

**INFORMACION DEL PACIENTE - CONFIDENCIAL**

Nombre \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_  
 Apeido \_\_\_\_\_ Primer \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. de Casa \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Num. De Cel. \_\_\_\_\_ Sexo: M /F  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_ Casado/a \_\_\_ Viudo/a \_\_\_ Separado/a \_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_ Tel. de trabajo \_\_\_\_\_  
 Domicilio de Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_  
 En caso de emergencia a quien se notificara? \_\_\_\_\_ Num.de Tel \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE E INFORMACION DE ASEGURANZA**

**Si usted mismo es la persona responsable pase la siguiente seccion.**

Nombre de la persona responsable \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. De Casa \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Num.de Cel. \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_ Tel. De Trabajo \_\_\_\_\_

**Metodo de Pago** (Marque una) Efectivo \_\_\_ Aseguranza \_\_\_ Medicaid \_\_\_ Otro \_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_

**Si usted tiene aseguranza, por favor complete la siguiente seccion.**

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_ Seguro Social del asegurado \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Tel.de Trabajo \_\_\_\_\_  
 Direccion del empleador \_\_\_\_\_  
 Compañia de aseguranza \_\_\_\_\_ Num.de Grupo \_\_\_\_\_ Union/Local \_\_\_\_\_

**Si usted tiene aseguranza dental adicional, por favor complete la siguiente seccion.**

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_ Seguro Social del asegurado \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Tel. de trabajo \_\_\_\_\_  
 Direccion del empleador \_\_\_\_\_  
 Compañia de aseguranza \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_ Union/Local \_\_\_\_\_

**COMO ESCUCHO DE ESTA OFICINA**

Recomendado por Amigo  Paginas Amarillas  Familiar  Plan de Aseguranza  
 El vagon de bienvenida  Anuncio de TV/Radio  Periodico  Correo Directo  
 Anuncio en la Oficina  Otro \_\_\_\_\_  
 Si lo recomendaron a quien debemos dar las gracias \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION**

Yo he leído y contestado las preguntas antes mencionadas al mejor de mi entendimiento. Yo autorizo y requiero a mi compañía de aseguranza que le pague directo al dentista o grupo dental, los beneficios dentales, de otra forma sean pagados a mi. Yo autorizo al doctor de proveer la informacion necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo entiendo que yo soy finalmente responsable de todos los cobros, pague o no la aseguranza y por todos los servicios a mi rendidos o a mis dependientes. Yo autorizo el uso de esta firma en todos los envios a la aseguranza.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o padre / guardian si es menor de edad

\_\_\_\_\_  
 Fecha

(Favor de continuar al reverso)

## HISTORIA DENTAL

Razon por su visita de hoy \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima visita dental \_\_\_\_\_

Dentista anterior \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima limpieza y radiografias \_\_\_\_\_

Razon por el cambio de Dentista \_\_\_\_\_

**Necesita tomar medicina antes de tratamiento dental?** Si/No

**Tiene problemas con sangrado prolongado?** Si/No

Circule **Si o No** si tiene algunos de los problemas mencionados.

Tiene dolor de dientes? Si/No Dientes Flojos/ quebrados? Si/No Problema de la mandibula (TMJ)? Si/No

Sensibilidad a Caliente o Frio? Si/No Sensibilidad a dulce? Si/No Rechina /Desgaste de dientes? Si/No

Sangran las encias? Si/No Mal Aliento Si/No Se le queda comida entre los dientes Si/No

Tiene algun otro problema no mencionado arriba Si/No Si lo tiene por favor expliquelo? \_\_\_\_\_

**Quiere dientes mas blancos?** Si/No **Prefiere relleno color del diente?** Si/No

Usa usted dentaduras o parciales? Si/No Si es si, Fecha que las pusieron \_\_\_\_\_

Que tan seguido se cepilla? \_\_\_\_\_ Que tan seguido usa hilo dental? \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

Nombre del Medico \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Considero que mi salud es: (marque una) \_\_ Exelente \_\_ Buena \_\_ Regular \_\_ Mala \_\_\_\_\_

Usted ha tenido enfermedades serias u operaciones? Si/No Si es si fecha y describa \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido transfusion de sangre? Si/No Si es si de fechas aproximadas \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tomado algun medicamento para osteoporosis llamado "**bisphosphonate**?" Si/No

