

# HIPAA

---

## NOTIFICACIÓN SOBRE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD:

### Arlington Dental

**ESTE DOCUMENTO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA O DIVULGADA, ASIMISMO, COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A LA MISMA.**

**POR FAVOR, LEA CUIDOSAMENTE.**

Si usted tiene preguntas respecto de las políticas descritas a continuación, por favor contáctenos:

821 N. Fielder Rd.  
address2  
Arlington, TX 76012  
817 303 5700  
817 548 7099  
joereddmd@gmail.com

## QUIEN DEBE SEGUIR ESTA NOTIFICACIÓN

Este documento describe las prácticas de privacidad que siguen nuestros empleados, staff y personal de esta oficina en general. Las prácticas descritas en esta notificación serán seguidas, también, por los profesionales en salud que usted consulte vía telefónica (cuando el que regularmente le atiende no se encuentre disponible) quienes brindan "consulta telefónica" en apoyo a su médico o profesional de la salud de cabecera.

## SU INFORMACIÓN MÉDICA

Esta Notificación aplica para toda aquella información y registros sobre su salud, estado de su salud, y el cuidado médico y servicios que usted recibe en esta oficina.

Por Ley, nos encontramos en la obligación de notificarle sobre nuestras prácticas de privacidad, el modo en que podríamos utilizar y divulgar su información médica, asimismo, indicarle sus derechos y obligaciones respecto del uso y divulgación de sus datos médicos.

## COMO PODRÍAMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

### El Tratamiento

Podríamos utilizar su información médica para brindarle a usted tratamiento o servicios médicos. Médicos, enfermeras, técnicos en salud, personal administrativo y gerencial de esta oficina que esté involucrado en el servicio y tratamiento médico que usted recibe, tendrán acceso a su información médica.

Por ejemplo, su médico podría estarle tratando un problema cardíaco y necesitaría saber si usted sufre de algún otro problema de salud que pudiera complicar su tratamiento. El médico, al conocer su historial médico podrá decidir cuál es el mejor tratamiento para usted, o bien, podrá consultar con otro (s) médico (s) sobre su condición y así determinar el mejor cuidado para usted.

El personal de nuestra oficina en general, podrá compartir y divulgar información sobre usted con personas que no trabajan directamente con nosotros, tales como: solicitudes telefónicas de medicamentos a su farmacia, calendarización de citas en laboratorio clínico o bien citas para realización de rayos-x, con el fin de coordinar los servicios y cuidados para usted. Así como, familiares cercanos a usted y otros proveedores de servicios de salud que sean parte del cuidado de su salud fuera de nuestra oficina y que requieran información sobre usted que nosotros tengamos.

### El Pago

Su información médica podrá ser utilizada con el fin de facturar y cobrar los servicios recibidos por usted en nuestra oficina, a su compañía aseguradora o bien a un tercero a cargo, según corresponda. Es decir, necesitamos informar a su Plan de Salud (Seguro) sobre los servicios recibidos por usted para que el mismo realice el pago respectivo o bien le reembolse a usted el dinero pagado a nuestra oficina. O bien, debemos informar a su Plan de Salud sobre el tratamiento que usted va a recibir para obtener previa autorización, o para determinar si su Plan cubre su tratamiento.

### Calidad en el Cuidado Médico

Su información médica podrá ser utilizada y divulgada con el propósito de evaluar continuamente el desempeño de nuestros colaboradores en el cuidado de su salud, asegurándonos que nuestros pacientes reciben un servicio de calidad. También podríamos utilizar información sobre nuestros pacientes en general que nos ayude a identificar mejoras en nuestro servicio, nuevos servicios para nuestros pacientes, así como nuevos tratamientos que pudieran implementarse.

### Recordatorios de Citas

Nuestra oficina le contactará con el fin de recordarle sus citas de tratamiento o chequeo médico.

### Tratamientos Alternativos

Según el caso, podríamos comentarle o recomendarle posibles opciones de tratamientos alternativos que pudieran ser de su interés.

