

Advantage Dental

From DentaQuest

Bienvenido, y ¡gracias por seleccionar a nuestro equipo de salud! Nos esforzamos por proporcionar el mejor cuidado dental posible. Para ayudar a alcanzar esta meta, por favor llene estos formularios en su totalidad, en tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda por favor no dude en preguntarnos. ¡Con gusto le ayudaremos!

Formulario de Admisión

Información proporcionada en este formulario no es vendida o utilizada para mandarle correo no deseado. Solo es utilizada para comunicación con usted acerca de su atención dental, el portal de paciente y para sus registros dentales.

Como requerido según la ley, nuestra oficina se adhiere a las pólizas y los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información sobre usted que creamos, recibimos u obtenemos. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán confidenciales conforme a las leyes aplicables. Por favor tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas acerca de sus respuestas a este formulario y puede haber preguntas adicionales acerca de su salud. Esta información es vital para permitirnos proveer la atención adecuada para usted. Nuestra clínica no utiliza esta información para discriminar.

¿Cómo se enteró de nosotros?

Marque uno y especifique cuando sea aplicable

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Estación de radio..... |
| <input type="checkbox"/> Yelp | <input type="checkbox"/> Recomendado: - |
| <input type="checkbox"/> Facebook | Nombre del paciente que lo refirió: |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda en Google | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sitio web | <input type="checkbox"/> Aseguradora |
| <input type="checkbox"/> Envió por correo | <input type="checkbox"/> Otro por favor especifique: |
| <input type="checkbox"/> Letrero | _____ |

FECHA (mes/día/año)	FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	SEXO (elijá uno) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elije no divulgar	Numero de Licencia de Conducir	SSN (# DE SEGURO SOCIAL) - -
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	MI	SUFIJO (circule uno) SR / JR / I / II / III	
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	COD POSTAL	
DIRECCION POSTAL (si es diferente)	CIUDAD	ESTADO	COD POSTAL	
Raza				
<input type="checkbox"/> Caucáseo (raza blanca) <input type="checkbox"/> Raza Negra/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Elige no				
Por favor proporcione todo número telefónico y correo electrónico, pero marque la caja al lado de su forma de comunicación preferida.				
<input type="checkbox"/> Tel. De Casa <input type="checkbox"/> Tel. Movil (Mensa je de texto) <input type="checkbox"/> Tel de trabajo <input type="checkbox"/> Correo electronico				
Etnicidad:		OCUPACION	EMPLEADOR	
<input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No Hispana/Latina				
CONTACTO DE EMERGENCIA	RELACION	TEL. DE CASA	TEL. MOVIL	
¿Tiene seguro dental? SI NO Si es así, ¿quién es su proveedor de seguro?				
ASEGURADOR PRINCIPAL	TITULAR DE LA POLIZA	NUMERO DE POLIZA DE EMPLEAPOR/GRUPO	# DE SUSCRIPTOR	FECHA DE NEC. SSN (# DE SEGURO SOCIAL)
ASEGURADOR PRINCIPAL	TITULAR DE LA POLIZA	NUMERO DE POLIZA DE EMPLEAPOR/GRUPO	# DE SUSCRIPTOR	FECHA DE NEC. SSN (# DE SEGURO SOCIAL)
¿Tiene seguro médico? SI NO Si es así, ¿quién es su proveedor de seguro?				
ASEGURADOR PRINCIPAL	TITULAR DE LA POLIZA	NUMERO DE POLIZA DE EMPLEAPOR/GRUPO	# DE SUSCRIPTOR	FECHA DE NEC. SSN (# DE SEGURO SOCIAL)
MEDICO DE ATENCION PRIMARIA	Nombre	Direccion	Ciudad	Numero de Telefono

¿Fue usted referido a esta clínica? SI NO

Si la respuesta es sí, ¿quién lo/la refirió?: _____

Si requiere un intérprete especifique el idioma: _____

¿Le ayudo con estos formularios un intérprete? SI NO

Si usted está completando estos formularios por el paciente, circule su relación y anote su nombre: _____

MADRE PADRE GUARDIAN OTRO

OFFICE USE/USO DE OFICINA	Pulse	Height	Weight	Date
Blood Pressure: /				

HISTORIAL DENTAL/ MEDICO

¿Cuál es la razón por su visita dental de hoy? **EXAMEN EMERGENCIA CONSULTA PROCEDIMIENTO**

¿Cómo describiría su problema dental actual? _____

Fecha de su última visita dental (Mes/Año): _____

EXAMEN EMERGENCIA CONSULTA PROCEDIMIENTO OTRO: _____

¿Ha tenido algún problema con tratamientos dentales anteriores? **SI NO** Si es así, por favor especifique: _____

¿Tiene algún ruido, salto, incomodidad, o la apertura limitada de la mandíbula? **SI NO** Si es así, especifique: _____

¿Con que frecuencia se cepilla los dientes?

