

HISTORIA MEDICA/DENTAL DEL PACIENTE

Nombre Del Medico: _____ Numero De Teléfono: _____

Nombre De Farmacia: _____ Numero De Teléfono: _____

Cuando Fue Tu Última Visita Al Médico Y Por qué? _____

Nunca Has Estado Internado? Si/No Si Respondiste que sí, por qué? _____

Tomas Medicamentos Incluidos Los Suplementos A Base De Hierbas Y Vitaminas: Si/No

Por favor. Haz Una Lista De Tus Medicamentos: _____

Tienes Alergias? _____

Para Mujeres: Estas embarazada? _____ Estas Amamantando? _____

Tomas Pastillas Anticonceptivas? _____

Fumas? _____ Tomas Alcohol? _____ Eres Alérgico Al Látex? _____

Alguna Vez Te Han Dicho Que Necesitaras Medicina Antes Que Tratamiento Dental? _____

Por Favor Marque Las Condiciones Que Te Aplican:

Enfermedad Del Corazón	Ataque Del Corazón	Tratamiento Con Rayos-X Para Cáncer
Fiebre Reumática	Epilepsia	Problemas Psiquiátricos
Prolapso Mitral De Válvula	Desmallas De Vez En Cuando	Infecciones Recurrentes
Cirugía De Corazón	Mareos	VIH o SIDA
Aire En El Corazón	Desorden De Nervios	Enfermedad Venérea
Enfermedad Cardiaca Congénita	Escarlatina	Desorden De Comer
Válvula Artificial De Corazón	Anemia	ADD/ADHD
Marcapasos	Transfusión De Sangre	Dolores De Cabeza Frecuentes
Dolor Del Pecho	Te Salen Moretones Fácilmente	Ruidos En La Articulación De La Mandíbula
Un Paro Cardiaco	Ictericia	Dolor Al Masticar
Presión Alta De Sangre	Hepatitis A, B, C	Rechina O Aprieta Los Dientes
Asma	Diabetes	Problemas Nasales O De Sinusitis
Enfisema	Enfermedad De La Tiroides	Sistema Inmunológica Débil
Tos Crónica	Artritis/Gota	Pre-Medicina Amoxicilina
Falta De Aliento	Ulceras De La Pansa	Pre-Medicina Clindamicina
Broncitas	Glaucoma	Caomadin/Heparina
Pulmonía	Herpes Labial	Bisfosfonato
Tuberculosis	Herpes	Alérgico A Metal
Tos Intensa	Cadera Artificial	Alérgico A Anestésicos
Enfermedad De Pulmones	Enfermedad Renal	Enfermedad Del Hígado

Por favor, describe cualquier otra condición medical que te aplica que no está en la lista arriba:

Cuando fue la última vez que visitaste el Dentista y por qué? _____

Cuál es el nombre de tu ultima dentista? _____

Has sido diagnosticado con enfermedades dentales y si es así, por favor describe: _____

Cuantos veces al día ocupas hilo dental? _____

Cuantos veces al día te cepillas los dientes? _____

Tus encías sangran cuando te cepillas o te han dicho que tienes enfermedad de las encías y cuando te dijeron eso?

Estas nervioso por recibir tratamiento dental o tuviste una mala experiencia con tratamiento dental? _____

Tuviste trauma dental? _____ Cuándo? _____

Tomas agua fluorada? _____

Tienes espacios entre los dientes que no tenías antes? _____

Todos los servicios profesionales están a cargo del paciente. Formas necesarias se completaran para ayudar a agilizar los pagos de seguridad. Sin embargo, el paciente es responsable por todas las tarifas y los co-pagos. Yo admito que la información que he dado es correcta.

Firma Del Paciente

Fecha

GUILFORD FAMILY DENTISTRY
MEIT HWAR SEE, DDS, PLLC
MEIT HWAR SEE, DDS
4929 W. MARKET ST. SUITE 2106
GREENSBORO, N.C. 27407

GUILFORD FAMILY DENTISTRY
REGISTRO DE PACIENTE

Fecha: _____ Sexo: H/M _____ Estás Casado: S/C/D/V _____

Paciente: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Primer Nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha De Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Numero De Teléfono: _____ De Trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Se Puede Enviar Textos: Si/No

Quien Te Dio Referencias A La Oficina? _____

Empleo Del Paciente: _____

Seguranza Dental Primaria: _____

Del Grupo: _____ Miembro ID/Seguro Social Del Asegurado _____

Nombre Del Asegurado: _____ Fecha De Nacimiento Del Asegurado _____

Empleo Del Asegurado: _____

Relación Del Paciente Al Asegurado: _____

Seguranza Dental Secundaria: _____

Del Grupo: _____ Miembro ID/Seguro Social Del Asegurado _____

Nombre Del Asegurado: _____ Fecha De Nacimiento Del Asegurado _____

Empleo Del Asegurado: _____

Relación Del Paciente Al Asegurado: _____

PARA MENORES DE EDAD

Nombre De Madre/Guardián: _____

Numero De Teléfono Del Trabajo: _____

Empleo Del Madre/Guardián: _____

Nombre De Padre/Guardián: _____

Numero De Teléfono Del Trabajo: _____

Empleo Del Padre/Guardián: _____

FORMA DEL CONSENTIMIENTO (Para El Uso Y Divulgación De Información Protegida De Salud Para Las Operaciones De Tratamiento, Pago, O Atención Médica)

Entiendo que como parte de mi salud, Meit Hwar See, DDS origina y mantiene registros de salud que describen mi historia médico, síntomas, resultados de los exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y los planes para el cuidado del futuro y tratamiento. También entiendo que esta información sirve como:

- Base para planear mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico y información quirúrgica a mi cuenta
- Un medio para que un tercer pagador pueda verificar que los servicios fueron efectivamente prestados
- Una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, por ejemplo, la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales médicos.

