Info	ormación del paciente	
Nombre		☐ Menor ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Otro
Fech	a de NacimientoS	Seguro Socialldentifico mi genero como:
Domi	cilio	Código Postal:
Teléf	ono: Cell ()	Correo Electrónico
Contacto en caso de Emergencia		Telefono de contacto de emergencia
ini 1. 2.	Consentimiento Preliminar para 1 Yo entiendo que estoy teniendo "rayos-X" y la limpieza Profilaxis. Medicamentos , Sustancias y Co Yo entiendo que los antibiótico pueden causar reacciones alérg o reacciones alérgicas más grav o manejar maquinaria pesada conocida y / o condiciones méd	algunos o todos los siguientes hecho hoy en día: Examen, Radiografías, Iniciales
cor		que intentan asegurar citas, si no puede asistir a una cita, le solicitamos un aviso una tarifa de \$50 por cualquier cancelación realizada dentro de las 24 horas de su rensión.
		Iniciales
4.	Yo entiendo que el tratamiento para mi salud dental, y no neces mi Seguro (si aplica) tal ves refinancieramente responsable o tratamiento propuesto para mí elas limitaciones de frecuencia, También reconozco que soy resp	que mi dentista recomienda es basado en lo que él / ella determina que es lo mejor sariamente basado en lo que un plan de seguro va a pagar. Por lo tanto, entiendo que no cubra todos los aspectos de mi plan de tratamiento y entiendo que yo sere de cualquier tratamiento no cubierto por mi seguro. Yo entiendo que el plan de es un estimado de los beneficios del seguro y mi cobertura real puede variar debido a la cobertura de grupo, información incompleta por mi compañía de seguros, etc. ponsable por cualquier balance financiero en el caso de que mi cobertura de seguro se adición, cualquier co-pago o pagos tienen que pagarse el dia de tratamiento.
		Iniciales
	Fecha	Firma del Paciente/Representante Legal



HISTORIA MEDICA Circule las respuestas apropiadas.

Nombre ______Fecha de Nacimiento_____

1.Nombre del médico?		COMENTARIOS		
2.¿Está usted bajo cuidado médico?SI NO ¿Desde cuándo?_		- CONNEIGNATION		
3.¿Cuándo fue su último examen físico completo?				
4.¿Está usted tomando medicinas?	de			
anotarlas en la sección de comentarios ó en la espalda de esta forma)				
5. ¿Rutinamente toma usted la sustancias relacionadas a su salud?	'SI N	NO		
(vitaminas, suplementos herbarios, productos naturales).	01.010.40			
6.¿Es usted alérgico a algun medicamento o sustancia?	· ·	4		
7.¿Tiene usted alguna otra alergia?				
8.¿Tiene usted problemas con la penicilina, antibióticos, Las anést	5 575			
9.¿Es usted susceptible a los metales o al látex?				
10.Si usted es mujer. ¿está embarazada o cree que puede estarlo?				
11.¿Utiliza usted medicacíon para el control de la natalidad?	ACCOUNT OF			
12.¿Ha sido usted tratado por enfermedades cardíacas o se le ha dicho que podría padecerlas?SI NO				
13.¿Tiene usted un marcapasos o una una válvula cardíaca artificial?				
14.¿Ha tenido alguna vez fiebre reumática?				
15.¿Padece usted de murmullo cardíaco?	SI N	OV		
16.¿Tiene usted presión alta ó baja?	SI N	NO		
17.¿Ha tenido usted alguna enfermedad ú operación grave?	SI NO Si es asi, expliqúe			
18.¿Ha tenido usted tratamiento con radiación, quimioterapia par	a combatir un tumor, un crecimiento			
ú otra condición?	SI 1	NO		
19.¿Usted ha tomado jamás el Foamex, Zometa, Arediao cualquie	r Otro tratamiento oral o intravenosa	a		
(bisphosphonates) para tumores de hueso, calcio excesivo en su s	angre o la osteoporosis?SI N	10		
20.¿Padece usted de enfermedades inflamatorias, como artritis re	eumatismo? SI N	NO		
21. ¿Tiene usted articulaciones artificiales ó usa prótesis?	SI N	NO		
22.¿Tiene usted alteraciones de la sangre, como anemia, leucemia				
23.¿Ha sangrado alguna vez excesivamente después de cortarse ó				
24.¿Tiene algún problema estomacal?				
25.¿Tiene problemas renales?				
26.¿Tiene problema hepáticos?				
27.¿Eres diabético?		I		
28.¿Ha tenido desmayos ó mareos?				
29.¿Padece de asma?		0.00000		
30.¿Tiene epilepsia ó ataques de nerviosos?				
31. Tiene o ha tenido alguna enfermedad venérea?				
32.¿Se le ha diagnosticado que es HIV positivo ó usted tiene SIDA?				
33.¿Ha tenido ó ha probado positivo para le hepatitis?				
34.¿Tiene ó ha tenido tuberculosis?		1		
35.¿Fuma ó mastica tabaco, usa rapé o consume alguna otra varie				
36. ¿Consume usted bebidas alcohólicas?				
37.¿Utiliza habitualmente sustancias controladas?		2500 TO		
38.¿Ha estado usted bajo tratamiento Psiquiátrico?				
39.¿Usted a tomado la droga recetada fenfluramine, ó fefluramine		NO		
		NO		
Dexfenfluramin (redux), ó cualquier otro. Producto para perd				
40.¿Tiene usted alguna enfermedad, condición ó problema no me				
41.¿Hay algo que debemos saber sobre su salud y que no hemos F	1			
42.¿Desea usted hablar en privado con el dentista acerca de algun problema				
*Certifico Que La Información Anterior Es Completa Y Exacta.				
FIRMA DEL PACIENTE	FECHA			
FIRMA DEL DENTISTA	FECHA			

Clearly Cares Dental

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

"Puede negarse a firmar este acuse de recibo"

, he sido informado de las prácticas de				
RA USO INTERNO				
Hemos intentado obtener acuse de recibo escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener porque:				
La persona se negó a firmar				
Barreras comunicativas impidieron obtener el acuse de recibo				
Una situación de emergencia nos ha impedido obtenerlo				
Otro motivo (especifique)				