### Productos y Servicios de Salud

También, nuestro personal podría comentarle o recomendarle productos o servicios de salud que pudieran ser de su interés.

Por favor, notifíquenos si usted no desea recibir recordatorios de sus citas, información sobre tratamientos alternativos o productos y servicios de salud. Si usted nos notifica por escrito a la dirección indicada al inicio de esta Notificación, nosotros NO utilizaremos o divulgaremos su información para estos propósitos.

### SITUACIONES ESPECIALES

Podríamos utilizar y divulgar su información médica sin su autorización para los siguientes propósitos, todos sujetos a los requerimientos y limitaciones legales correspondientes:

#### Para Prevenir Serias Amenazas a la Salud o Seguridad

Podríamos utilizar o divulgar su información médica cuando sea necesario prevenir amenazas que pudieran afectar su salud o seguridad, o bien la de otras personas.

#### Por Requerimiento legal

Divulgaremos su información médica cuando así sea requerido por cualquier autoridad federal, estatal o legal.

#### Investigación

Podríamos utilizar su información médica con fines investigativos para proyectos sujetos a un proceso de aprobación previa. Oportunamente, le pediremos su consentimiento en caso de que el investigador tenga acceso a su nombre, dirección o cualquier dato que revele su identidad o situación médica.

### **Donación de Órganos o Tejidos**

Si usted es donador de órganos, nosotros podríamos revelar su información a organizaciones que manejen obtención de órganos ó trasplantes de órganos, ojos y tejidos, ó bancos de órganos, con el fin de facilitar el proceso de donación y trasplante.

### **Militares, Veteranos, Seguridad e Inteligencia Nacional**

Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, seguridad o inteligencia nacional, nosotros estamos requeridos por orden militar o cualquier autoridad gubernamental a divulgar información sobre usted. Asimismo, debemos revelar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar correspondiente según el caso.

### **Compensación al Trabajador**

Podríamos revelar su información médica para el programa de Compensación al trabajador, o bien, programas similares que proveen beneficios a los trabajadores por riesgos o enfermedades relacionadas al lugar de trabajo.

### **Riesgos para la Salud Pública**

Podríamos divulgar su información en razón de prevenir posibles amenazas a la salud pública como epidemias, riesgos o discapacidades; o bien, para reportar nacimientos, defunciones, presuntos abusos o negligencia, heridas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.

### **Fiscalización de Procedimientos de Salud**

Podríamos revelar su información a una agencia de supervisión de salud para auditorías, investigaciones o procesos de acreditación. Estas revelaciones podrían ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales con el fin de monitorear el sistema de salud, programas gubernamentales y que los mismos funcionen de conformidad con la ley de derechos civiles.

### **Disputas Legales**

Si usted está involucrado en un juicio o disputa legal, nosotros sujetos a los requerimientos legales, deberíamos revelar su información en caso de ser solicitada por una corte, mediante una orden administrativa o bien una notificación legal.

### **Orden Público**

Sujetos a todos los requerimientos legales, nosotros revelaríamos su información médica en caso de ser solicitada por un oficial del orden público en respuesta a una orden de una corte, notificación, orden judicial, citación judicial o similar.

### **Jueces de Instrucción, Examinadores Médicos, Funerarios**

Puede ser necesario revelar información médica a un juez de instrucción o examinador médico con el fin de identificar una persona fallecida o determinar las causas de su muerte.

### **Información Personal No Identificable**

Podríamos utilizar y divulgar su información médica de forma tal que no lo identifique o revele quien es usted.

### **Familia y Amigos**

Podríamos divulgar su información médica con sus familiares o amigos si obtenemos su aprobación verbal para hacerlo o bien si le damos la oportunidad para objetar dicho procedimiento y usted no se manifiesta en desacuerdo. También podríamos divulgar su información con familiares o amigos suyos, si suponemos bajo ciertas circunstancias – basados en nuestro juicio profesional – que usted no se opondría a que nosotros lo hagamos. Por ejemplo, nosotros podríamos asumir que usted estaría de acuerdo en que divulgáramos su información médica con su esposo (a) si usted lo (la) ha traído con usted a sus citas y ha entrado con usted al

consultorio del médico que lo trata y ha estado presente mientras se le realizan exámenes o se discute su tratamiento médico.

