Bienvenido

¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental! Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible. Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental, llene completamente este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudaremos.

Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

No. de paciente _____

Numero de seguro social _____

Fecha _____

Nombre _____ *Fecha de nacimiento* _____ *Teléfono particular* _____

Dirección _____ *Ciudad* _____ *Estado/ Provincia* _____ *Código Postal/ P.C.* _____

Correo electrónico _____ *Teléfono celular* _____

Marque el cuadro correspondiente: ☐ *Menor* ☐ *Soltero(a)* ☐ *Casado(a)* ☐ *Divorciado(a)* ☐ *Viudo(a)* ☐ *Separado(a)*

Si es estudiante, nombre de la universidad _____ *Ciudad* _____ *Estado/ Provincia* _____ ☐ *Tiempo completo* ☐ *Tiempo parcial*

Paciente o empleador del paciente o tutor _____ *Teléfono del trabajo* _____

Dirección comercial _____ *Ciudad* _____ *Estado/ Provincia* _____ *Código Postal/ P.C.* _____

Cónyuge o nombre del padre o tutor _____ *Empleador* _____ *Teléfono del trabajo* _____

¿A quién le podemos agradecer por derivarlo? _____

Persona de contacto en caso de urgencia _____ *Teléfono* _____

Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta (si es menor de 18 anõ) _____ *Relación con el Paciente* _____

Dirección _____ *Teléfono particular* _____

Correo electrónico _____ *Teléfono celular* _____

No. de licencia de conducir _____ *Fecha de nacimiento* _____

Empleador _____ *Teléfono del trabajo* _____ *No. de seguro social* _____

¿Está persona es actualmente paciente de nuestra consulta? ☐ *Sí* ☐ *No*

Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. ***Pago total en cada cita:***

☐ *Efectivo* ☐ *Cheque personal* ☐ *Trajeta de crédito* ☐ *Care Credit* ☐ *Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.*

Información del Seguro

Nombre del suscriptor: _____ *Relación con el Paciente* _____

Fecha de nacimiento _____ *No. de seguro social or ID No.* _____

Nombre del empleador _____ *No. de sindicato o gremio local* _____ *Teléfono del trabajo* _____

Nombre Compañía de seguros _____ *No. de grupo* _____ *Política/No. de identificación* _____

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL? ☐ *Sí* ☐ *No* *SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:*

Nombre del suscriptor: _____ *Relación con el Paciente* _____

Fecha de nacimiento _____ *No. de seguro social or ID No.* _____

Nombre del empleador _____ *No. de sindicato o gremio local* _____ *Teléfono del trabajo* _____

Nombre Compañía de seguros _____ *No. de grupo* _____ *Política/No. de identificación* _____

Sigue en la hoja siguiente

Antecedentes Médicos del Paciente

Médico _____ No. de teléfono de la consulta _____

	Sí	No
1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento?	☐	☐
2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizada por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años?	☐	☐
Si la respuesta es sí, explique _____		
3. ¿Toma algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica?	☐	☐
Si la respuesta es sí, ¿qué medicamento(s) está tomando?		
4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux?	☐	☐
5. ¿Ha tomado agluna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algun medicamento para el cáncer que contenga bisfosfonatos?	☐	☐
6. ¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis o Levitra en las últimas 24 horas?	☐	☐
7. ¿Consume tabaco?	☐	☐
8. ¿Usa sustancias controladas?	☐	☐

	Sí	No
10. ¿Esta usando lentes de contacto?	☐	☐
11. ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos?		
Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina)	☐	☐
Penicilina o cualquier otro antibiótico	☐	☐
Medicamentos con Sulfa	☐	☐
Barbitúricos	☐	☐
Sedantes	☐	☐
Yodo	☐	☐
Aspirina	☐	☐
Algún Metal (por ejemplo, niquel, mercurio, etc.)	☐	☐
Látex/Goma	☐	☐
Otro (pro favor enumere) _____		
12. ¿Tiene tos o aclaración de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida (que haya durado más de 3 semanas)?	☐	☐
13. Sólo Mujeres:		
a) ¿Está actualmente embarazada o cree que pueda estarlo?	☐	☐
b) ¿Está amamantando?	☐	☐
c) ¿Está tomando anticonceptivos orales?	☐	☐

9. ¿Tienes alguno de los siguientes?

