



Complete Care Dental

4450 South Archer Avenue, Chicago, IL 60632 | 773-84-SMILE (773-847-6453) | completedental.com

Historia Médica Confidencial

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino ___ Femenino ___

1) ¿Ha estado bajo cuidado médico en los últimos dos años? Si No

2) ¿Ha tenido alguna enfermedad grave o ha sido hospitalizado/a? Si No

¿Por que razón?: _____

3) Por favor esciba las medicinas que está tomando: _____

4) ¿Es alérgico a la penicilina, sulfas, antibióticos, látex u otras sustancias? Si No

5) ¿Toma usted alguna droga ilícita? Si No ¿Cuál y Con qué frecuencia? _____

6) Mujeres: ¿Está embarazada? Si No ¿Está tomando anticonceptivos orales? Si No

7) ¿Fuma o utiliza productos con tabaco? Si No ¿Con qué frecuencia? _____

8) ¿Le ha dicho su médico que tiene que tomar antibióticos antes de su cita con el dentista? Si No

9) ¿Está usted incapacitado? Si No Describa por favor: _____

10) ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o ha recibido tratamiento para ellas?

Bronquitis/enfermedad pulmonar	Si	No	Se le forman Moretones facilmente	Si	No	Artritis	Si	No
Asma	Si	No	Drogadicción	Si	No	Diabetes	Si	No
Tuberculosis	Si	No	Depresión	Si	No	Convulsiones	Si	No
Endocarditis	Si	No	Migrañas	Si	No	Enfermedad del Hígado	Si	No
Tiene alguna articulación artificial	Si	No	Tratamiento Psiquiátrico	Si	No	Problemas de los riñones	Si	No
Transfusión Sanguínea	Si	No	Angina de Pecho	Si	No	HIV o SIDA	Si	No
Cirujía Cardíaca	Si	No	Sangrado Prolongado	Si	No	Tumores	Si	No
Alta Presión Sanguínea	Si	No	Enfermedad Sanguínea	Si	No	Quimioterapia	Si	No
Paro Cardíaco	Si	No	Anemia	Si	No	Radioterapia	Si	No
Defectos Cardíacos Congénitos	Si	No	Enfermedades Autoinmunes	Si	No	Cáncer (tipo):		
Marcapasos	Si	No	Reemplazo de las válvulas sanguíneas	Si	No	_____	Si	No
Medicamentos para los huesos (Fosamax, Boniva, Actonel)	Si	No	Transplante Cardíaco	Si	No			

Otro (por favor describa): _____

Actualización de la Historia Médica

Fecha Cambios Iniciales: de el Paciente de el Doctor

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

La práctica odontológica envuelve el tratamiento completo de la persona. Si su dentista determina que pueda haber una situación médica potencialmente comprometedor, se puede necesitar una consulta médica antes de comenzar el tratamiento dental. Yo autorizo a mi dentista a que entre en contacto con mi medico.

Nombre del medico familiar: _____ Número telefónico del medico: _____

Entiendo que la información dada es necesaria para proporcionarme cuidado dental en una manera segura y eficiente. Reconozco que la información provista es exacta y completa. No responsabilizaré a Complete Care Dental, al dentista, ni a ninguno de los miembros de este consultorio por algún error u omisión que yo pude haber hecho al llenar este cuestionario.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ D.D.S.



Complete Care Dental

4450 South Archer Avenue, Chicago, IL 60632 | 773-84-SMILE (773-847-6453) | completecaredental.com

Información del Paciente

Nombre: _____ Prefiero que me llamen: _____

#de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Seleccione todos los que correspondan:

Soltero

Menor

Masculino

Casado

Estudiante

Femenino

Dirección _____

Calle

Ciudad

código postal

telefónico casero _____ # de celular _____

de la oficina _____ Correo electrónico _____

Prefiero que me contacten por medio de: (Seleccione todos los que correspondan)

teléfono casero

teléfono de la oficina

mensajes de texto (SMS)

teléfono celular

correo electrónico

Nombre de la Empresa para quien trabaja _____

Dirección de la empresa _____

Nombre de la Escuela (para estudiantes) _____

Persona de Contacto en caso de emergencias

Nombre _____ # telefónico _____

Dirección _____

Persona Responsable por la seguridad / Padre o tutor (si el paciente es menor de edad)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

telefónico casero _____ # del celular _____ # de la oficina _____

Relación con el paciente _____

Nombre de la empresa por quien trabaja _____

Nombre de la Aseguradora _____

SS# o # de identificación _____ # del grupo _____

de teléfono de la seguridad _____

Algún miembro de su familia ha sido tratado en ésta oficina con anterioridad? Sí No