### **OTROS USOS Y REVELACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Bajo ninguna circunstancia se hará uso o se revelará su información médica para otros propósitos que no sean los citados arriba sin su previa autorización por escrito. Si usted nos autoriza para utilizar y/o revelar su información médica, usted puede revocar esa autorización de igual forma: por escrito en cualquier momento.

Si usted revoca su autorización por escrito, desde ese momento nosotros NO usaremos o divulgaremos su información médica en atención a las razones que usted exponga en su nota de revocación. Sin embargo, no podremos retirar aquellos usos o revelaciones que se hayan realizado anteriores a la fecha de presentación de su revocación.

En caso de manejarse información suya sobre VIH ó abuso de sustancias, no se podrá utilizar o revelar su información médica sin una autorización especial, por escrito y firmada por usted donde nos autorice a hacerlo, lo anterior en cumplimiento de lo estipulado en la ley respecto de los registros de VIH y abuso de sustancias.

### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Usted tiene los siguientes derechos respecto del manejo que hacemos de su información médica:

#### **Derecho para revisar y copiar información**

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su información médica tanto los registros médicos como las facturas que nosotros manejamos. En este sentido, usted debe remitir una solicitud por escrito a:

821 N. Fielder Rd.  
address2  
Arlington, TX 76012  
817 303 5700  
817 548 7099  
joereddmd@gmail.com

Con el fin de solicitar la revisión y copia de los registros que usted desee ver. Si usted solicita copia de su información, se le hará un cargo por el costo de las mismas, así como el costo de envío o similares. Nosotros podríamos denegar su solicitud para revisar y/o copiar su información en ciertas circunstancias. Si se le ha negado el acceso su información médica, usted puede solicitar que se revise la negativa. Si esa revisión fuera solicitada por requerimiento legal, nosotros seleccionaremos un profesional de la salud acreditado para que revise su solicitud y nuestra negativa. La persona que revise la negativa no será la misma que hizo la denegación, y nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

#### **Derecho de Corregir**

Si usted cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, usted puede solicitar su corrección. Usted tiene el derecho a solicitar correcciones durante el tiempo en que su información médica sea manejada por nosotros.

En caso de que la solicitud de corrección NO se realice por escrito o la misma no indique la razón de su solicitud, nosotros podríamos negarnos a la misma. Además, podríamos negarnos a su solicitud para corregir información que:

- a) No fue creada por nosotros. A menos de que la entidad que la creó ya no exista.
- b) No sea parte de la información médica que nosotros manejamos.
- c) Usted no esté permitido a revisar o copiar.
- d) Esté correcta y completa.

### **Derecho a un Reporte de Publicaciones**

Usted tiene derecho a solicitar un "reporte de publicaciones", es decir, una lista de las publicaciones que se han hecho de su información médica con propósitos fuera del tratamiento, pagos u operaciones. Para obtener este listado, usted deberá enviar solicitud por escrito a:

821 N. Fielder Rd.  
address2  
Arlington, TX 76012  
817 303 5700  
817 548 7099  
joereedmd@gmail.com

La misma no deberá exceder un período de 6 años y no deberá incluir fechas anteriores al 14 de Abril de 2003. En su solicitud deberá indicar el formato en que desea el listado (por ejemplo: en papel o documento electrónico). Se le realizará un cargo por los costos administrativos generados al proveerle el listado. Nosotros le notificaremos sobre el costo del cargo y usted decidirá si desea que continuemos con el trámite o bien si no desea solicitarlo para que no se genere cargo alguno.

### **Derecho a Solicitud Restricciones**

Usted tiene el derecho a solicitar la restricción de la información médica sobre usted que nosotros podamos divulgar para su tratamiento, pagos u operaciones. Usted también tiene el derecho a solicitar que se restrinja la divulgación sobre su información médica hacia personas involucradas con su tratamiento médico o pago de su tratamiento médico, como un miembro de su familia o amigo cercano. Por ejemplo, usted podría solicitarnos que no divulguemos información sobre alguna cirugía que se le haya practicado.