**(Mujeres)** Esta embarazada? Si/No Dando pecho? Si/No Tomando pildoras anticonseptivas? Si/No

Tiene o ha tenido alguna vez algo de lo siguiente? Por favor **circule S para Si o N para No**

SIDA/HIV +	S/N	Cancer	S/N	Glaucoma	S/N	Cuidado Siquiatrico	S/N
Anafelitica	S/N	Anginas	S/N	Murmullo del corazon	S/N	Tratamiento con radiacion	S/N
Anemia	S/N	Quimoterapia	S/N	Problemas del corazon	S/N	Adiccion alcohol/quimicos	S/N
Problemas Circulatorios	S/N	Hepatitis: Tipo __	S/N	Fiebre Reumatica	S/N	Athritis	S/N
Alta Presion	S/N	Fiebre Scarlata	S/N	Leucemia	S/N	Ictericia	S/N
Hinchazon de pies	S/N	Coyonturas artificiales	S/N	Tos persistente o con sangre	S/N	Enfermedad del riño	S/N
Enfermedad de Tyroide	S/N	Asma	S/N	Diabetis	S/N	Valvulas artificiales del corazon	S/N
Habito de tabaco	S/N	Episema	S/N	Enfermedad del higado	S/N	Tuberculosis	S/N
Epilepsia	S/N	Tumor/Ulcera	S/N	Desmayos	S/N	Droga para adelgazar la sangre	S/N
Marcapasos	S/N	Enfermedades venereas	S/N	Tratamiento de cortizona	S/N	Prolongamiento de valvula mitral	S/N

Usted tiene otro problema no mencionado antes Si/No explique \_\_\_\_\_

Liste los medicamentos que esta tomando: \_\_\_\_\_ Es alergica/o a alguno de los siguientes? **Circule Si o No**

_____	Aspirina	S/N	Antidepresivos	S/N	Codeina	S/N
_____	Metales	S/N	Penicilina	S/N	Hules	S/N
_____	Anestecia Local	S/N	Sedativos	S/N	Otro	S/N

**Comentarios** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Reconocimiento

He revisado la informacion de este cuestionario y es preciso al mayor de mis conocimientos. Yo entiendo que esta informacion sera usada por el dentista para determinar un tratamiento dental saludable y apropiado. Si hay un cambio en el estatus medico yo le informare al dentista.

Firma del paciente o Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Historia Medica revisada por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Firma del Doctor)

## POLIZA FINANCIERA

**PACIENTES CON ASEGURANZA** – En su primera visita le verificaremos su cobertura de seguridad. Por todas las demas visitas enviaremos los reclamos con la seguridad como una cortesía, sin ningun costo adicional. De cualquier forma recuerde que usted es el unico responsable por su cuenta. No su compañía de seguridad. Tambien este al tanto que alguno de los servicios proveidos puedan ser servicios no cubiertos. **Usted debe pagar su deducible, co-pago cobros por servicios que no estan cubiertos al momento del tratamiento.** Usted tambien es responsable por estos pagos aunque tenga doble seguridad. Nosotros solo podemos hacer **estimados** en sus pagos de seguridad basados en la informacion que usted nos proporciona en el momento de la verificacion. Mientras que nosotros hacemos lo mejor para determinar sus beneficios en su plan, es su responsabilidad como paciente conocer su plan y los detalles tales como servicios no cubiertos, periodo de espera, maxima cobertura, etc... Nosotros intentaremos coleccionar los pagos de su seguridad en el tiempo justo, de cualquier manera los cobros no pagados por su seguridad durante **45 dias** deben de ser pagados por el paciente o la persona responsable.

**PACIENTE SIN ASEGURANZA** – **Pagos requeridos en su totalidad** en el dia del tratamiento, a menos que se haya hecho arreglos y hayan sido aprobados.

**COLECCION** – Si su cuenta permanece sin pagar despues de **45 dias** ,sera enviada a una agencia de coleccion por falta de pago / o delincuencia. **Todas las cuentas enviadas a coleccion estan sujetas a un cargo de coleccion que equivale ½ de el balance actual y posiblemente a otros cargos legales del balance que se debe.**

**DEVOLUCION DE CHEQUES** – Hay un cargo de **\$35.00** dolares por cheques devueltos.

**DUPLICACION DE RADIOGRAFIAS** – Hay un cargo de **\$25** para duplicar radiografias.

## CANCELACION O FALLO DE CITA

Como paciente es importante su cita para usted como para nosotros. Tratamos de confirmar su cita un dia antes, pero es su responsabilidad de mantener su cita.. Le requerimos que nos de **24 horas de anterioridad** si es que tiene que cancelar o posponer su cita. Si no avisa con anterioridad se le cobrara **\$25.00** para compensar el tiempo reservado por su cita.

