

Información para pacientes nuevos

Información del paciente

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Nombre preferido: _____ Hombre Mujer Prefiero no identificarme

Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA Edad: _____ Número de Seguridad Social (SSN): _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa: () Teléfono celular: () Teléfono de trabajo: ()

Correo electrónico: _____

Satisfacción con la sonrisa actual:

Extremadamente satisfecho/a Muy satisfecho/a Algo satisfecho/a No muy satisfecho/a Para nada satisfecho/a

Parte responsable

Relación con el paciente: Titular Padre/madre/tutor legal Otro: _____
Marque "titular" si el paciente es la misma persona que la parte responsable y omite esta sección.

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA Edad: _____ Número de Seguridad Social (SSN): _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa: () Teléfono celular: () Teléfono de trabajo: ()

Correo electrónico: _____

Otros integrantes de la familia

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____
Primer Nombre Apellido

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____
Primer Nombre Apellido

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____
Primer Nombre Apellido

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____
Primer Nombre Apellido

Al proporcionar los números de teléfono mencionados, expresamente consiento recibir llamadas telefónicas o mensajes de texto de la Clínica y sus agentes y representantes a través de un sistema de marcación telefónica automática, otra tecnología asistida por computadora o mensajes pregrabados, con cualquier propósito, incluidos, entre otros, recordatorios de cita y atención médica de seguimiento, programación, cuentas del paciente, asignación de beneficios o responsabilidad financiera. Entiendo que, dependiendo de mi plan telefónico, podrían cobrarme estas llamadas o mensajes de texto. Acepto proporcionar los números actualizados si estos cambian.

Información para pacientes nuevos

Seguro dental primario

Nombre del suscriptor: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

SSN del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ / _____ / _____
DD MM AAAA

Dirección del suscriptor: _____

Ciudad Estado Código Postal

Empleador: _____

No de ID del seguro: _____ No. de ID del empleador: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Dirección: _____

Teléfono de la compañía de seguros: () _____ No. de grupo de la compañía de seguros: _____

Seguro dental secundario

Nombre del suscriptor: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

SSN del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ / _____ / _____
DD MM AAAA

Empleador: _____ No de ID del seguro: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Estado: _____

Teléfono de la compañía de seguros: () _____ No. de grupo de la compañía de seguros: _____

Información de la clínica dental principal

Nombre de la clínica: _____ Nombre del dentista: _____

Fecha de la última limpieza: _____

¿Hay tratamientos pendientes?: Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

Información para pacientes nuevos

Información sobre el historial médico

Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> Alergias a algún medicamento | <input type="checkbox"/> Anorexia/Bulimia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Defectos congénitos del corazón |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Succión de dedo |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades/Incapacidades Hemofilia | <input type="checkbox"/> Alteración de la audición | <input type="checkbox"/> Soplo del corazón |
| <input type="checkbox"/> Chasquido de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B o C | <input type="checkbox"/> VIH positivo/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Alergias al metal | <input type="checkbox"/> Trastornos del hígado/riñón | <input type="checkbox"/> Alergia al látex |
| <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Tabaquismo/consumo de tabaco | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

Enumere los medicamentos que toma actualmente: _____

Enumere cualquier alergia a medicamentos conocida: _____

¿Alguna vez ha tomado medicamentos contra la osteoporosis? Sí No

Explique cualquiera de las opciones anteriores o enumere las necesidades o inquietudes especiales: _____

Información para pacientes nuevos

Autorización para la divulgación de información del paciente y uso de expedientes (“Autorización”)

Autorizo la divulgación de información del expediente del paciente con respecto de su tratamiento o sus obligaciones financieras que se relacionen con su tratamiento a las partes mencionadas a continuación. Entiendo que una vez divulgada la información financiera o médica personal conforme a esta Autorización, la Clínica no tiene responsabilidad de las divulgaciones posteriores que efectúe la persona que reciba la información del paciente.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi negación a hacerlo no afectará ni limitará la capacidad del paciente para obtener tratamiento ni afectará ningún pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios.

Entiendo que puedo revocar esta Autorización mediante el envío de una notificación por escrito al Director de Privacidad de la Clínica a la dirección mencionada a continuación; siempre que, no obstante, mi aviso para revocar esta Autorización no se aplique a las acciones tomadas en relación con esta Autorización antes de la fecha en que el Director de Privacidad de la Clínica recibió el aviso por escrito.

Dana E. Fender, DMD PC
Atn.: Director de Privacidad
295 SE Inner Loop
Georgetown, TX 78626

Esta Autorización expirará en las siguientes situaciones, la que suceda primero: (i) la finalización del tratamiento del paciente con la Clínica o (ii) mi revocación por escrito expresa de esta Autorización con respecto de un receptor. En cada caso, mi autorización histórica seguirá en efecto en cuanto a la información de salud protegida que se divulgó antes de la expiración/revocación de esta Autorización.

He leído y entiendo la información que contiene esta Autorización y seleccioné las respuestas correspondientes para indicar mi acuerdo y permitir el uso y la divulgación de mi información del expediente médico o financiera o la del paciente conforme se describió antes.