- ☐ Accidente Cerebrovascular
- ☐ Amigdalitis
- ☐ Anafilaxia
- ☐ Anemia
- ☐ Angina
- ☐ Arterial Reumatismo
- ☐ Artritis/Gota
- ☐ Asma
- ☐ Ataque/Insuficiencia Cardíaca
- ☐ Atención Psiquiátrica
- ☐ Colesterol Alto
- ☐ Convulsiones
- ☐ Cáncer
- ☐ Dolor de Mandibula
- ☐ Desmayos/Mareos
- ☐ Diabetes
- ☐ Diarrea Frecuente
- ☐ Diálisis Renal
- ☐ Dolores De Cabeza Frecuentes
- ☐ Dolor de Pecho
- ☐ Drogadicción
- ☐ Enfermedad de Alzheimer
- ☐ Enfermedad del Hígado
- ☐ Enfermedad de la Sangre
- ☐ Enfermedad Pulmonar
- ☐ Enfermedad Paratiroidea
- ☐ Enfermedad Estomical/Intestinal
- ☐ Enfermedad de Células Falciformes
- ☐ Enfermedad Venérea
- ☐ Enfisema
- ☐ Epilepsia o Convulsiones
- ☐ Escarlatina
- ☐ Espina Bífida
- ☐ Fiebre Del Heno
- ☐ Fiebre Reumática
- ☐ Glaucoma
- ☐ Hemofilia
- ☐ Hepatitis A
- ☐ Hepatitis B o C
- ☐ Herpes
- ☐ Herpes Genital
- ☐ Herpes Labial/Ampollas de Fiebre
- ☐ Herpes Zoster
- ☐ Hinchazón De Las Extremidades
- ☐ Hipertensión
- ☐ Hipoglucemia
- ☐ Ictericia Amarilla
- ☐ Implante o Reemplazo de Articulaciones
- ☐ Latidos Irregulares del Corazón
- ☐ Leucemia
- ☐ Marcapasos Cardíaco
- ☐ Medicamento De Cortisone
- ☐ Moretones Fácilmente
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Presión Arterial Baja
- ☐ Problemas/Enfermedades Del Corazón
- ☐ Problemas De Sinusitis
- ☐ Problema de Tiroides
- ☐ Problemas Renales
- ☐ Problemas Respiratorios
- ☐ Prolapso De La Válvula Mitral
- ☐ Pérdida De Peso Reciente
- ☐ Radioterapia
- ☐ Quimioterapia
- ☐ Sangrado Excesivo
- ☐ Sed Excesiva
- ☐ SIDA o Infección de VIH
- ☐ Soplo Cardíaco
- ☐ Tos Frecuente
- ☐ Transfusión De Sangre
- ☐ Trastorno Cardíaco Congénito
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Tumores o Crecimientos
- ☐ Urticaria o Sarpullido
- ☐ Válvula Cardíaca Artificial
- ☐ Úlceras
- ☐ Otro: _____

Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y Ubicación del Dentista Anterior _____

	Sí	No
1. ¿Te gusta tu sonrisa y si no, qué te gustaria cambiar si pundieras?	☐	☐
2. ¿Tiene algún dolor, sensibilidad o sangrado en los dientes o la boca?	☐	☐
3. ¿Aprieta o rechina los dientes con frecuencia, tiene dolores de cabeza frecuentes, chasquidos, crujidos o dolor en la mandibula? (Marque todas las opciones que correspondan)	☐	☐
4. ¿Alguna vez has recibido tratamiento de ortodoncia (aparatos o terapia con alineadores transparentes como Invisalign)?	☐	☐
5. ¿Estás interesado en Brackets o Invisalign?	☐	☐