Entiendo y he recibido una notificación de prácticas de información que se ofrece una descripción más completa de los usos de la información y revelaciones. Entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que Meit Hwar See, DDS se reserva el derecho de cambiar su notificación y prácticas, y antes de la implementación, le enviaremos por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he dado si hay una necesidad de usar o revelar información protegida de salud. También entiendo que tengo el derecho de restringir como mi información de salud puede ser usado o revelada para cumplir tratamiento, pago o operaciones de atención médica y que Meit Hwar See, DDS no está obligada llegar a un acuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, dejando aparte que Meit Hwar See, DDS ya ha tomado medidas en relación a lo mencionado.

Con este consentimiento, Meit Hwar See, DDS puede llamar a mi hogar o a otra locación especificada y dejar un mensaje de voz o en persona a referencia a cualquier información que ayuda a Meit Hwar See, DDS cumplir las opciones de plan de tratamiento, por ejemplo recordatorios de citas, artículos de seguridad y cualquiera llamada sobre mi atención clínica incluyendo resultados de laboratorio entre otros.

Con este consentimiento, Meit Hwar See, DDS puede enviar correo a mi casa o a otra locación designado cualquier artículos que ayuda a Meit Hwar See, DDS cumplir las opciones de plan de tratamiento, por ejemplo recordatorios de cita y otra correspondencia siempre y cuando se marcan Personal y Confidencial.

Con este consentimiento, Meit Hwar See, DDS puede enviar correos electrónicos que incluyen recordatorios de citas y información sobre la cuenta del paciente. Tengo el derecho de solicitar que Meit Hwar See, DDS restrinja la forma en que utiliza o divulga la información de mi historia de salud para cumplir las opciones de plan de tratamiento. Sin embargo, Meit Hwar See, DDS no está obligada a aceptar a mi solicitud de restricciones, pero si lo hace, ella está obligada por este acuerdo.

Al firmar esta forma, estoy consintiendo a Meit Hwar See, DDS usar y divulgar la información de mi historia de salud para completar mis opciones plan de tratamiento.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, dejando aparte que Meit Hwar See, DDS ya ha hecho declaraciones en confianza sobre mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento Meit Hwar See, DDS me puede negar a brindar tratamiento.

Escribe El Nombre Del Paciente: _____

Account Number: _____

Firma Del Paciente o Guardián Legal: _____

Fecha: _____

Cuentas De Oficina Y Autorizacion De Seguro

- Los pacientes son completamente responsables por todos los saldos y pagos al momento de servicio, al menos que existan otros arreglos. Aceptamos pagos en cash, debito, o tarjetas de credito.
- Asegurancia dental es un acuerdo entre el paciente y su compañía de seguro. Nuestra oficina envia las reclamaciones a las compañías de seguro como cortezia a nuestros pacientes. El envio de reclamaciones nos requieren incluir cierta informacion personal. Pagos de la compañía de seguro no son garantizados. Es la responsabilidad del paciente pagar cualquier saldo no cubierto por su seguro en los proximos 60 dias apartir de la fecha de servicio.
- **Recipientes de Medicaid solamente:** Medicaid nos requiere por ley colectar \$3.00 de copago. Al no colectar nuestra oficina puede ser acusada de fraude de un programa federal. Si usted no puede mantener su cita requerimos notificacion de 48 horas antes. Cancelaciones afectan a todos nuestros pacientes y si usted no puede mantener su cita otro paciente puede aprovechar ese tiempo. **Faltando a sus citas puede resultar en terminacion de servicios por nosotros y no podremos continuar con usted como paciente.**
- La oficina refiere cuentas pasadas a una agencia de coleccion.
- El paciente sera cobrado una multa de \$25.00 si simplemente no se presenta y tampoco da un aviso 48 horas antes. Si usted no se puede comunicar con nuestra cordinadora de servicio al cliente puede dejar un mensaje en nuestro correo de voz. Esta multa es la reponsabilidad del paciente y no puede ser reclamada al seguro.

Yo la/el presente autorizo que la Dra. See envíe todas reclamaciones dentales con toda la informacio referente a mi condicion dental y tratamiento. Además, autorizo a mi compañía de seguro o otros grupos que envíen pagos a la oficina de Dra. See bajo los terminos de mi acuerdo. Al hacer esta asignacion, estoy de acuerdo que cualquier saldo que no sea pagado por mi seguro sera pagado en los proximos 60 dias de la fecha de servicio, y e leido y estoy de acuerdo con la politica de la oficina.

Firma: _____ Fecha: _____

Guilford Family Dentistry

Dr. Meit Hwar See, DDS, PLLC

4929 W. Market St. Suite 2106, Greensboro, NC 27407

Phone: 336-235-2808 Fax: 336-235-2715

guilfordfamilydentistry@hotmail.com

Authorization for Record Release/Receive (Both Medical and Dental)

I, (print Patient or Guardian name) _____ hereby authorize the doctors and staffs of the Guilford Family Dentistry to receive records or knowledge of concerning my dental health from

(Full Doctor Name) _____

Address _____

practice phone number _____

I also authorize the doctors and staffs of the Guilford Family Dentistry to release records or knowledge of concerning my dental health to

Full Doctor Name _____

Address _____

practice phone number _____

I also authorize the doctors and staffs of the Guilford Family Dentistry to receive records or knowledge of concerning my medical health from

Full Doctor Name _____

address _____

practice phone number _____

I also authorize the doctors and staffs of the Guilford Family Dentistry to release records or knowledge of concerning my medical health to

Full Doctor Name _____

address _____

practice phone number _____

Signed Patient or Guardian name _____

Print Patient or Guardian name _____

Date _____