<input type="checkbox"/>	_____	_____
	Nombre de la persona autorizada	Relación con el paciente
<input type="checkbox"/>	_____	_____
	Nombre de la persona autorizada	Relación con el paciente
<input type="checkbox"/>	_____	_____
	Nombre de la persona autorizada	Relación con el paciente

Firma del paciente/parte responsable

Fecha

Información para pacientes nuevos

Autorización del paciente/representante autorizado para divulgar cierta información médica protegida

Al firmar esta autorización ("Autorización"), por el presente acepto lo siguiente:

1. Otorgo a Dana E. Fender, DMD PC ("Clínica"), que actúa a través de los empleados, agentes, contratistas o socios comerciales de la Clínica, el derecho a usar, divulgar y publicar cierta información de salud protegida ("PHI"), que incluye, entre otros, mi nombre, información biográfica, voz, fotografía, video o aspecto, incluso lo que está contenido en cualquier testimonio del paciente o relacionado con este, inclusive los testimonios que puedo publicar en las redes sociales o sitios web de reseñas (en conjunto, la "Información"), con propósitos de comercialización, relaciones públicas, consultas profesionales, investigación, educación o publicación en revistas profesionales. Toda divulgación de este tipo de información que realice la Clínica se puede poner a disposición del público general a través de la publicación de la información en los sitios web de la Clínica, páginas de redes sociales y a través de publicidades impresas, anuncios televisivos o radiales y otras publicaciones de promoción de la Clínica.

2. Entiendo que la Clínica puede usar la información para los fines mencionados en este documento y que esto puede beneficiarla. Asimismo, entiendo que la Clínica no me debe, ni me deberá nunca, ninguna regalía u otra cantidad en relación con el uso de la información.

3. Entiendo que no tengo el derecho de inspeccionar ni aprobar el material impreso o electrónico que se pueda usar como se describe en el presente documento y que el asunto y los materiales en los que se usa mi Información se pueden modificar, editar o combinar con otros materiales. También entiendo y acepto que la Clínica retendrá el derecho exclusivo a aprobar o desaprobar la extensión, el formato y la manera en que se puede divulgar mi Información. Entiendo y acepto que la Clínica no será responsable de ninguna publicación o errores de transmisión.

4. Entiendo que aceptar esta Autorización es un acto voluntario, que puedo negarme a firmarla y que la Clínica no condicionará el comienzo ni la continuación del tratamiento por mi decisión de proporcionar esta Autorización, como tampoco mi negación a firmar esta Autorización afectará ningún pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios de ninguna fuente. También comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento después de firmarla al proporcionar a la Clínica el aviso por escrito de que deseo revocar esta Autorización a la siguiente dirección:

Dana E. Fender, DMD PC
Atención: Director de Privacidad
295 SE Inner Loop
Georgetown, TX 78626

5. Entiendo que mi otorgamiento de derechos a la Clínica que contiene esta Autorización no se puede revocar en la medida en que ya se hayan tomado acciones en relación con esta Autorización antes de la fecha en que la Clínica reciba mi solicitud por escrito para revocar esta Autorización. Esta Autorización vencerá en diez (10) años a partir de la fecha de mi firma, a menos que se dé por terminado el otorgamiento de derechos a la Clínica que se incluye en el presente documento. Dicha terminación de derechos debe realizarse de manera prospectiva a partir del día en que el Director de Privacidad mencionado antes reciba mi revocación.

6. Entiendo que la Clínica no usará ni divulgará mi PHI por los motivos mencionados en este documento más allá del alcance de esta Autorización sin mi consentimiento/autorización por escrito u otro modo permitido o requerido por la ley aplicable. También entiendo que la Información divulgada puede estar sujeta a la divulgación posterior del receptor, que incluye a cualquier persona del público, y dicha divulgación posterior no requerirá un consentimiento adicional de mi parte.

7. Por el presente renuncio, autorizo, descargo y acepto eximir de responsabilidad a la Clínica y sus empleados, agentes, contratistas o socios comerciales y sus respectivos funcionarios, directores, empleados, agentes, sucesores y asignados y cualquier persona autorizada por ellos por todas las pérdidas, daños, costos, gastos, derechos, reclamos, demandas, responsabilidad y acciones, que puedan resultar del uso de la Información, incluida la distorsión de mi aspecto, que puede ocurrir en la toma, procesamiento, reproducción, publicación o distribución de mi Información, incluidos sin limitación cualquier reclamo por libelo, calumnia, difamación, invasión del derecho de privacidad/publicidad, luz falsa, entre otros, o cualquier otro reclamo que surja del ejercicio de los derechos otorgados en el presente o esté relacionado con este.

Información para pacientes nuevos

8. Si esta Autorización la firma el representante autorizado del paciente o menor dependiente, los términos “Yo”, “mi” y “mi” se deben interpretar como que aplican al paciente, si corresponde.

Al firmar a continuación, autorizo el uso o divulgación de la Información, incluida la PHI, como se describió antes, y reconozco que he leído y acepto todos los términos estipulados en esta Autorización.

Me han respondido de manera completa todas mis preguntas sobre esta Autorización.

Firma del paciente o su representante autorizado

Nombre en letra de imprenta

Relación (si firma una persona distinta al paciente)

Fecha

* * *
* * *