	Sí	No
6. ¿Alguna vez te han hecho una limpieza profunda en la que tuviste que usar anestesia local o estar "adormecido"?	☐	☐
7. ¿Ronca, se despierta con frecuencia por la noche o le han dicho alguna vez que tiene apnea del sueño?	☐	☐
Explique: _____		
8. ¿Como calificarias el estado de tu boca? ☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo		
9. ¿Cuál es su preocupacion mas importante/urgente?	☐	☐
_____		
_____		

Autorización y Entrega de Información

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o examenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

X _____

Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad) *Fecha*

Iniciales de la recepcionista que reviso la documentacion del paciente _____ *Fecha* _____

Wine Country
FAMILY DENTAL

Nombramiento Rotas/ Politica de Cancelacion

Bienvenido a Wine Country Family Dental! Respetamos su tiempo y le gustaria hacer de su visita a nuestra oficina lo mas eficiente possible. Estamos muy contentos de brindarle a usted y ya su familia con el cuidado dental pendientes.

Sobre la cita Roto/ Politica de Cancelacion

Si no se presenta para un programado cita, todas las citas futures que pueda tener progamada se cancelara. Le pedimos que por favor, avisenos lo mas pronto possible si usted no puede asistir a su cita. **Un cargo de $50.00 debra abonarse por cualquier nombramiento roto o cancela con menos de 24 horas de anticipacion.**

He leido y entiendo la politicade occidental cita dental roto.

Firma del Paciente: _____, Fecha, _____
(Firma del padre/tutor legal si es menor de Edad.)

**********Por favor marquee la major manera de confirmer sus citas:**

Telefono de laCasa Telefono de Trabajo Celulares de Texto o Correo Electronico

Por favor de indicar con ese numero de telefono o correo electronico:

_____

Enumere los nombres de su hijo / hijos: _____
_____
_____
_____
_____

Wine Country Family Dental
Políticas para Pacientes

Opciones De Planes De Pago

Financiamiento con **Sunbit**

Necesitará: una copia de su licencia de conducir o identificación estatal, dirección de correo electrónico y tarjeta de débito. Sunbit es muy fácil de solicitar y tiene una opción de plan de pago mensual bajo. Sunbit ejecutará una verificación de crédito suave (por lo que no aparece en sus informes de crédito cuando la solicite). Realizarás un pago mensual con tarjeta de débito únicamente a Sunbit directamente. (ver en los folletos de la oficina para más información) _____ *Iniciales Del Paciente*

CareCredit

Ofrecemos CareCredit aquí! Podemos ayudarle a llenar la solicitud y procesarla; sólo se tarda 5 minutos para obtener aprobado. Una vez que se apruebe, y dependiendo de cuánto necesitará usar; nos permiten procesar 6 meses, 12 meses, 18 meses o hasta 24 meses sin intereses pagos*! (nota al margen: asegúrese de pagar el saldo adeudado antes de que se agote el tiempo sin intereses promocionales; de lo contrario, se le cobrarán intereses desde el primer día en que procesó la transacción)*

_____ *Iniciales Del Paciente*

Póliza De Seguros

Nosotros presentaremos una reclamación a su seguro para cualquier procedimiento como una cortesía para nuestros pacientes. También llamaremos a su seguro para obtener un desglose básico, pero en última instancia, usted es totalmente responsable del costo del tratamiento, si la compañía de seguros no realiza el pago.

** Razones por las cuales el seguro podría negar la reclamación podría ser: plan terminado, no un beneficio cubierto, no un código cubierto, límites de edad, falta de cláusula dental, coordinación de beneficios o por cualquier otro motivo **

Es su responsabilidad conocer la política de su plan.

