

Spanish Medical History Eaglesoft

Patient Name:

Birth Date:

Date Created:

Disclaimer

Aunque el personal dental trata principalmente la zona bucal y circundante, la boca forma parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener o los medicamentos que esté tomando por

Está usted bajo cuidado médico ahora?	☐ Yes ☐ No	If yes	
Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido alguna operación importante?	☐ Yes ☐ No	If yes	
Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?	☐ Yes ☐ No	If yes	
Esta tomando algún medicamento, pastilla o droga?	☐ Yes ☐ No	If yes	
Tomas o has tomado Phen-fen o redux?	☐ Yes ☐ No	If yes	
Toma o ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?	☐ Yes ☐ No	If yes	
Estás siguiendo una dieta especial?	☐ Yes ☐ No	If yes	
Consumes tabaco?	☐ Yes ☐ No	If yes	
Utiliza sustancias controladas?	☐ Yes ☐ No	If yes	

Mujer: Esta usted....

☐ Embarazada / tratando de quedar embarazada☐ Amamantando?☐ Tomando anticonceptivos orales?

Es alérgica(o) a lo siguiente?

Aspirina	☐ Yes ☐ No	Penicilina	☐ Yes ☐ No	Codeína	☐ Yes ☐ No	Acrílico	☐ Yes ☐ No
Metal	☐ Yes ☐ No	Latex	☐ Yes ☐ No	Drogas Sulfa	☐ Yes ☐ No	Anestésicos locales	☐ Yes ☐ No

Otro? ☐ Yes ☐ No If yes

Tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes?

SIDA / VIH positiva	☐ Yes ☐ No	Enfermedad de Alzheimer	☐ Yes ☐ No	Anafilaxia	☐ Yes ☐ No	Anemia	☐ Yes ☐ No
Angina de pecho	☐ Yes ☐ No	Artritis/Gota	☐ Yes ☐ No	Válvula Cardíaca Artificial	☐ Yes ☐ No	Articulación artificial	☐ Yes ☐ No
Asma	☐ Yes ☐ No	Enfermedad de la Sangre	☐ Yes ☐ No	Transfusión de Sangre	☐ Yes ☐ No	Problemas al Respirar	☐ Yes ☐ No
Moretones Facilmente	☐ Yes ☐ No	Cancer	☐ Yes ☐ No	Quimioterapia	☐ Yes ☐ No	Dolor en el Pecho	☐ Yes ☐ No
Herpes Labial/Ampollas Febriles	☐ Yes ☐ No	Trastorno Cardíaco Congénito	☐ Yes ☐ No	Convulsiones	☐ Yes ☐ No	Medicina con Cortisona	☐ Yes ☐ No
Diabetes	☐ Yes ☐ No	Adicción a las Drogas	☐ Yes ☐ No	Fácilmente Sinuosa(o)	☐ Yes ☐ No	Enfisema	☐ Yes ☐ No
Epilepsia o Convulsiones	☐ Yes ☐ No	Sangrado Excesivo	☐ Yes ☐ No	Desmayos/Mareos	☐ Yes ☐ No	Dolor de Cabeza Frecuente	☐ Yes ☐ No
Diarrea Frecuente	☐ Yes ☐ No	Tos Frecuente	☐ Yes ☐ No	Herpes Genital	☐ Yes ☐ No	Glaucoma	☐ Yes ☐ No
Fiebre de Heno	☐ Yes ☐ No	Ataque Cardíaco/Insuficiencia	☐ Yes ☐ No	Soplo Cardíaco	☐ Yes ☐ No	Marcapasos Cardíaco	☐ Yes ☐ No
Problemas/Enfermedades del Corazón	☐ Yes ☐ No	Hemofilia	☐ Yes ☐ No	Hepatitis A	☐ Yes ☐ No	Hepatitis B o C	☐ Yes ☐ No
Herpes	☐ Yes ☐ No	Hipertension	☐ Yes ☐ No	Presion Arterial baja	☐ Yes ☐ No	Colesterol Alto	☐ Yes ☐ No
Urticaria o Sarpullido	☐ Yes ☐ No	Hipoglucemia	☐ Yes ☐ No	Latido de Corazon Irregular	☐ Yes ☐ No	Problemas Renales	☐ Yes ☐ No
Leucemia	☐ Yes ☐ No	Enfermedad del Hígado	☐ Yes ☐ No	Enfermedad de los Pulmones	☐ Yes ☐ No	Prolapso de la Válvula Mitral	☐ Yes ☐ No
Osteoporosis	☐ Yes ☐ No	Dolor en la Mandíbula	☐ Yes ☐ No	Enfermedad Paratiroidea	☐ Yes ☐ No	Atención Psiquiátrica	☐ Yes ☐ No
Tratamientos de Radiación	☐ Yes ☐ No	Perdida de Peso Recientemente	☐ Yes ☐ No	Dialisis Renal	☐ Yes ☐ No	Fiebre Reumática	☐ Yes ☐ No
Reumatismo	☐ Yes ☐ No	Escarlatina	☐ Yes ☐ No	Culebrilla	☐ Yes ☐ No	Enfermedad de Células Falciformes	☐ Yes ☐ No
Problemas Sinusales	☐ Yes ☐ No	Espina Bífida	☐ Yes ☐ No	Enfermedad Estomacal/Intestinal	☐ Yes ☐ No	Derrame Cerebral	☐ Yes ☐ No
Hinchazon en las extremidades	☐ Yes ☐ No	Enfermedad de las Tiroides	☐ Yes ☐ No	Amigdalitis	☐ Yes ☐ No	Tuberculosis	☐ Yes ☐ No
Neoplasia o Tumor	☐ Yes ☐ No	Ulceras	☐ Yes ☐ No	Enfermedad Venérea	☐ Yes ☐ No	Ictericia Amarilla	☐ Yes ☐ No

Ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? ☐ Yes ☐ No If yes

Comment

Hasta donde yo sé, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso a mi salud (o la de mis pacientes). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental sobre cualquier cambio en mi estado de salud.

Signature of Patient, Parent or Guardian:

X

Date: _____

Addendum

Nombre: _____ Nacimiento: _____

Marque (✓) si actualmente está experimentando problemas con lo siguiente:

- | | |
|--|---|
| ☐ Mal aliento | ☐ Se muerde las uñas |
| ☐ Encías sangrantes | ☐ Respiración bucal |
| ☐ Chasquidos o crujidos en la mandíbula | ☐ Bulimia/Anorexia |
| ☐ Acumulación de comida entre los dientes | ☐ Chupa-dedos |
| ☐ Rechinar o apretar los dientes | ☐ Protrusión lingual |
| ☐ Dientes flojos o empastes rotos | ☐ Dientes rotos |
| ☐ Tratamiento periodontal | ☐ Dieta especial |
| ☐ Sensibilidad al frío | ☐ Sensibilidad a los dulces |
| ☐ Sensibilidad al calor | ☐ Sensibilidad al morder |
| | ☐ Llagas o crecimientos en la boca |

Refresco ☐ SI ☐ NO
Si es así, cuanto? _____

Chicle ☐ SI ☐ NO
Si es así, cuanto? _____

Cigarro/Cigarrillo/Pipa ☐ SI ☐ NO
Si es así, cuanto? _____

Tabaco sin humo ☐ Yes ☐ No
Si es así, cuanto? _____

Tratamiento periodontal ☐ SI ☐ NO
Si es así, cuanto? _____

Te gustaría tener los dientes más blancos??
☐ SI ☐ NO

Qué tipo de pasta de dientes utiliza?

Qué tipo de enjuague bucal utiliza?

Cuántas veces se cepilla? _____

Usa hilo dental? _____

Yo tengo: Cepillo eléctrico ☐
Cepillo Manual ☐

¿Algo que quisiera cambiar de su sonrisa?

Razón por su visita?: _____

_____ Dentista anterior: _____

Fecha Última atención dental? _____ Fecha de última radiografía _____

Bienvenidos

Nos complace darle la bienvenida a nuestra clínica. Por favor, tómese unos minutos para completar este formulario lo más completo posible. Si tiene alguna pregunta, con gusto le ayudaremos. Esperamos colaborar con usted para mantener su salud dental.