NUNCA DE VEZ EN CUANDO UNA VEZ AL DIA DOS VECES AL DIA MAS DE DOS VECES AL DIA

¿Con que frecuencia usa el hilo dental en sus dientes? **NUNCA DE VEZ EN CUANDO UNA VEZ AL DIA**

DOS VECES AL DIA MAS DE DOS VECES AL DIA

¿Sus encías sangran cuando se cepilla o usa el hilo dental? **NUNCA DE VEZ EN CUANDO SIEMPRE**

¿Cuándo fue su última prueba de glucemia (Hemoglobina A1c)(HbA1c)?_____ ¿Cuál fue el numero? _____

Por favor indique cualquier pregunta o preocupación acerca de la odontología o su salud dental: _____

¿Está experimentado dolor o molestia dental actualmente? SI NO	¿Tiene dientes flojos? SI NO
¿Está infeliz con su sonrisa o la apariencia de sus dientes? SI NO	¿Tiene dolores de cabeza, oído o dolores en el cuello? SI NO
¿Quiere usted una sonrisa más blanca y brillante? SI NO	¿Está preocupado de perder sus dientes? SI NO
¿Tiene problemas al comer (dificultad al masticar, vómitos, etc.)? SI NO	¿Aprieta o rechina los dientes usted? SI NO
¿Padece de mal aliento/halitosis, sabor a metal, o sabor desagradable? SI NO	¿Sus dientes son sensibles a lo frio, caliente, dulce o presión? SI NO
¿Tiene algún obstáculo para la limpieza o el cuidado de los dientes? SI NO	¿Le quedan alimentos o hilo dental atrapados entre los dientes? SI NO
¿Tiene hinchazón en o alrededor de la boca, cara, o cuello? SI NO	¿Ha tenido alguna vez tratamiento de ortodoncia (frenos)? SI NO
¿Tiene usted puentes o usa dentaduras completas o parciales? SI NO Si es así, llene el cuestionario de dentaduras.	¿Tiene hinchazón en o alrededor de la boca, cara, o cuello? SI NO

¿Está tomando, o ha tomado recientemente (dentro del mes pasado), o debería de estar tomando algún medicamento? **SI NO**
(Recetas, sin recetas, suplementos dietéticos, vitaminas, medicinas naturales o herbarias)

Si es así, por favor especifique los medicamentos, dosis y frecuencia: _____

Medicamento Con o sin receta			Dosis/Frecuencia	Suplementos Suplementos dietéticos, vitaminas (naturales o herbarias)	Dosis/Frecuencia
ASIRINA	SI	NO	Ultima Dosis:		

¿Tiene, o ha tenido alguno de los siguientes? (Circule sí o no para cada uno)

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
SIDA/VIH Positivo			Diabetes			Hepatitis B o C			Diálisis renal		
Enfermedad de Alzheimer			Drogadicción			HERPES			Fiebre reumática		
Anafilaxia			Fácilmente falta de aliento			Hipertensión			Reumatismo		
Anemia			Enfisema			Colesterol elevado			Fiebre escarlata		
Angina			Epilepsia o Convulsiones			Urticaria o Erupción			Herpes zóster		
Artritis/Gota			Sangrado excesivo			Virus del papiloma humano (HPV por sus siglas en inglés)			Anemia de células falciformes		
Válvula Cardíaca Artificial			Sed excesiva			Hipoglucemia			Problemas sinusales		
Articulación Artificial			Episodios de desmayos/ mareos			Latido cardíaco irregular			Espina bífida		
Asma			Tos frecuente			Leucemia			Enfermedad estomacal/intestinal		
Enfermedad de la sangre			Diarrea frecuente			Problemas renales			Derrame cerebral		
Transfusión de sangre			Dolor de cabeza frecuente			Enfermedad del hígado			Enfermedad de la tiroidea		
Problemas de respiración			Trastornos de desarrollo			Presión arterial baja			Tonsilitis		
Marca con facilidad (hematomas)			Glaucoma			Enfermedad pulmonar			Tuberculosis		
Cáncer			Fiebre del heno			Prolapso de la válvula mitral			Tumores o crecimientos anormales		
Quimioterapia			Paro/Fallo Cardíaco			Osteoporosis			Ulceras		
Dolor de pecho			Soplo del corazón			Dolor de las articulaciones mandibulares			Enfermedad de transmisión sexual		
Ulceras bucales/ llagas de fiebre			Marcapasos cardíaco			Enfermedad Paratiroidea			Ictericia		
Afección cardíaca congénita			Enfermedad/ problemas del corazón			Cuidado Psiquiátrico			Problemas circulatorios		
Convulsiones			Hemofilia			Tratamiento con radiación					
Medicamento de cortisona			Hepatitis A			Pérdida de peso reciente					