## COMPRENCION Y ENTENDIMIENTO

He leido y he comprendido el contenido de las polizas antes mencionadas y estoy de acuerdo en seguir las polizas. Si usted tiene alguna pregunta referente a esta poliza por favor preguntenos.

NOMBRE (Imprenta) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Favor de continuar al reverso)

## AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

### ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN . POR FAVOR LEA CON CUIDADO .

Las leyes estatales y federales nos obligan a mantener la privacidad de su información de salud y para informarle acerca de nuestras prácticas de privacidad que le proporciona este aviso. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describe a continuación . Este Aviso entrará en vigencia el **9/1/2015** y se mantendrá vigente hasta que se modifique o se sustituya por nosotros .

Es nuestro derecho para cambiar nuestras leyes prácticas de privacidad proporcionada permite los cambios . Antes de hacer un cambio significativo , el presente Aviso se modificará para reflejar los cambios y vamos a hacer el nuevo Aviso disponible bajo petición. Nos reservamos el derecho de hacer cualquier cambio en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso eficaz para toda la información médica mantenida , creado y / o recibida por nosotros antes de realizar los cambios de fecha .

Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso de Privacidad en cualquier momento poniéndose en contacto con nuestro Oficial de Privacidad , el **Dr. Ben Truong** . Información sobre cómo contactar con nosotros se puede encontrar al final de este aviso.

#### USOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA TÍPICOS

Vamos a mantener su información de salud confidencial, usándolo sólo para los siguientes fine:

**Tratamiento:** Podemos usar su información de salud para ofrecerle nuestros servicios profesionales. Hemos establecido "mínimo necesario o necesidad de conocer" las normas que limitan el acceso a varios miembros del personal a su información de salud de acuerdo a sus funciones de trabajo principales. Se necesita Todo el mundo en nuestro personal a firmar una declaración de confidencialidad.

**Divulgación:** Podemos revelar y/o compartir su información de salud con otros profesionales de la salud que proporcionan tratamiento y/o servicio. Estos profesionales tienen una política de privacidad y confidencialidad como éste. La información de salud sobre usted también puede ser revelada a sus familiares, amigos y/o de otras personas a los que decide incluir en su cuidado, sólo si usted acepta que podemos hacerlo.

**Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le proveemos . Esta descripción implica nuestro personal de la oficina de negocios y puede incluir a las organizaciones de seguros u otras empresas que puedan participar en el proceso de declaraciones de correo y / o recogida de los saldos pendientes de pago.

**Emergencias:** Podemos usar o revelar su información de salud para notificar, o asistir en la notificación de un miembro de la familia o cualquier persona responsable de su cuidado , en caso de cualquier emergencia relacionada con su cuidado, su ubicación, su condición general o muerte. Si es posible , le proporcionará la oportunidad de oponerse a este uso o de la divulgación. En condiciones de emergencia o si usted está incapacitado usaremos nuestro criterio profesional para revelar sólo la información directamente relevante a su cuidado. También utilizaremos nuestro juicio profesional para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir a alguien para recoger sus recetas, radiografías u otras formas similares de información y/o suministros de salud a menos que usted nos ha aconsejado de otra manera.

**Operaciones de atención médica:** Vamos a utilizar y divulgar su información de salud para mantener nuestra práctica operable . Ejemplos de personal que puedan tener acceso a esta información incluyen, pero no se limitan a, nuestro personal de registros médicos, de salud o de gestión fuera de los revisores y las personas que realizan actividades similares.

**Requerido por la ley:** Podemos usar o revelar su información de salud cuando estamos obligados a hacerlo por ley. (Órdenes judiciales o administrativas, una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.) Vamos a utilizar y divulgar su información cuando sea solicitada por la seguridad nacional, inteligencia y otros funcionarios estatales y federales y/o si usted es un preso o bajo la custodia de aplicación de la ley.

**Abuso o Negligencia:** Podemos revelar su información de salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Esta información será compartida en la medida necesaria para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la de otros.

