

CHRISTENSEN ORAL SURGERY

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ # de Seguro Social: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Celular: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

Quién es su dentista? _____ Número de Teléfono _____

Farmacia _____ Dirección o Número de Teléfono _____

Persona responsable en caso de que el paciente sea menor de 18 años de edad o este discapacitado(a)

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ # de Seguro Social: _____

Tiene custodia legal del paciente? _____ Sí _____ No _____

Si no, quién es la persona con custodia? _____ # de teléfono _____

Formulario de Autorización de Información Médica

(HIPAA Formulario de Autorización)

Nombre _____ **Fecha de Nacimiento** ____/____/____

Información de Autorización

() Yo autorizo esta información incluyendo el diagnóstico, registros, exámenes dados y la información pedida. Esta información puede ser autorizada a:

() Esposo(a) _____

() Hijo(s) _____

() Otros _____

() Esta información no debe ser compartida con nadie mas

Este Formulario de Autorización se mantendrá en efecto hasta que yo lo cancele por escrito

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____

Formulario de historia clínica

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

Sexo: Hombre / Mujer

Estatura: _____

Peso: _____

Su historia clínica es importante para el tratamiento que va a recibir. Por lo tanto, es importante que responda cada pregunta en su totalidad y honestamente. Encierre con un círculo sus respuestas.

Describe su estado de salud actual: Excelente Bueno Regular Malo

Describe los síntomas que tiene hoy: _____

¿Hubo cambios en su salud en general este último año? Sí No

Si la respuesta es "Sí", describa: _____

¿Recibe atención médica por algún problema en particular en este momento? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿por qué? _____ Fecha del último examen físico ____/____/____

¿Alguna vez estuvo hospitalizado o tuvo una enfermedad grave? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿por qué? _____

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

¿Tiene, o alguna vez tuvo, lo siguiente?

Enfermedad cardíaca congénita, enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio, soplo cardíaco, enfermedad de la arteria coronaria, dolor torácico, presión arterial alta o baja, accidente cerebrovascular (embolia cerebral), latidos cardíacos irregulares, cirugía cardíaca, marcapasos)	Sí	No	Enfermedad pulmonar (asma, enfisema, EPOC, tos crónica, bronquitis, neumonía, tuberculosis, falta de aliento, dolor torácico, tos intensa)	Sí	No
			Glaucoma	Sí	No

Implantes en algún lugar del cuerpo (válvula cardíaca, marcapasos, cadera, rodilla)	Sí	No	Trastorno del sangrado, anemia, tendencia a hemorragias, transfusión de sangre ¿Le aparecen hematomas con facilidad?	Sí	No
---	----	----	--	----	----

Enfermedad renal o insuficiencia renal que requiere diálisis	Sí	No	Enfermedad hepática (ictericia, hepatitis A, B, o C)	Sí	No
--	----	----	--	----	----

Enfermedad de la tiroides	Sí	No	Diabetes	Sí	No
---------------------------	----	----	----------	----	----

Úlceras estomacales o colitis	Sí	No	Artritis	Sí	No
-------------------------------	----	----	----------	----	----

Crujido, chasquido o dolor en la articulación de la mandíbula o dificultad para abrir la boca	Sí	No	Pérdida o aumento de peso importante	Sí	No
			Ataques, convulsiones, epilepsia, desmayos o mareos	Sí	No

Aftas frecuentes o recurrentes en la boca	Sí	No	Problemas sinusales o nasales	Sí	No
---	----	----	-------------------------------	----	----

Radiación en la cabeza o el cuello para el tratamiento del cáncer	Sí	No	Osteoporosis u osteopenia	Sí	No
---	----	----	---------------------------	----	----

Cualquier enfermedad, quimioterapia o trasplante ¿Tuvo o tiene cáncer?				Sí	No
--	--	--	--	----	----

Si la respuesta es "Sí", ¿dónde? _____, ¿y cuál fue la fecha de su último tratamiento? _____

¿Tiene alguna otra enfermedad, afección o problema que no figure arriba y que cree que el médico debería saber? Sí No

Si la respuesta es "Sí", explique: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Tiene antecedentes familiares de alguna de las siguientes enfermedades? Si la respuesta es "Sí", indique el parentesco.

Diabetes	Sí	No	Relación _____	Cáncer	Sí	No	Relación _____
Enfermedad cardíaca	Sí	No	Relación _____	Problemas de sangrado	Sí	No	Relación _____
Tumores	Sí	No	Relación _____	Enfermedad pulmonar	Sí	No	Relación _____

PACIENTES MUJERES

¿Está embarazada o existe alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí No

Formulario de historia clínica

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

MEDICAMENTOS

¿Está usando alguno de los siguientes medicamentos?