POR FAVOR CIRCULE SUS RESPUESTAS SI o NO PARA INDICAR SI TIENE O NO HA TENIDO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O PROBLEMAS:

_____ ¿Está ahora, o ha estado en el pasado año, bajo el cuidado de un médico? **SI NO**
 Si la respuesta es sí, ¿cuál es/sin la/s condición/es por las que la/lo están tratando?

_____ ¿Ha tenido un trasplante de órgano? Si la respuesta es sí, por favor especifique: **SI NO**
CORAZON RIÑON HIGADO PULMON OTRO (ESPECIFIQUE):

_____ ¿Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? **SI NO**
 Si la respuesta es sí, ¿cuál articulación fue reemplazada? _____ Si la respuesta es sí, ¿Cuándo fue (MES/AÑO)?

_____ ¿Alguna vez ha recibido radioterapia o quimioterapia debido a un crecimiento anormal, tumor u otra condición? **SI NO**
 Si la respuesta es sí, por favor explique:

_____ En los últimos 2 años, ¿ha tomado o está tomando esteroides (p. ej. cortisona)? **SI NO**
 Si la respuesta es sí, por favor explique:

_____ ¿Ha tomado, o está tomando, o está programado a comenzar a tomar: bisfosfonatos orales? **SI NO**
 (Alendronate (Fosamax, Fosamax Plus D), Etidronate (Didronel), Ibandronate (Boniva) Risedronate (Actonel), Tiludronate (Skelid))?
 Si la respuesta es sí, ¿cuál es la droga, dosis y frecuencia?

_____ ¿Ha tomado, o está tomando, o está programado a comenzar a tomar: bisfosfonatos intravenosos (Clodronate (Bonefos), Pamidronate (Aredia), o Zoledronic Acid (Reclast, ¿Zometa))? **SI NO**
 Si la respuesta es sí, ¿cuál es la droga, dosis y frecuencia?

Si la respuesta es sí, ¿para qué es? _____ Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____
 ¿Ha tenido alguna enfermedad seria no enumerada arriba? **NO SI:** _____

TABACO:

¿Usa usted o ha usado tabaco (fumar, rape, mascar, bidis)? **NUNCA PASADO ACTUAL**
 ¿Cuán interesado está en parar? **MUCHO ALGO NO INTERESADO**

DROGAS/ ALCOHOL:

¿Usa drogas recreacionales o medicamentos de receta para razones no-medicas? **SI NO**
 ¿Usa alcohol de forma regular? **SI NO**

HUMOR:

DURANTES LAS ULTIMAS DOS SEMANAS, ¿HA SIDO MOLESTADO POR POCO INTERES O PLACER EN HACER COSAS? **SI NO**
 DURANTES LAS ULTIMAS DOS SEMANAS, ¿HA SIDO MOLESTADO POR EL SENTIRSE DECAIDO, DEPRIMIDO O DESESPERADO? **SI NO**

ALERGIAS:

¿Es alérgico a alguno de los siguientes? (circule todos los que sean aplicables)
 Aspirina Penicilina Codeína Anestésico Local Acrílico Metal Látex Sulfamidas Yodo Vicodin Otro: _____
 ¿Normalmente toma usted un antibiótico antes de su tratamiento dental? **SI NO**

SOLO PARA MUJERES

¿Está embarazada? Si la respuesta es sí, numero de semanas: **SI NO** ¿Esta amamantando? **SI NO**
 ¿Le gustaría quedar embarazada en el próximo año? **SI NO**

Según mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas con exactitud. Comprendo que el proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o salud del paciente). Es mi responsabilidad el informarle a la oficina dental de cambios a mi estado médico.