También estamos más que felices de enviar una pre-determinación a su seguro para asegurarnos de que es un beneficio, y cuánto van a pagar (tendrá que permitir 2-4 semanas para que las preautorizaciones sean aprobadas o denegadas) _____ Iniciales del paciente

Celulares

Los teléfonos celulares no están permitidos durante su cita de tratamiento, le pedimos que por favor, póngalos en "silencio" y en su bolso o fuera a un lado mientras que el Dr. Schutte está en el cuarto de operaciones con usted. Hay muchos instrumentos afilados y pequeños y su seguridad es nuestra preocupación número uno. El asistente puede entregar su teléfono celular de nuevo a usted tan pronto como su tratamiento se ha completado.

Firma del Paciente / Guardián: _____ Fecha: _____

La Escala de Somnolencia Epworth

La Escala de Somnolencia Epworth es ampliamente utilizado en el campo de la medicina del sueño como una medida para la somnolencia de un paciente. La prueba es una lista de ocho situaciones en las que califica a su tendencia a convertirse en sueño en una escala de 0, no hay posibilidad de dormitando, a 3, alta probabilidad de dormitando. Cuando termine la prueba, se suman los valores de sus respuestas. Su puntuación total se basa en una escala de 0 a 24. Estimaciones de escala si está experimentando somnolencia excesiva que posiblemente requiera atención médica.

Cómo soñoliento es usted?

¿Qué tan probable es que usted pueda dormirse o quedarse dormido en las siguientes situaciones? Usted debe evaluar sus posibilidades de quedarse dormido, no sólo la sensación de cansancio. Incluso si no lo has hecho algunas de estas cosas recientemente tratar de determinar la forma en que habrían afectado a usted. Para cada situación, decidir si o no usted tendría:

- No hay posibilidad de dormitando = 0
- Poca Probabilidad de dormitando = 1
- Probabilidad moderada de dormitando = 2
- Alta probabilidad de dormitando = 3

Escriba el número correspondiente a su elección en la columna de la derecha. Sume el total de abajo

Situación	**Probabilidad de quedarse dormido**
Sentado y leyendo	*
Viendo la televisión	*
Sentado inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o una reunión)	*
Como pasajero en un coche durante una hora sin interrupción	*
Acostarse para descansar en la tarde, cuando las circunstancias lo permitan	*
Sentarse y hablar con alguien	*
Sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol	*
En un coche, mientras que se detuvo por unos minutos en el tráfico	*

Puntaje Total _____

Analizar su puntaje Interpretación:

0-7: Es poco probable que usted está anormalmente somnoliento.

8-9: Usted tiene una cantidad media de sueño durante el día

10-15: Puede ser excesivamente somnoliento dependiendo de la situación. Es posible que desee considerar la búsqueda de atención médica.

16-24: Usted es excesivamente somnoliento y debe considerar la búsqueda de atención médica

Referencia: Johns MW. Un nuevo método para medir la somnolencia diurna: La Escala de Somnolencia Epworth. Sleep 1991; 14 (6): 540-5

Nombre del Paciente: _____ **Número de Archivo** _____ **Fecha:** _____

Wine Country
FAMILY DENTAL

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Wine Country Family Dental mantené un registro de los servicios dental que le proporcionamos. Usted puede pedir ver y copiar ese récord. Usted también puede pedir corregir ese récord. No revelaremos su expediente a los demás a menos que nos lo indique, o a menos que la ley autoriza o nos obliga a hacerlo. Usted puede ver su expediente o conseguir más información contactando a nuestro gerente de la oficina.

Nuestro aviso de prácticas de privacidad describe con más detalle cómo su información dental puede utilizarse y divulgarse y cómo puede acceder a su información.

Con mi firma abajo yo confirmo que yo a recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad

_____ _____

Paciente o firma legal del individual autorizado Fecha

_____ _____

El nombre escrito si firmó en nombre del paciente Relación (Padres, Tutor Legal, Etc.)

