



Historial Medico	Lista de todos sus MEDICAMENTOS (incluyendo las que no necesitan recetas) <input type="checkbox"/> NO medicamentos
Nombre de su doctor:	
Numero de telefono de su doctor:	
Fecha del ultimo examen medico:	

	Y	N	detalles		Y	N	detalles		Y	N	detalles
Usted toma alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tiene algún historial de ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Usted usa tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cirugia Cardiovascular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		EPOC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Usted tiene historial de abuso de sustancias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Desorden en el sangrado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfisema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esta usted en algún tratamiento medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anticoagulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Derrame cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Usted fue hospitalizado por alguna cirugia o alguna enfermedad seria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Reemplazo de la articulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Alta presión arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esta usted embarazada o piensa que lo puede estar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Soplo cardiac?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfermedad del corazón/ Marcapasos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Es usted enfermera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Leucemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Baja presión arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esta usted tomando pastillas anticonceptivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Radiación/Quimioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cancer oral/De la cabeza/cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Enfermedades del riñón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfermedad del hígado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Combulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Desmayo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Desorden en la tiroides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Lista de cualquier otra condición/detalles/explicaciones?	Alérgico a?	Si	No	Lista de alergias: <input type="checkbox"/> Ninguna alergia
	Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Codeina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lidocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autorización y liberación

Yo certifico, que he leído y entiendo la información anterior con el mesor de mis conocimientos, las preguntas anteriores ha sido respondidas con precisión. Yo comprendo que proporcionar información incorrect o incomplete puede ser peligroso para mi salud. Yo authorize al dentist a compartir cualquier información incluida en el diagnostic o en el record de cualquier tratamino o examen realizado a mí durante el período de dicha atención dental a terceros, pagadores y profesionales de la salud. Yo autorizo y solicito a mi compañía aseguradora a pagar directamente al dentista o al grupo de seguro, de otra manera pagarme a mí. Yo comprendo que mi aseguradora puede pagar menos de la factua actual por el servicio. Yo estoy de acuerdo a ser responsable por los pagos de todos los servicios prestados a mí o a mi dependientes.

X _____
Firma del paciente o guardian de un menor

Consentimiento del paciente

Yo comprendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respect a mi información de Salud protegida. Estos derechos me fueron otorgados bajo la ley de portabilidad y rendición de cuentas de seguros de salud de 1996 (HIPAA). Yo comprendo que firmando este consentimiento, yo autorizo a ustedes a usar y divuigar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- Tratamientos (incluyendo tratamientos directos o indirectos por otros proveedores de salud involucrados en mi tratamiento);
- Obtener pagos por terceros pagadores (ejemplo mi compañía de seguro);
- La operación practica de cada día.

Yo también he sido informado de, y tengo el derecho de revisar y asegurar una copia de su aviso de practica privada, que contiene una copia de su aviso de práctica privada, que contiene una descripción más completa del uso y divulgación de mi informacion de salud protegida, y los derechos bajo la HIPAA. Yo comprendo que ustedes se reserven el derecho cambiar este consentimiento en algún tiempo y yo puedo contactarlos en cualquier momento para obtener la copia más reciente de ese consentimiento informado.

Yo comprendo que yo tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se utilize y divulga mi informacion médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención medica pero que ustedes no están obligados a aceptar esta solicitud de restricciones. Pero si aceptamos estamos comprometidos a cumplir con los requisitos.

Yo comprendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito a cualquier momento. Pero cualquier si o la divulgación que ocurrió antes de la fecha en que/evoco este consentimiento no se ve afectada.

X _____
Firma del paciente o guardian del menor

X _____
Fecha