A quién le podemos agradecer por recomendarle nuestra oficina? _____

Yo autorizo pago directo a Complete Care Dental de parte de los beneficios de mi seguridad que de otra manera serían pagados directamente a mí. Entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento. Autorizo a Complete Care Dental a administrar los medicamentos y a realizar los procedimientos diagnósticos, fotográficos y terapéuticos necesarios para un tratamiento dental apropiado. La información en esta página, así como de mi historia médica y dental son correctas en base a el mejor de mi conocimiento. Le doy autorización al dentista a compartir mi historia médica y dental así como mi plan de tratamiento con aquellas compañías encargadas de pagar por mi tratamiento dental, así como con otros profesionales médicos.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha



Complete Care Dental

4450 South Archer Avenue, Chicago, IL 60632 | 773-84-SMILE (773-847-6453) | completecaredental.com

Patient Financial Responsibility Notice/Notice of Privacy Practices for Complete Care Dental (CCD)

Financial Policy

Si usted está cubierto bajo alguna aseguranza, nos aseguraremos de hacer nuestro mayor esfuerzo para coordinar su tratamiento de la manera más económicamente efectiva dentro de los límites impuestos por su aseguranza. Al mismo tiempo, también trataremos de minimizar los pagos que queden bajo su responsabilidad.

Usted es responsable de cubrir todos los cargos originados por su tratamiento a menos que nosotros podamos verificar cobertura con su aseguranza y esperemos recibir pagos de parte de una aseguranza válida. La póliza bajo la cual usted está cubierto determina hasta qué punto usted es responsable por cubrir los pagos originados por deducibles, co-pagos, y servicios no cubiertos por la aseguranza. CCD no es responsable por información incorrecta proporcionada a nosotros por su aseguranza, y tampoco somos responsables por problemas ocasionados cuando la compañía para la cual usted trabaja no le provee información incorrecta a su aseguranza a cerca de su estatus laboral. El paciente es responsable por los pagos no cubiertos por la aseguranza.

La cobertura bajo su aseguranza depende de su estatus laboral y de las opciones que usted o su compañía esogieron entre los diferentes planes que su compañía ofrece. CCD no puede monitorear todos los requisitos de los cientos de planes ofrecidos en nuestra area. Nosotros dependemos en su ayuda para que nos mantenga informados a cerca de cambios en su cobertura así como proveernos con la información necesaria a cerca de la misma. Dicha información incluye pero no se limita a:

- Cambios relacionados a su estatus laboral o cambios en el estatus de su cobertura bajo su familia.
- Cambios de compañía aseguradora o cambios en los planes ofrecidos por su compañía.
- Pérdida de cobertura o bancarrota por parte de su compañía.

CCD puede verse en la necesidad de negarse a proveer tratamiento a un paciente si la aseguranza o el paciente no han cubierto los pagos necesarios.

Notice of Privacy Practices/HIPAA

La ley conocida como "The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996" require que los proveedores de servicios de la salud le den a sus pacientes una copia de la póliza que la oficina tiene a cerca del manejo referente a su información personal, así como hacer el mejor esfuerzo para obtener una firma del paciente significando que él o ella recibió dicha información. Al mismo tiempo, el paciente tiene derecho a negarse a firmar de recibido.

Nuestra oficina se comunica con nuestros pacientes a través de mensajes de texto, correo de voz, correos electrónicos y postales. Por favor infórmenos si desea poner alguna restricción a cerca de esto.

Hay alguna persona con quien usted nos permita compartir su información dental/médica? Por favor seleccione una opción: Si / No

Nombre de la Persona: _____

Por razones de seguridad, por favor proporcione la fecha de nacimiento de esa persona: _____

He leído y entendido las pólizas anteriores y acepto asumir la responsabilidad de los gastos originados por mi tratamiento de la manera en que está descrito anteriormente. Yo autorizo que mi aseguranza haga pagos directos a CCD por los cobros subidos en nombre mio. Yo autorizo a CCD a compartir la información médica y dental necesaria para el procesamiento y pago de los cobros originados por mi tratamiento.

Confirmando que he recibido una copia de la póliza conocida como "Notice of Privacy Practices."

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____