Por favor indique el individual(s) permitido llamar, discutir o confirmar sus citas y o su record:

_____

Nombre(s)

_____

Relación (Esposa(o), Padres, Hermano)

☐ No quiero compartir alguna información con nadie, excepto yo mismo. _____ Iniciales

☐ Yo decido no tomar mi copia de la política de privacidad. _____ Iniciales

DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

WINE COUNTRY FAMILY DENTAL

Nuestra oficina está dedicada a proteger los derechos de privacidad de nuestros pacientes y el carácter confidencial de la información que se nos ha confiado. Es un requisito de esta práctica que cada trabajador reciba una formación adecuada y está dedicada al principio el concepto de que su información de salud nunca estará en peligro. Podemos, de vez en cuando, modificar nuestras políticas de privacidad y prácticas, pero siempre va a informarle de cualquier cambio que pueda afectar a nuestras obligaciones y sus derechos.

PROTEGIENDO SU INFORMACIÓN SANITARIA

Podemos utilizar y divulgar la información que recogemos de usted sólo según lo permitido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos y el estado de Washington. Esto incluye cuestiones relacionadas con su tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. Su información de salud personal nunca será lo contrario dada o revelada a nadie -ni siquiera los miembros de la familia -sin su consentimiento o autorización por escrito. Usted, por supuesto, podrá conceder la autorización escrita para nosotros revelaremos su información a la persona que usted elija, para cualquier propósito.

Nuestras oficinas y sistemas electrónicos estén protegidos de accesos no autorizados y nuestros empleados están entrenados para asegurarse de que la confidencialidad, la integridad y el acceso a sus registros siempre está protegido. Nuestra política y prácticas de privacidad se aplican a todos los antiguos, actuales y futuros pacientes, así que usted puede estar seguro de que su información de salud protegida nunca será revelada indebidamente o liberados.

RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Sólo podremos solicitar información personal necesaria para proporcionar nuestro estándar de la atención de salud de calidad, implementar las actividades de pago, llevar a cabo operaciones normales de la práctica de la salud y cumplir con la ley. Esto puede incluir su nombre, dirección, número de teléfono(s), número de la Seguridad Social, los datos sobre el empleo, el historial médico, registros sanitarios, etc. mientras que la mayoría de la información se recopila de usted, podremos obtener la información estará siempre protegida con todo el rigor de la ley.

DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Como se ha señalado anteriormente, podemos divulgar su información según lo requerido por la ley. Estamos obligados a proporcionar información a la policía y a los funcionarios gubernamentales en determinadas circunstancias. No utilizaremos su información para su comercialización o fines de recaudación de fondos sin su consentimiento por escrito. Podremos usar o divulgar su información de salud para comunicar avisos acerca de sus citas incluyendo mensajes de correo de voz, contestador y postales directo a menos que usted nos indique lo contrario. Nunca vamos a usar, revelar, vender, o no permitir el acceso a sus datos personales, a cambio de información protegida o recibo de remuneración financiera.

SUS DERECHOS COMO PACIENTE DE NUESTRA

Usted tiene derecho a solicitar copias de su información de salud; para solicitar copias impresas en una gran variedad de formatos; y para solicitar una lista de casos en los que nosotros, o nuestros socios de negocios, han divulgado su información protegida para otros usos que los indicados anteriormente. Todas las solicitudes deben presentarse por escrito. Se puede cobrar por las copias en una cantidad permitida por la ley. Si usted cree que sus derechos han sido violados, le pedimos que nos lo comunique de forma inmediata. También puede notificar al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Una expandida y copia completa de nuestra Declaración de Privacidad, está disponible para su revisión.

WINE COUNTRY FAMILY DENTAL

6225 BURDEN BLVD. PASCO, WASHINGTON 99301 (509) 547-3000

POR FAVOR DEJE QUE EL RECEPCIONISTA DE LA OFICINA DELANTERO SABE SI LE GUSTARÍA UNA COPIA IMPRESA PARA SUS REGISTROS