Para solicitar restricciones, usted debe completar y enviar el formulario Solicitud para Restricción de Usos y divulgaciones y Comunicaciones Confidenciales a:

### **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales**

Usted tiene el derecho a solicitar que nuestra comunicación con usted sobre asuntos médicos se haga de una forma específica o en un lugar determinado. Es decir, usted podría pedirnos que le contactemos únicamente en su trabajo, mediante correo convencional o por mensaje de texto o llamada a su teléfono celular ya sea con relación a citas, tratamientos, seguro médico, y/o su cuenta. Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento y establecer sus preferencias sobre comunicaciones confidenciales completando y enviando el formulario Solicitud para Restricción de Usos y Divulgaciones y Comunicaciones Confidenciales.

Arlington Dental

### **No estamos obligados a Acceder a su solicitud**

Es posible que no estemos (y no estamos obligados) de acuerdo con sus restricciones, con una excepción: Si usted paga en su totalidad (de su bolsillo) por un servicio que recibe de nosotros, y usted solicita que no presentemos la solicitud de este servicio a su compañía de seguros o plan de salud para el reembolso, nosotros debemos respetar esa solicitud.

En caso de que accedamos a su solicitud, será en casos de suma emergencia la entrega de información para su tratamiento. Nosotros no le pediremos justificar su solicitud, nos ajustaremos a todas aquellas solicitudes razonables. Su solicitud debe indicar explícitamente cómo o dónde usted desea ser contactado.

### **Derecho a obtener una copia en papel de esta Notificación**

Usted tiene el derecho a una copia en papel de esta Notificación. Usted podrá solicitarnos una copia de este documento en cualquier momento, aún cuando usted haya aceptado recibirlo vía electrónica, aún así usted tiene derecho a una copia en papel. Para obtenerla, contáctenos:

Arlington Dental

### **CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN**

Nos reservamos el derecho de realizar cambios a esta Notificación, así como, hacer efectivo el nuevo documento y aplicar los cambios sobre la información médica, a la información que hasta el momento manejemos sobre usted, asimismo, para la información que recibamos en el futuro. Colocaremos un resumen de la Notificación vigente en nuestras oficinas indicando la fecha de vigencia en la parte superior derecha de la misma. Usted tiene derecho a solicitar una copia de la Notificación que se encuentre vigente.

### **QUEJAS**

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja en nuestras oficinas o bien en la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nosotros, por favor contáctenos:

Arlington Dental  
821 N. Fielder Rd.  
address2  
817 303 5700  
817 548 7099  
joereedmd@gmail.com

Usted no será penalizado por presentar una queja.

Firma:

---

# INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE

---

## Registro del Paciente

### Información del Paciente

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero (a)  Casado (a)  Separado (a)  Divorciado (a)  Viudo (a)

Sexo:  Masculino  Femenino

SSN/ID: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de habitación: \_\_\_\_\_

Teléfono de celular: \_\_\_\_\_

### Licencia para Conducir

Estado: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_

### Dirección de su casa:

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y ZIP: \_\_\_\_\_

### Dirección de Correo:

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y ZIP: \_\_\_\_\_

### Información Laboral:

Patrono: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Método de Contacto:  Teléfono  Correo E.  Mensaje de Texto  Cualquiera de los anteriores

### Contacto en caso de Emergencia:

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

### Cómo supo usted sobre nuestra oficina?

A quién debemos agradecerle por referirlo (a)? \_\_\_\_\_

# INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE

## Información Financiera

### Detalles de pago del paciente – Fiador (Persona responsable por el pago de la cuenta)

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_

SSN/ID: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### Principal Compañía Aseguradora Dental – Suscriptor y detalles de la compañía aseguradora,

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN/ID: \_\_\_\_\_

Patrono: \_\_\_\_\_

Póliza número: \_\_\_\_\_

Grupo Número: \_\_\_\_\_

Tipo de Cobertura:  Individual  Familiar  Prepago/ Capitación

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Compañía: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y ZIP: \_\_\_\_\_