Firma del paciente o guardián: _____ Fecha: _____

OFFICE USE/USO DE OFICINA | HEALTH HISTORY REVIEWED BY:

» _____
 Provider's Signature Date

Formulario de Autorización de Privacidad HIPAA

Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida

(Requerido por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud, 45 CFR Partes 160 y 164)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

1. Autorización

Autorizo a Advantage Dental a usar y compartir información protegida de salud relevante al cuidado del paciente a aquellos que se encuentran en la lista de derivación médica. Además, autorizo la divulgación a él/los individuo/s nombrado/s a continuación:

2. Período de Vigencia

Esta autorización para la divulgación de información cubre el período de cuidado de la salud a partir de: (Seleccione "a" o "b." No seleccione ambos.)

A. _____ hasta _____
(fecha) (fecha)

B. todo el pasado, el presente y períodos futuros.

3. Medida de la Autorización

(Seleccione "a" o "b." No seleccione ambos.)

A. Autorizo la divulgación de mi historia clínica completa (incluyendo los registros relacionados con a salud mental, enfermedades contagiosas, el VIH o el SIDA y el tratamiento de abuso de alcohol o drogas).

B. Autorizo la divulgación de mi historia clínica completa con la excepción de los siguientes datos:

Registros de salud mental

Enfermedades contagiosas (incluyendo el VIH y el SIDA)

Alcohol/tratamiento de abuso de drogas

Otro (especificar): _____

4. Esta información médica puede ser utilizada por la persona que yo autorizo a recibir esta información para el tratamiento médico o la consulta, la facturación o las reclamaciones de pago, promoción o comercialización, o para otros fines como puedo dirigir.

5. Esta autorización se mantendrá en vigor y efecto hasta _____
(fecha o evento), momento en el que esta autorización expira.

6. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que la revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad que ya ha actuado en dependencia de mi autorización o si mi autorización fue obtenida como condición para obtener la cobertura del seguro y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar una reclamación.

7. Entiendo que mi tratamiento, pago, registración o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a que si firmo esta autorización.

8. Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización será divulgada por el beneficiario y es mi intención de que la información ya no estará protegida por la ley federal o estatal.

RECONOCIMIENTO

X _____
Firma del paciente, padre o tutor legal

X _____
Nombre impreso del paciente, padre o tutor legal

X _____
Relación con el paciente

Fecha: ____/____/____

PÓLIZA DE FINANCIAMIENTO DEL PACIENTE

Nuestra meta es proporcionarle a usted y su familia cuidado dental óptimo, y el ser un lugar donde los pacientes se sientan bienvenidos y valorados. Nuestra oficina se esfuerza por proporcionar la más alta calidad de cuidado dental a precios accesibles. Nuestros dentistas diagnosticarán tratamiento basándose en su salud dental y no en su cobertura dental. Le animamos a hacer preguntas y estar involucrado en las decisiones de tratamiento, mientras nosotros ayudamos en educarle acerca de su salud oral y la importancia de prevención.

Por favor recuerde, usted es totalmente responsable por los cargos cobrados por esta oficina sin importar su cobertura de seguro.

El propósito de esta póliza es el eliminar la confusión o malentendidos acerca de los arreglos financieros ofrecidos por nuestra oficina. Si tiene seguro dental, su porción se debe al tiempo del servicio. Como cortesía, esta oficina le mandará la factura a su seguro, pero no garantizaremos ningún beneficio. Acreditaremos tales colecciones a la cuenta apropiada. Por favor comprenda que la cantidad pagada por su póliza particular es predeterminada y acordada por usted y su compañía de seguro. Si tiene preguntas acerca de la cantidad que su plan pago o los tratamientos que su plan cubre, debería referir sus preguntas a su compañía de seguro. Adicionalmente, puede haber un deducible, o factor de coseguro, y un máximo anual para ser considerado.

