

REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____ (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA) Teléfono Particular: _____

Paciente: _____ Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Nombre Preferido _____

Dirección - Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Sexo: M F Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Empleado(a) por: _____ Ocupación: _____

Dirección del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

Nombre del Cónyuge/Padre o Madre: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Padre o Madre: _____

Cónyuge/Padre o Madre Empleado por: _____ Ocupación: _____

Dirección del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

¿Quién es responsable por esta cuenta? _____ Relación con el Paciente: _____

No. de Seguro Social: _____ No. de Seguro Social del Cónyuge/Padre o Madre: _____

Nombre de la Compañía del Seguro Dental: _____ Grupo Número: _____

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono: _____

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.? _____

HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Médico: _____ Fecha del Último Examen Físico: _____

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dieta Especial |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Tratamiento Síquiatrónico | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA u Otros |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Diarrea Crónica | <input type="checkbox"/> Trastornos Inmunesupresores |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales | <input type="checkbox"/> Alergias a Anestesias | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda | <input type="checkbox"/> Alergias Generales | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Drogadicción |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hemofilia |

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? _____

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? _____

¿Está tomando Ud. actualmente algún medicamento? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

¿Ha tomado Ud. alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen" (fenphen, en inglés). Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico? Sí No ¿Por el tratamiento de qué condiciones? _____

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? _____

(Mujeres) ¿Sospecha Ud. que está embarazada? Sí No ¿Está Ud. amamantando a un bebé? Sí No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? _____

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha: _____ Firma: _____

(SIGUE AL DORSO)

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Por favor lea y escriba las iniciales de su nombre en cada uno de los siguientes párrafos, y lea y firme la sección al pie de esta forma.

Nombre del Paciente: _____

1. TRATAMIENTO A HACERSE

Entiendo que me harán el siguiente tratamiento: Empaste _____ Puentes _____ Coronas _____ Extracción de Dientes _____ Extracción de Dientes Impactados _____ Anestesia General _____ Conducto Radicular _____ Otro _____ (Iniciales _____)

2. FÁRMACOS Y MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando el enrojecimiento e inflamación de tejidos, dolor, comezón, vómito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa)..

(Iniciales _____)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontradas durante la examinación, siendo lo más común la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y añadiduras necesarios.

(Iniciales _____)

4. EXTRACCIÓN DE DIENTES

Se me han explicado las alternativas a una extracción de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al Dentista extraerme los siguientes dientes _____ y cualquier otro(s) que sea necesario por motivos descritos en el párrafo #3.

Entiendo que la extracción de dientes no siempre remueve toda la infección, sí la hay, y puede que necesite tratamiento adicional. Entiendo cuáles son los riesgos de una extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, propagación de la infección, alveolo seco, perdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un período de tiempo indefinido (días o meses), o quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizado si resultan complicaciones durante o después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto.

(Iniciales _____)

5. CORONAS, PUENTES Y CAPERUZAS

Entiendo que algunas veces no es posible igualar exactamente el color de la dentadura postiza al de la dentadura natural. Además entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarme de que no se caigan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Estoy enterado que la última oportunidad para hacer cambios a mi nueva corona, puente o caperuza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendrá antes de la cementación.

(Iniciales _____)

6. DENTADURAS POS TIZAS, COMPLETAS O PARCIALES

Estoy enterado de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal, y/o porcelana. Se me han explicado los problemas que pueden surgir por usar estos aparatos, incluyendo aflojamiento, dolor, y posible ruptura. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendrá cuando asista a la consulta para probarme los "dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren otra alineación aproximadamente de tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en el costo inicial de la dentadura postiza.

(Iniciales _____)

7. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO (CONDUCTO RADICULAR)

Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y que pueden presentarse complicaciones por el tratamiento, y que en ocasiones, se cementan objetos de metal en el diente o se extienden a través del conducto radicular, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones puede necesitarse de procedimientos quirúrgicos adicionales después de un tratamiento de conducto radicular (apicectomía).

(Iniciales _____)

8. PÉRDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que tengo una condición grave, que está causando inflamación o pérdida de encías y de hueso, y que puede causar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo cirugía de la encía, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condición periodontal.

(Iniciales _____)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, prácticos acreditados no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad: _____ Fecha: _____

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Usted Puede Rehusarse a Firmer Esta Confirmación

Yo, _____ he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de esta consultorio.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Sólo para uso de oficina

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero el acuse de recibo no pudo ser obtenido porque:

- El individuo rehusó firmar
- Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otras (Especifique por favor)

(NAME OF PRACTICE)

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DECLARES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND
DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

PLEASE REVIEW IT CAREFULLY
THE PRIVACY OF YOUR HEALTH INFORMATION IS IMPORTANT TO US.

OUR LEGAL DUTY

We are required by applicable federal and State Law to maintain the privacy of your health information. We are also required to give you this notice about our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your health information. We must follow the privacy practices that are described in notice while it is in effect. This notice takes effect will remain in effect until we replace it.

We reserve the right change our privacy practices and the term of this notice at any time, provided such changes are permitted by applicable law. We reserve the right to make the changes in our privacy practices and the new term of our notice effective for all health information that we maintain including health information we created and received before we made the changes. Before we make significant changes in our privacy practices, we will change this notice and make new notice available upon request.