### Compañía Aseguradora Dental (Secundaria) – Suscriptor y detalles de la compañía aseguradora,

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN/ID: \_\_\_\_\_

Patrono: \_\_\_\_\_

Póliza número: \_\_\_\_\_

Grupo Número: \_\_\_\_\_

Tipo de Cobertura:  Individual  Familiar  Prepago/ Capitación

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Compañía: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y ZIP: \_\_\_\_\_

### Información de la Farmacia

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

Yo autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluyendo diagnóstico, planes y registros del tratamiento y radiografías a terceros y/o profesionales de la salud. Yo autorizo y solicito a mi Compañía Aseguradora (si aplicara) el pago directo al grupo dental o dentista beneficiario. Entiendo que mi seguro dental puede pagar un monto menor al de la factura actual por los servicios, o puede no cubrir el tratamiento.

Por la presente Yo certifico que, la información citada anteriormente es precisa y completa y en consideración con el tratamiento y servicios brindados a mí o mi (s) dependiente(s) por esta oficina dental. Yo acepto la responsabilidad y estoy de acuerdo con que se me obligue a pagar a la oficina dental, en concordancia con sus términos de pago, crédito y sus políticas.

Firma: \_\_\_\_\_

# HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

## Historial Médico del Paciente

### Información de su Médico

Nombre completo de su doctor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y ZIP: \_\_\_\_\_

Está usted actualmente bajo cuidado médico?  Si  No

Actualmente toma medicamentos, drogas, píldoras?  Si  No

Porqué?

Si es así, enumere los nombres y dosis:

Ha estado hospitalizado en los últimos dos años?  Si  No

Porqué?

Usted fuma?  Si  No

Cuánto? \_\_\_\_\_

### Mujeres Únicamente:

Está usted embarazada?  Si  No

Fecha estimada de parto? \_\_\_\_\_

Está usted amamantando?  Si  No

Toma anticonceptivos?  Si  No

Está en terapia hormonal?  Si  No

## Condiciones actuales o previas del Paciente

Seleccione cualquiera de las siguientes condiciones si actualmente las sufre o las ha sufrido en el pasado:

### Alertas Médicas

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alérgico a la Penicilina   | <input type="checkbox"/> Alérgico a la Codeína   | <input type="checkbox"/> Pre-Medicación requerida   | <input type="checkbox"/> Marcapasos       |
| <input type="checkbox"/> Alérgico a la Tetraciclina | <input type="checkbox"/> Alérgico a la Novocaína | <input type="checkbox"/> Prolapso de Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> HIV Positivo     |
| <input type="checkbox"/> Alérgico a la Aspirina     | <input type="checkbox"/> Alérgico al Látex       | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón      | <input type="checkbox"/> Hepatitis Previa |
| <input type="checkbox"/> Otro:                      |  |   |   |

### Condiciones Médicas

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón           | <input type="checkbox"/> Sangra mucho al cortarse          | <input type="checkbox"/> Quimioterapia              | <input type="checkbox"/> Pies/Tobillos sudorosos         |
| <input type="checkbox"/> Sopro en el corazón         | <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme                 | <input type="checkbox"/> Ulceras                    | <input type="checkbox"/> Articulación artificial         |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho           | <input type="checkbox"/> Glaucoma                          | <input type="checkbox"/> Trastorno Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico            |
| <input type="checkbox"/> Problema cardíaco congénito | <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Reflujo Acido              | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Ataques             |
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> Sed excesiva                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar        | <input type="checkbox"/> Nervios extremos                |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón          | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina                | <input type="checkbox"/> Tuberculosis               | <input type="checkbox"/> Desvanecimiento/Mareos          |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides         | <input type="checkbox"/> Falta de aliento           | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia                    |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática            | <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea           | <input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar          | <input type="checkbox"/> Urticaria                       |
| <input type="checkbox"/> Anemia                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón              | <input type="checkbox"/> Asma                       | <input type="checkbox"/> Herpes Labial                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hematológica     | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática               | <input type="checkbox"/> Problemas de seno          | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea              |
| <input type="checkbox"/> Transfusión sanguínea       | <input type="checkbox"/> Hepatitis A o B                   | <input type="checkbox"/> Alergia al Polen           | <input type="checkbox"/> Herpes                          |
| <input type="checkbox"/> Ataque cerebral             | <input type="checkbox"/> Ictericia                         | <input type="checkbox"/> Tos frecuente              | <input type="checkbox"/> VPH (Virus del Papiloma Humano) |
| <input type="checkbox"/> Trombosis venosa            | <input type="checkbox"/> Cáncer                            | <input type="checkbox"/> Reumatismo                 | <input type="checkbox"/> Tratamiento con Cortisona       |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia                   | <input type="checkbox"/> Rayos X ó Tratamiento con Cobalto |   | <input type="checkbox"/> Dependencia Química             |
|  |  |   | <input type="checkbox"/> Artritis/Gota                   |
|  |  |   | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                    |