**Responsabilidades de Salud Pública:** Nosotros revelaremos su información de salud para reportar problemas con productos, reacciones a medicamentos , la retirada de productos, la enfermedad/infección y la exposición para prevenir y controlar enfermedades, lesiones y/o discapacidad.

**Mercadeo de Servicios Relacionados a la Salud:** No usaremos su información de salud para fines de marketing a menos que tengamos su autorización por escrito para hacerlo.

**Seguridad Nacional:** La información sobre la salud del personal de las Fuerzas Armadas puede ser revelada a las autoridades militares bajo ciertas circunstancias. Si la información es requerida para la inteligencia legal, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional, podemos revelar a los funcionarios federales autorizados.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar o revelar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas, incluyendo, pero no limitado a, mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas.

## **SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD COMO NUESTRO PACIENTE**

**Acceso:** Previa solicitud por escrito, usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copias de su información de salud. Habrá algunas excepciones limitadas (y la de un individuo para quien usted es el tutor legal.) Si desea examinar la información de su salud, usted tendrá que completar y presentar un formulario de solicitud correspondiente. Póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad para obtener una copia del formulario de solicitud. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que aparece al final de este aviso. Una vez aprobado, una cita se puede hacer para revisar sus registros. Las copias, si se solicita, será de **\$0.25** por cada página y el tiempo del personal encargado serán una tarifa plana de **\$10** por el tiempo necesario para localizar y copiar su información de salud. Si desea que las copias enviadas a usted, también se cobrará gastos de envío. Si prefiere un resumen o una explicación de su información de salud, le daremos por una tarifa. Por favor, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad de pago y/o una explicación de nuestra estructura de tarifas.

**Enmienda:** Usted tiene el derecho de enmendar su información de salud, si usted siente que es inexacta o incompleta. Su solicitud debe ser por escrito y debe incluir una explicación de por qué la información debe ser enmendada. Bajo ciertas circunstancias, su solicitud puede ser denegada.

**Divulgaciones no rutinarias:** Usted tiene el derecho a recibir una lista de divulgaciones no rutinarias que hemos hecho de su información médica. (Cuando hacemos una rutina de divulgación de su información a un profesional para el tratamiento y/o fines de pago, no nos llevará un registro de las divulgaciones de rutina: Por lo tanto éstos no están disponibles.) Usted tiene el derecho a una lista de casos en los que, o de nuestros socios de negocios, revelado información por razones distintas a las operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Puede solicitar divulgaciones no rutinarias que se remontan 6 años a partir del 14 de abril de 2003 Información antes de esa fecha no tendría que ser puesto en libertad. (Ejemplo: Si usted solicita información el 15 de mayo de 2004, el período de divulgación comenzaría el 14 de abril de 2003 y el 15 de mayo de 2004. Divulgaciones antes del 14 de abril de 2003 no tiene que estar disponible.)

**Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No tenemos que estar de acuerdo con estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo. (Excepto en casos de emergencia.) Por favor, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad si desea restringir aún más el acceso a su información médica. Esta solicitud debe ser presentada por escrito.

---

## **PREGUNTAS Y QUEJAS**

Usted tiene el derecho de presentar una queja con nosotros si usted siente que no hemos cumplido con nuestras políticas de privacidad. Su queja debe ser dirigida a nuestro Oficial de Privacidad. Si usted siente que hemos violado sus derechos de privacidad, o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos con respecto a su acceso a su información de salud, usted puede quejarse con nosotros. En la escritura. Solicite un Formulario de Queja de nuestro Oficial de Privacidad. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información y no tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

---

## **CÓMO COMUNICARSE CON NOSOTROS**

PRÁCTICA: VISTA DENTAL

OFICIAL DE PRIVACIDAD: DR. BEN TRUONG

TELÉFONO: 702-464-3000

Fax: 702-386-0360

E-Mail: vistadentalvegas@gmail.com

DIRECCIÓN: 3960 W. Craig Rd Suite 110 N. Las Vegas, NV 89032

Apeido: \_\_\_\_\_ \_Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo ture la oportunidad de leer y considerar el contenido de la notificacion de privacidad, yo entiendo que estoy dando la autorizacion para el uso de mi informacion para cualquier actividad medica, actividad de pagos y demas tratamientos medicos que sean necesarios, yo entiendo que tengo derecho de revocar dicho permiso.