



Fecha: _____

Informacion del Paciente

Primer Nombre _____ Apellido _____ Sexo: (M) (F) SS: _____ - _____ - _____

Si es menor de edad, Nombre De Padres: _____

Direccion: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero de Telefono (____) _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Empleador _____ Posicion _____ Numero de Telefono (____) _____

Correo Electronico: _____

Como supo de nuestra oficina? Television _____ QueCalor _____ TV y Mas _____ El Internet _____ Familia _____

Contacto de Emergencia

Nombre Completo _____ Relacion _____ Telefono(____) _____

Nombre Completo _____ Relacion _____ Telefono(____) _____

Informacion de la Aseguranza

Persona Responsable de la aseguranza _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Aseguranza _____ Telefono (____) _____ Seguro Social o ID# _____

Direccion _____ Empleador _____ Numero de Grupo _____

Firma Del Paciente _____ Fecha De Hoy _____

Historial Medico

Medico Personal: _____ Numero Telefonico: _____

Fecha de su ultimo examen fisico: _____

Su Historial Medico

Goza de buena salud? Si No

Esta recibiendo tratamiento medico? Si No Para que? _____

Esta tomando algun medicamento? Si No Cual? _____

Ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugia en los ultimos dos anos? Si No

Si la respuesta es si, para que? _____

Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

SIDA	S N	Claustrofobia	S N
Artritis/Reumatismo	S N	Herpes	S N
Protesis artificial	S N	Alta Presion	S N
Rodilla, cadera, valula del Corazon	S N	HIV Positivo	S N
Asma	S N	Problemas de los rrinoes	S N
Problemas de sangrado	S N	Anticonceptivo	S N
Cancer	S N	Osteoporosis	S N
Diabetes	S N	Ha usado Phen-Fen	S N
Enfisema	S N	Esta embarazada	S N
Glaucoma	S N	Fiebre reumatica	S N
Problemas del Corazon	S N	Enfermedades venerias	S N
Hepatitis	S N	Sinusitis	S N
Tiroides	S N	Fuma o usa Tabaco	S N

Tiene alergia o dificultad para tomar?

Aspirina S N Otros antibioticos? _____

Codeine S N

Anestesia (Novocaina) S N Otros medicamentos? _____

Penicilina S N

Tiene alguna condicion medica de la cual deberiamos saber que pudiera afectar su tratamiento?

SU HISTORIA DENTAL

Fecha de su ultimo examen dental: _____

Ha notado?

Sus dientes delicados al masticar S N

Sangrado de las encias S N

Mal aliento S N

Creacion de espacios entre dientes S N

Sensibilidad al calor, frio o cosas dulces S N

Areas dolorosas en su boca S N

Ha sido tratado alguna vez por:

Enfermedad de las encias S N

Ortodoncia (frenos) S N

Ha recibido intruccion sobre el cuidado de los dientes y las encias? S N

Hay algo que le preocupe aserca al tratamiento dental que nos pueda ayudar a brindarle una experiencia mas grata? _____

Firma del paciente, padre o guardian

Fecha

Diazo Family Dental and Braces Aviso de Privacidad

Por ser requerida por las regulaciones creadas en consecuencia del Health Insurance Portability Y Accountability Act de 1996 (HIPAA)

Este document describe la forma en que informacion medica acerca de usted puede ser utilizada y evaluada y como pueded tener acceso a este informe. Por favor lea esta informacion ycuidadosamente.

A. La forma en que nosotros evaluamos y usamos su informacion medica.

Nosotros, los proveedores, usamos la informacion medica del paciente para diagnosticar y tartar a el mismo, para recibir pagos por tratamiento que usted recibe. Por ejemplo, su informacion puede ser compartida atravez de documentos, cartas, correo electronico, fax, y otros metodos. Nosotros podemos evaluar y utilizar su informe sin su autorizacion por diferentes razones. Sin embargo, cualquiera que sea la situacion, siempre le pediremos a usted autorizacion escrita antes de nosotros utilizar o compartir su informacion medica. Si usted firmara una autorizacion para utilizar su informacion medica, usted tambien podria luego revocar la misma para retener cualquier uso futurp de esta informacion.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esto, favor de contactar a:

**Diazo Family Dental and Braces
6544 W Thomas Rd., Suite 8
Phoenix, AZ 85033
(623) 845-7400**

B. Sus Derechos

En la mayoria de los casos usted tiene el derecho de evaluar o obtener una copia de su historial medico con el cual nosotros tomamos decision acerca de su tratamiento. Si usted quisiera una copia, cobrariamos un cargo minimo. Usted tambien tiene el derecho de pedir una lista de ciertos, tipos de comentarios acerca de su informacion medica que nosotros hayamos hecho. Si usted piensa que su informacion medica es incorrecta o que algo le falte, usted tiene el derecho de pedir que nosotros corrijamos o completemos esta informaction.

C. Quejas de Privacidad

Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, asi como nuestras reglas de privacidad, o si no esta de acuerdo con alguna decision hecha por nosotros sobre acceso de su informacion medica, usted puede contactar al contacto mencionado abajo. El contacto mencionado abajo puede proveerle la direccion en caso de alguna queja escrits que usted quiera hacer.

Por favor de contactar a Diazo Family Dental and Braces, 6544 W Thomas Rd. Suite 8, Phoenix AZ 85033, (623)845-7400. Todas las quejas tienen que ser sometidas por escrito. No tomaremms represalias en su contra por presentar alguna queja.

E Leido y entiendo el Aviso de Privacidad de Diazo Family Dental and Braces.

Firma _____ **Fecha** _____

Diazo Dental and Braces
6544 W THOMAS RD Ste# 8
PHOENIX, AZ 85033

AUTORIZACION PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, Y RADIOGRAFIAS

Yo, el abajo firmante autoriza a Diazo Family Dental and Braces y personal, para examinacion, tomar radiografias (rayos-x) y realizar pruebas o utilizar cualquier otro metodo para hacer un diagnostico de mi salud dental o problema dental relacionado.

Entiendo que puedo pedir preguntas con respecto a cualquier tratamiento propuesto y recibir literatura o folletos para ayudar a entender cuando sea disponible y necesario.

Con la firma de este documento, confirmo que he leído y entiendo cada parte.

Parte responsable (firma)

Fecha