# HISTORIAL DENTAL DEL PACIENTE

## Historial Dental del Paciente

Cuál es la principal razón para buscar cuidado dental?

### Información Dental Previa

Nombre completo del dentista: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y ZIP: \_\_\_\_\_

Mes y Año de última visita: \_\_\_\_\_

Qué le hicieron en su última visita? \_\_\_\_\_

Fecha de últimos rayos x de boca: \_\_\_\_\_

Razón para dejar ultimo dentista: \_\_\_\_\_

Cada cuánto va al dentista?  Chequeo anual  Chequeo dos veces por año  
 Solo cuando tengo un problema  Otro

### Por favor, elija la respuesta apropiada

Está nervioso por recibir tratamiento dental?  Si  No      Está perdiendo dientes sin reemplazarlos?  Si  No  
Muerde con facilidad?  Si  No      Ha sangrado en exceso luego de una extracción?  Si  No  
Ha tenido problemas con el cuidado dental?  Si  No      ¿Toma algún medicamento con bisfosfonatos como Fosamax, Boniva, Actonel, Aredia o Zometa?  Si  No  
Si es así, explique?  Si  No

Son sus dientes sensibles al calor, presión o dulces?  Si  No      Ha tenido llagas que tardan en sanar?  Si  No  
Tiene dientes quebradizos?  Si  No      Tiene implantes dentales?  Si  No  
Tiene incomodidad al morder  Si  No      Usa dentaduras (parcial o total)?  Si  No  
Tiene encías sensibles/sangrantes?  Si  No      Tiene calzas (coronas) o puentes?  Si  No  
Se le pega la comida entre los dientes?  Si  No      Masca tabaco?  Si  No  
Ha tenido tratamiento de encías?  Si  No      Tiene la boca seca?  Si  No  
Ha tenido llagas dentro o fuera de la boca?  Si  No      Está disconforme como lucen sus dientes?  Si  No  
Sufre dolores constantes de cabeza, oídos o cuello?  Si  No      Desea que su sonrisa luzca mejor?  Si  No  
Rechina usted los dientes?  Si  No      Desea dientes más blancos?  Si  No  
Oye un sonido de "click" cuando abre/cierra la boca?  Si  No      Desea dientes más rectos?  Si  No  
Alguna vez se ha atorado su mandíbula?  Si  No      Usa hilo dental regularmente?  Si  No  
Sufre Desorden Temporomandibular (TMJ)?  Si  No      Se cepilla al menos una vez al día?  Si  No  
Hay algo más que desea que sepamos?  Si  No

Yo autorizo el uso de mis radiografías [rayos-x] y/o fotografías para uso educacional y promocional en seminarios, publicaciones y el sitio web de la oficina dental.  Si  No

Mediante la presente Yo certifico que la información anterior es certera y completa y que notificaré a la oficina de cualquier cambio con anterioridad. Yo no haré a mi doctor o algún miembro de su despacho, por cualquier error u omisión que yo haya podido cometer al completar esta forma.

Firma: \_\_\_\_\_