de salud protegida, con excepciones limitadas. Se puede evaluar una tarifa razonable.
- El derecho de solicitar una enmienda a su información de salud protegida. Podemos denegar su solicitud en ciertas situaciones.
- El derecho de recibir un informe de las divulgaciones de información de salud protegida realizadas fuera del tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica ... o según su autorización previa.
- El derecho de obtener una copia en papel de este aviso cuando lo solicite, incluso si aceptó recibir el aviso electrónicamente.

La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud protegida y proporcionarle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida

Este aviso entra en vigencia a partir del 15 de abril de 2003 y se nos exige que cumplamos con los términos del Aviso de prácticas de privacidad actualmente en vigencia. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y hacer que las nuevas disposiciones de notificación sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Las revisiones de nuestro Aviso de prácticas de privacidad se publicarán en la fecha de vigencia y usted puede solicitar una copia del Aviso revisado en esta oficina.

Tiene derecho a presentar una queja formal por escrito a la dirección que aparece a continuación, o al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, en caso de que sus derechos de privacidad hayan sido violados. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con:

Privacy Officer
Administration Office
Address
City, State, Zip
Phone

**Orchard Dental Care
Dr. Saini / Front Desk
925 Secret River Dr Ste B
Sacramento, CA 95831
916-422-8332**

Para obtener más información sobre HIPAA o para presentar una queja :

U.S. Department of Human & Health Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
877-696-6775 (toll-free)

Política de Cancelación e Inasistencia

Le agradecemos y entendemos que su tiempo es valioso, por lo que hacemos todo lo posible para evitarle esperas. Por lo tanto, su cita en esta oficina está reservada exclusivamente para usted. Nos reservamos el derecho de cobrar a los pacientes que no cancelen con suficiente antelación o que no acudan a sus citas programadas. Para respetar las necesidades de los pacientes de Orchard Dental Care, si necesita cancelar su cita reservada, le solicitamos que se comunique con nuestra oficina con 48 horas de anticipación. Las citas tienen alta demanda y su cancelación anticipada le dará a otra persona la oportunidad de acceder a atención dental oportuna. Una cita inapropiada ocurre cuando un paciente no acude a una cita sin cancelarla con **48 horas de anticipación**. Perder una cita es un inconveniente para los pacientes que necesitan atención dental de manera oportuna y es una falta de consideración hacia nuestro médico y equipo, quienes se ven obligados a esperar. Las cancelaciones de último minuto o tardías se consideran citas inapropiadas. Nos reservamos el derecho de cobrar por cualquier cita cancelada sin previo aviso de 48 horas. **El cargo será de \$100 por hora de higiene programada y de \$150 por hora programada con el doctor. Estos cargos no están cubiertos por el seguro y son responsabilidad exclusiva del paciente. Es la responsabilidad del paciente o guardian de manter sus citas. De cortesía les hablamos antes de la cita y mandamos recordatorios.** El pago debe realizarse en su totalidad antes de su próxima cita. Las citas perdidas, canceladas o reprogramadas pueden resultar en Que el paciente deba pagar por adelantado antes de programar una cita o en que esta oficina ya no esté disponible para brindarle servicios dentales. Nuestro buzón de voz está disponible para mensajes fuera del horario laboral; sin embargo, si se deja un mensaje fuera del horario laboral cancelando una cita para el día siguiente, esto estará sujeto a nuestro cargo. Entendemos que pueden surgir emergencias o circunstancias extremas o inevitables que puedan requerir la cancelación de su cita, y se tomarán en cuenta las circunstancias individuales. En nuestra clínica creemos firmemente que una buena relación médico-paciente se basa en la confianza y la buena comunicación. Las preguntas sobre cargos por cancelación e inasistencia deben dirigirse a nuestra clínica. Orchard Dental Care Al firmar a continuación, reconozco haber recibido la Política de Cancelación e Inasistencia de Orchard Dental Care.

Firma del paciente o persona legalmente autorizada

Nombre en letra imprenta Parentesco con el paciente

Fecha