1. Para nuestros pacientes en el Plan de Salud de Oregon (OHP por sus siglas en Inglés), se le facturará los costos de servicios cubiertos a OHP. En tal caso que el servicio no sea cubierto por OHP, se le informará antes de que el servicio sea realizado.
2. Se espera pago al momento del servicio, incluyendo la porción estimada que su seguro no cubrirá. Nuestra oficina acepta los siguientes métodos de pago: Efectivo, cheque, tarjeta de crédito, y un grupo financiero de tercera persona que ofrece una línea de crédito por cargos dentales, a quienes califiquen. No ofrecemos arreglos de pago internos.
3. Se le enviará por correo un estado de cuentas por los servicios realizados mensualmente. Se espera recibir el pago dentro de 30 días de la fecha de facturación en el estado de cuentas. El pago deberá ser enviado por correo con la porción superior del estado de cuenta para establecer el crédito a la cuenta apropiada. Si su compañía de seguro no ha pagado la factura dentro de 30 días, por favor comuníquese con ellas para averiguar por qué.
4. Su cuenta es considerada delinciente si el pago debido no es recibido dentro de 30 días de la fecha de facturación en el estado de cuenta. Si no se recibe el pago, se evaluará un recargo de 1 1/2 % por mes (mínimo de \$1.00) y este aparecerá en el próximo estado de cuenta. El porcentaje de la tarifa anual es de 18%.
5. Se facturará un cargo de \$35.00, además de la cantidad original, a su cuenta por cualquier cheque que sea regresado por cualquier razón. No se aceptarán de usted pagos con cheque, tarjeta de débito o crédito en el futuro.
6. El paciente comprende y acuerda que si falla en hacer algún pago del cual este sea responsable, de manera puntual, el paciente será responsable por todos los costos de dineros de la colección debida, incluyendo costos de la corte, honorarios de agencia de colección y honorarios del abogado.

Yo he leído y entiendo la póliza de financiamiento de Advantage Dental Group, PC (Advantage Dental) y estoy de acuerdo con todos los términos descritos en ella. Estoy de acuerdo en que una copia de esta póliza será considerada efectiva y válida tal como la original. Sin importar de que cobertura de seguro tenga el paciente, el paciente el ultimadamente responsable por el pago puntual de su cuenta y el paciente por la presente autoriza que los pagos de beneficios de seguro sean hechos directamente a Advantage Dental Group, PC.

Firma del paciente/guardián

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES, ADMINISTRACION DE ANESTESICOS, SEDATIVOS Y DE OTROS SERVICIOS PRESTADOS/SUMINISTRADOS

Paciente: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Por la presente autorizo a Advantage Dental, Advantage Dental Group, PC, Dentistas Asociados y/o tales asistentes como puedan ser seleccionados, a efectuar Cuidado Dental de Rutina, un Examen Completo/Comprensivo o una Evaluación Oral Limitada más cualquier diagnostico incluyendo radiografías el individuo anteriormente mencionado y/o cualquier otro procedimiento terapéutico que su/sus juicio/s dicte recomendable para el bienestar del paciente. Por la presente reconozco y estoy de acuerdo de que si mi seguro no cubre el tratamiento autorizado arriba o si el Plan de Salud de Oregon (OHP por sus siglas en ingles), seré personalmente responsable por pagar los cargos financieros de esos servicios.

Autorizo que cualquier muestra, tejido o parte removida del paciente puede ser eliminada de acuerdo con las prácticas establecidas.

También autorizo el que cualquier persona calificada realice cualquier otro servicio que se determine necesario o recomendable.

Si en la opinión del Dentista Asociado, es indicado observación adicional del individuo anteriormente mencionado después del anestésico o procedimiento, el individuo anteriormente mencionado está de acuerdo en ser transportado por ambulancia bajo su propio costo a un hospital mutuamente satisfactorio en el área local, y a ser admitido para observación y cualquier tratamiento necesario.

Si en la opinión del Dentista Asociado, el individuo anteriormente mencionado requiere los servicios de un especialista él/ella está de acuerdo en aceptar la referencia y será responsable por cualquier costo incurrido.

Certifico que he leído este consentimiento, o que se me ha sido leído, y que entiendo lo mencionado. Se me ha sido explicado el propósito y la naturaleza de tal/es operación/es, procedimiento/s, tratamiento/s, y/o servicio/s y la razón por la que es/son necesario/s o recomendable/s.

» _____
Firma del Paciente (o Persona Autorizada para firmar por el paciente)

Consentimiento Continuado

(Relación con el Paciente)

Procedimiento:	Iniciales:	Fecha:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____