Antibióticos	Sí	No	Aspirina o fármacos como Motrin, Aleve o ibuprofeno	Sí	No
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)	Sí	No	Insulina o fármacos para la diabetes de administración oral	Sí	No
Fármacos para el corazón	Sí	No	Medicamentos para la hipertensión	Sí	No
Esteroides (cortisona, prednisona, etc.)	Sí	No	Fármacos bifosfonatos, antiangiogénicos o antirresortivos para la osteoporosis, mieloma múltiple u otros tipos de cáncer. Si la respuesta es "Sí", indique los fármacos que usa y cuánto hace que los usa.	Sí	No
Agentes para la ansiedad, sedantes-hipnóticos y antidepresivos					
Analgésicos recetados	Sí	No			

Indique cualquier otro medicamento que haya usado o que use actualmente que no figure arriba, incluidos medicamentos recetados, fármacos para bajar de peso, medicamentos de venta libre, remedios holísticos o a base de hierbas, vitaminas o minerales: _____

ALERGIAS

¿Es alérgico o ha tenido una reacción adversa a cualquiera de los siguientes?

Látex	Sí	No	Codeína u otros analgésicos	Sí	No
Productos alimenticios	Sí	No	Aspirina, Motrin, Aleve o ibuprofeno	Sí	No
Sedantes y barbitúricos	Sí	No	Penicilina u otros antibióticos	Sí	No

¿Ha tenido, usted o algún familiar cercano, algún problema con la anestesia local, anestesia general o la sedación por vía intravenosa?

Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿con qué anestesia? _____ ¿Cuál es el parentesco? _____

Otras alergias a fármacos que no figuren arriba: _____

ANTECEDENTES SOCIALES

¿Alguna vez fumó o mascó tabaco? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿durante cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez ha buscado atención profesional o ha estado hospitalizado por lo siguiente?

¿Consumes usted lo siguiente?

Drogas	Sí	No
Trastornos emocionales	Sí	No
Alcoholismo	Sí	No

Alcohol	Sí	No	¿Con qué frecuencia?	_____
Marihuana	Sí	No	¿Con qué frecuencia?	_____
Drogas recreativas	Sí	No	¿Con qué frecuencia?	_____

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

¿Ha tenido algún efecto adverso a causa de un tratamiento odontológico? Sí No Si la respuesta es "Sí", por favor explique _____

¿Desea hablar con el médico en privado? Sí No

Entiendo la importancia de la veracidad e integridad de la historia clínica para que mi médico pueda brindar la mejor atención posible.

A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta.

Firma del paciente, padre/madre, tutor

Fecha

Nombre del paciente, padre/madre, tutor (en letra de imprenta)/Relación

Firma del médico

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Fecha Comentarios

Firma del médico

Oral & Maxillofacial Associates of Arizona, PLC
DBA Christensen Oral Surgery
Edward H. Christensen, DDS

Contrato de Póliza Financiera y de Seguro

Póliza Financiera: Todos los cobros de Oral & Maxillofacial Associates of Arizona están establecidos de acuerdo con los servicios realizados y el pago es necesario cuando los servicios son dados. En caso de que su cuenta sea mandada a colección tendrá como consecuencia un cobro de colección de 30% que será basado en su cuenta por saldar.

Póliza de Seguro: Los cirujanos de Oral & Maxillofacial Associates of Arizona (OMA) pueden o no ser proveedores participantes en su plan de seguro. Sin embargo, asesoramos al asegurado si estamos dentro o fuera de su red proveyendo a usted o su beneficiario su cuidado quirúrgico. Cada intento será hecho para determinar su responsabilidad financiera, sin embargo, esto muchas veces es limitado de acuerdo con la información que su compañía de seguro nos proporciona. La información proporcionada a OMA será dada a usted.

Antes de proveerle cuidado quirúrgico electivo, OMA solicitará, verbalmente o por escrito, una determinación de beneficios del plan de cuidado quirúrgico de su compañía de seguro. En caso de que la información proporcionada por su seguro sea incorrecta, la responsabilidad financiera será obligación del asegurado.

Un lenguaje específico puede existir en su póliza el cual describe la manera en que muchos procedimientos quirúrgico son reembolsados. Esta información no es rutinariamente disponible para nosotros, por lo tanto será responsabilidad del asegurado en revisar con su compañía de seguro y proveernos con ese lenguaje para que podamos ser mas precisos en detallar la obligación financiera del asegurado.

Por la presente, asigno todos los beneficios dentales y/o médicos a los cuales tengo derecho, incluyendo seguro privado y/o otros planes de salud a Oral and Maxillofacial Associates of Arizona. Yo autorizo el uso de cualquier información dental o medica necesaria para procesar el reclamo para los servicios de pago. Yo entiendo que es mi responsabilidad de asegurarme de que la información esté al corriente a medida que cualquier cambio ocurre. Yo entiendo que el seguro es considerado un método de reembolso para el paciente, para los pagos dados del médico, y no es un sustituto de pago. Yo entiendo que es mi responsabilidad pagar la cuenta.

Yo reconozco que entiendo y estoy de acuerdo con el Contrato de Póliza Financiera y de Seguro establecida aquí previamente.

Firma del Paciente o Asegurado

Fecha