You may requested a copy of our notice at any time. For more information about our privacy practices, or additional copies of notices, please contact us using the listed information listed at the end of this notice.

USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION

We use and disclose health information about you for treatment, payment, and healthcare operations. For examples

TREATMENT: We may use or disclose your health information to a physician or other healthcare provider providing treatment to you.

PAYMENT: We may use and disclose your health information to obtain payment for services we provide to you.

HEALTHCARE OPERATION: We may use and disclose your health information in connection with our healthcare operations Healthcare operations include quality assessment and improvement activities, reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals, evaluating practitioner and provider performance conducting training programs, accreditation, certification, licensing or credentialing activities.

Your AUTHORIZATION: in addition to our use of your health information for treatment payment or healthcare operations, you may give us written authorization to use your health information or to disclose it to anyone for any purpose. My you give us an authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us a written authorization we cannot use or disclose your health information for any reason except those described in this Notice.

TO YOUR FAMILY AND FRIENDS: We must disclose your health information to you as described in the Patient Rights section of this Notice. We may disclose your health information to a family member friend or other person to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare, but only if you agree that we may do so.

PERSONS INVOLVED IN CARE: We may use or disclose health information to notify or assist in the notification of (including identifying or locating) a family member your personal representative or another person responsible for your care of your location, your general condition or death if you are present then prior to use or disclosure of your health information we will provide you with an opportunity to object to such uses or disclosures in the event of your incapacity or emergency circumstances we will disclose health information based on a determination using our professional judgment disclosing only heath information that is directly relevant to the person's involvement in your healthcare. We will also use our professional judgment and our experience with common practice to make reasonable inferences of your best interest in allowing a person to pick up filled prescriptions. medical supplies x rays or other similar forms of health information.

MARKETING HEALTH-RELATED SERVICES: We will not use your health information for marketing communications without your written authorization.

REQUIRED BY LAW: We may use or disclose your health information when we are required to do so by law.

ABUSE OR NEGLECT: We may disclose your health information to appropriate authorities if we reasonably believe that you are a possible victim of abuse, neglect, or domestic violence or the possible victim of other crimes We may dis close your health information to the extent necessary to avert a serious threat to your neath or safety of the rear or safety of others.

National Security: We may disclose to military authorities the health information of Armed Forces personnel under certain circumstances. We may disclose to authorized federal officials health information required for lawful intelligence, counterintelligence, and other national security activities. We may disclose to correctional institution or law enforcement official having lawful custody of protected health information of inmate or patient under certain circumstances.

Appointment Reminders: We may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders (such as voicemail messages, postcards, or letters).

PATIENT RIGHTS

ACCESS: You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You may request that we provide copies in a format other than photocopies. We will use the format you request unless we cannot practicably do so. (You must make a request in writing to obtain access to your health information. You may obtain a form to request access by using the contact information listed at the end of the Notice. We will charge you a reasonable cost-based fee for expenses such as copies and staff time. You may also request access by sending us a letter to the address at the end of this Notice. If you request copies, we will charge you \$0. _____ for each page. \$ _____ per hour for staff time to locate and copy your health information, and postage if you want the copies mailed to you. If you request an alternative format, we will charge a cost-based fee for providing your health information in that format. If you prefer, we will prepare a summary or an explanation of your health information for a fee, Contact us using the information listed at the end of this Notice for a full explanation of our fee structure.)

DISCLOSURE ACCOUNTING: you have the right to receive a list of instances in which we or our business associates disclosed your heath information for purposes, other than treatment, payment, healthcare operations and certain other activities, for the last 6 years, but not before April 14, 2003. If you request this accounting more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee for responding to these additional requests.

RESTRICTIONS: You have the right to request that we place additional restrictions on our use or disclosure of your health information. We are not required to agree to these additional restrictions, but if we do, we will abide by our agreement (except in an emergency).

ALTERNATIVE COMMUNICATION: you have the right to request that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations. (You must make your request in writing.) Your request must specify the alternative means or location, and provide satisfactory explanation how payments will be handled under the alternative means or location you request.

AMENDMENT: you have the right to request that we amend your health information. (Your request must be in writing, and it must explain why the information should be amended.) We may deny your request under certain circumstances.

ELECTRONIC NOTICE: If you receive this Notice on our Web site or by electronic mail (e-mail), you are entitled to receive this Notice in written form.

QUESTIONS AND COMPLAINTS

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact us.

If you are concerned that we may have violated your privacy rights, or you disagree with a decision we made about access to your health information or in response to a request you made to amend or restrict the use or disclosure of your health information or to have us communicate with you by alternative means or at alternative locations, you may complain to us using the contact information listed at the end of this Notice. You also may submit a written complaints to U.S. Department of Health and Human Services. We will provide you with the address to file your complaint with the U.S. Department of Health and Human Services upon request.

We support your right to the privacy of your health information. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or with the U.S. Department of Health and Human Services.

Contact officer: West Chicago Dental Center

Telephone: (630) 562-8700

E-mail: office@westchicagodentalcenter.com

Address: 440 E. Roosevelt Rd. Suite 112, West Chicago, IL 60185