Informacion de Paciente:
Fecha de Hoy: _____
Nombre: _____
Apodo: _____
Nacimiento: _____ Edad: _____
Numero de Social: _____
☐ Hombre ☐ Mujer
☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a)
Su direccion: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Postal: _____
Telefono de casa: _____
Telefono personal: _____
Correo: _____
Empresa: _____
Contacto de Emergencia: _____
Telefono de Contacto: _____
SI PACIENTE ES UN MENOR
MADRE: _____
Numero de #: _____
PADRE: _____
Numero de #: _____

Informacion de Aseguranza:
Titular de Poliza: _____
Nacimiento: _____
Numero de Social: _____
Relacion al paciente: _____
Empresa: _____
Compania de Aseguranza: _____
De Miembro: _____
Asegurnza Secundaria:
Titular de Poliza: _____
Nacimiento: _____
Numero de Social: _____
Relacion al paciente: _____
Empresa: _____
Compania de Aseguranza: _____
De Miembro: _____
Como escucho de nosotros: _____
Nombre de referencia: _____

Andrew Euler D.D.S

2401 Frederick Avenue * St. Joseph, MO 64506

Aviso de Prácticas de Privacidad - Reconocimiento del Paciente

Al firmar este formulario, usted consiente el uso y la divulgación de su información médica protegida. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, con su firma. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede divulgarse o utilizarse para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- El consultorio se reserva el derecho de modificar la política de privacidad según lo permita la ley.
- El consultorio tiene derecho a restringir el uso de la información, pero no está obligado a aceptar dichas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, y en ese caso, cesarán las divulgaciones completas.
- El consultorio puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos hablar sobre cualquier asunto dental con otra persona? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique los nombres de las personas con las que podemos hablar en su nombre:

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Política de pago

Aceptamos las siguientes formas de pago: efectivo, cheque y tarjeta de crédito.

Registraremos su seguro como cortesía. El copago estimado debe abonarse el día del servicio.

Trabajamos al 100% para usted, no para la compañía de seguros. No comprometemos nuestros estándares ofreciendo menos de la atención que usted merece. Dado que el costo de la atención médica de calidad ha aumentado, la mayoría de los reembolsos de las aseguradoras se han mantenido relativamente estables. Por lo tanto, la mayoría de los procedimientos dentales tienen copagos de bolsillo. Nuestros honorarios se basan en la atención, el criterio y la habilidad del profesional.

Por favor, ponga sus iniciales:

_____ Entiendo que el pago debe realizarse en la fecha del servicio.

_____ Entiendo que soy responsable del pago total, independientemente del seguro.

_____ Entiendo que el copago estimado es solo un estimado y que debo abonar el saldo restante después de que el seguro pague.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad informar a su consultorio sobre cualquier seguro

Firma: _____ Fecha: _____

Autorizo a Euler Family Dental a presentar la solicitud a mi compañía de seguros y autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Euler Family Dental.

Firma: _____ Fecha: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

Toda la información que esta oficina obtiene de usted está protegida y se mantiene confidencial. Se toman todas las medidas razonables para evitar la divulgación no autorizada de su información médica protegida.

Usos y divulgaciones

- Su información médica protegida se accede y utiliza únicamente con fines relacionados con la atención médica.
- Su información médica protegida nunca se vende, alquila, transfiere, intercambia ni utiliza para fines no relacionados con la atención médica, incluidas actividades de marketing, sin su autorización por escrito
- Su información médica protegida se divulga a entidades de terceros sin su autorización por escrito con fines de tratamiento, para obtener el pago del tratamiento y para operaciones de atención médica.

Ciertas circunstancias

Su información médica protegida puede divulgarse sin su autorización por escrito en ciertas circunstancias limitadas;

- Emergencias médicas
- En situaciones requeridas por ley
- Personas involucradas en su atención
- Cuando lo solicite una agencia de salud pública
- Cuando lo solicite una agencia del orden público
- Para cualquier propósito que no sea tratamiento, obtención de pago, atención médica o ciertas circunstancias, le solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información médica protegida. Si decide firmar una autorización para divulgar información médica protegida, puede revocarla por escrito en cualquier momento.

Derechos del Paciente

- Tiene derecho a solicitar por escrito la revisión y/o recepción de una copia de su información médica.
 - Tiene derecho a solicitar un medio o lugar alternativo para recibir comunicaciones sobre su información médica.*

• Tiene derecho a solicitar por escrito la modificación, corrección o eliminación de cualquier información médica registrada que tengamos en nuestro poder.*

- Tiene derecho a solicitar por escrito la restricción de algunos usos y divulgaciones de su información médica.*
- You have the right to request in writing an accounting of certain disclosures of your health information that were made by this office. *

* Pueden aplicarse condiciones y limitaciones; obtenga información adicional en recepción.

Cambios a este aviso: Nos reservamos el derecho de modificar las prácticas de privacidad y las condiciones de este aviso en cualquier momento y sin previo aviso. En caso de cambios, se publicará un aviso de actualización y se le enviará una copia