AMARPREET S SAINI, DDS INC.

FAMILY AND COSMETIC DENTISTRY

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? _____

AMARPREET S SAINI, DDS INC.

FAMILY AND COSMETIC DENTISTRY

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 algun tipo de estos medicamentos?(FOSAMAX, BONIVA, ACTONEL O CUALQUIER MEDICAMENTO PARA EL CÁNCER QUE CONTIENEN BISPHOSPHONATES) ☐ Sí ☐ No _____

¿Utiliza usted tabaco? ☐ Sí ☐ No

¿Utiliza usted sustancias controladas? ☐ Sí ☐ No

Mujeres, esta usted...

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

¿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_____

CAMBIOS EN LA SALUD DESDE EL ÚLTIMO EXAMEN: _____ FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O GUARDIAN: _____ FECHA: _____

CAMBIO MÉDICO REVISADO POR (MÉDICO)-DOCTOR SIGNATURE_____ FECHA_____

CAMBIOS EN LA SALUD DESDE EL ÚLTIMO EXAMEN: _____ FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O GUARDIAN: _____ FECHA: _____

CAMBIO MÉDICO REVISADO POR (MÉDICO)-DOCTOR SIGNATURE_____ FECHA_____

CAMBIOS EN LA SALUD DESDE EL ÚLTIMO EXAMEN: _____ FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O GUARDIAN: _____ FECHA: _____

CAMBIO MÉDICO REVISADO POR (MÉDICO)-DOCTOR SIGNATURE_____ FECHA_____

AMARPREET S SAINI, DDS INC.

FAMILY AND COSMETIC DENTISTRY

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

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial mediano: _____

Nombre Preferido: _____ Paciente Es: ☐ Poseedor de política ☐ Partido responsable ☐ Niño

Domicilió: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Correo-e: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Estatus de empleo: ☐ Tiempo lleno ☐ Tiempo de parte ☐ Jubilado ☐ El ser Empleó ☐ Otro Género: _____

Estado civil: ☐ Niño ☐ Individual ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Otro

Estatus de estudiante: ☐ Tiempo lleno ☐ 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: ☐ Tiempo lleno ☐ Tiempo de parte ☐ Jubilado ☐ El ser Empleó ☐ Otro Género: _____

Estado civil: ☐ Individual ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Otro

SEGURO PRIMARIO (POR FAVOR LLENE TODOS APLICABLE LA INFORMACIÓN)

El nombre de Asegurado: _____ La relación a Asegurado: ☐ Ser ☐ Esposo ☐ Niño ☐ Otro

Asegurado ID/SSN: _____ Asegurado DOB: _____

Empleador: _____ Compañía de seguros: _____

Domicilió: _____ Domicilió: _____

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: ☐ Ser ☐ Esposo ☐ Niño ☐ Otro

Asegurado ID/SSN: _____ Asegurado DOB: _____

Empleador: _____ Compañía de seguros: _____

Domicilió: _____ Domicilió: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono Teléfono

REFERENCIA (¿A QUIEN POBEMOS AGRADECER?)

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

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).

Acuerdo para recibir comunicación electrónica

Nombre del paciente: _____Fecha de nacimiento:_____

(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 comunicacion electrónica en cualquier momento llamando a:

SMILE DENTAL SERVICES, INC.|1-888-585-3368|INFO@SMILEDENTALSERVICES.COM:

Firma del paciente:_____ 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 HITEC H Act, and the U.S. Department of Health and Human Services rules and regulations.

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 proporcionarle 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, contrainteligencia 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 otro uso y las divulgaciones se realizarán solo con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a respetar y atenernos a esa solicitud 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 a 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 a 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 presentarnos 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 sienta que se han violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

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

Privacy Officer	Anny Souvannarath
Administration Office Address	7315 Stockton Blvd Ste#3
	7315 Stockton Blvd Ste#3
City, State, Zip	Sacramento,CA,95823
Phone	(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)