

### Registración de Nuevo Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_  
Domicilio de Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

#### Persona Responsable por Paciente:

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_  
Domicilio de Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

#### Contacto de Emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

#### Información de Aseguranza

Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_ # De Grupo \_\_\_\_\_  
Nombre de dueño de la Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
# Social \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

#### ¿Cómo escuchó de nosotros?

Un amigo/ paciente \_\_\_\_\_ Un Doctor \_\_\_\_\_ Aseguranza \_\_\_\_\_  
Un Empleado \_\_\_\_\_ Manejando \_\_\_\_\_ Sitio Web \_\_\_\_\_ Google \_\_\_\_\_ Facebook \_\_\_\_\_

#### Doctor Principal

Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Código \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

#### Salud Historia

Las preocupaciones primaria: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista? \_\_\_\_\_  
¿Es sensible a los alimentos o líquidos calientes? \_\_\_\_\_ ¿Es sensible al frío alimentos o líquidos? \_\_\_\_\_  
¿con qué frecuencia se cepilla los dientes?: \_\_\_\_\_ ¿sus encías sangran? \_\_\_\_\_  
¿Es usted hace rechinar los dientes? \_\_\_\_\_ ¿tiene algún dolor en la mandíbula? \_\_\_\_\_  
¿quiere cambiar la disposición de su los dientes? \_\_\_\_\_

#### Para mujeres:

¿Está tomando píldoras anticonceptivas? \_\_\_\_\_ ¿Estás embarazada? \_\_\_\_\_ Semana #: \_\_\_\_\_ Está amamantando? \_\_\_\_\_

**¿Usted ha experimentado alguno de los siguientes? (Por favor circule S / N)**

S N Sangrado anormal	S N Defecto congénito del corazón	S N Sopio cardíaco	S N Enfermedad del hígado
S N Anemia	S N Diabetes	S N Cirugía cardíaca	S N Lupus
S N Enfisema	S N Hemophilia	S N Marcapasos	S N Convulsiones
S N Válvulas artificiales	S N Desmayos	S N Hepatitis	S N Tos persistente
S N Asma	S N Ampollas febriles	S N Herpes	S N Tratamiento de radiación
S N Cáncer	S N Presión arterial alta	S N Quimioterapia	S N Dolores de cabeza
S N VIH/SIDA	S N Tuberculosis (TB)	S N Colitis	S N Ataque al corazón
S N Problemas renales	S N Enfermedades venéreas	S N Huesos/articulaciones artificiales	S N Glaucoma

**¿Está usted tomando algún medicamento? Por favor en lista los medicamentos que está tomando;**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes? (Por favor marque S/N)**

S N Aspirin	S N Erythromycin	S N Sedatives	S N Barbiturates
S N Jewelry/Metals	S N Sulfa Drugs	S N Codeine	S N Latex
S N Tetracycline	S N Dental Anesthetics	S N Penicillin	S N Other

**Entiendo que soy responsable del pago de servicios rendidos por Buckingham Family Dental**, y responsable de pagar cualquier copago y deducible que mi seguro no cubre. Por la presente autorizo a Buckingham Family Dental a liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros, ya sean manuales o electrónicas.

**Afirmó que la información que he dado es correcta** a mi leal saber y entender. Toda la información contenida en este documento se mantendrá estrictamente confidencial y es mi responsabilidad informar a Buckingham Family Dental de cualquier cambio en mi estado médico. Con toda la verdad, revele todos los aspectos de la historia de salud de mi /mi hijo y me doy cuenta de que el no haberlo hecho puede tener consecuencias negativas para la salud de mi / mi hijo y el éxito del tratamiento de mi / mi hijo.

**Estoy de acuerdo en cooperar plenamente con las recomendaciones del Dentista** e Higienista Dental y me doy cuenta de que el no hacerlo puede resultar en resultados menos que óptimos y comprometer la vida del tratamiento de mi / mi hijo. También estoy de acuerdo en seguir las recomendaciones para el cuidado en el hogar y el horario para la limpieza de dientes y chequeos futuros. Me doy cuenta de que el hecho de no hacer mi parte en el mantenimiento de la salud bucal de mi hijo / hija pondrá en peligro el éxito de cualquier tratamiento dental recibido.

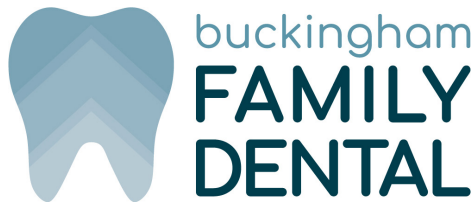
**Por la presente autorizo a Buckingham Family Dental** y al personal a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías intraorales o cualquier otra herramienta de diagnóstico, todo lo que el dentista considere apropiado para hacer un diagnóstico completo de las necesidades dentales del paciente. También autorizo al dentista a realizar todas y cada una de las formas de tratamiento incluyendo limpieza, fluoruro y selladores (los dientes posteriores tienen ranuras y hoyos en los que por lo general comienzan las caries). Un asistente sellará las ranuras con un revestimiento de plástico para ayudar a prevenir la descomposición. No necesita anestesia, es importante mantener una buena higiene bucal y evitar la presencia de alimentos y velas pegajosos y duros para mantener los selladores).

**Y además autorizar y consentir que el dentista elija y emplee la asistencia que juzgue conveniente.** Entiendo que los antibióticos, la anestesia local ("inyecciones") y todos los demás medicamentos administrados al paciente antes, durante y después del tratamiento, pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón de tejido, dolor, picazón, vómito y / o shock anafiláctico. Reacción alérgica grave). La administración de anestesia local ("inyecciones") puede causar daño nervioso (parestesia) que puede durar días, meses o indefinidamente. Las mujeres en edad fértil necesitan saber que los antibióticos pueden hacer que los medicamentos anticonceptivos sean ineficaces y necesitan confiar en otros métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo.

**Entiendo y reconozco que puedo elegir no ser tratado por el dentista.** El dentista me ha explicado los riesgos razonablemente previsible asociados con no tratar mi condición. Se me han presentado adecuadamente planes de tratamiento alternativo con sus previsible riesgos y beneficios asociados.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nuestra oficina es HIPAA complaciente y se compromete a cumplir o exceder los estándares de control de infección ordenados por OSHA, el CDC y la ADA.



Entiendo que como parte de mi cuidado de la salud , esta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi historial médico, síntomas , exámenes y pruebas, diagnósticos , tratamiento y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como

- una base para planear mi cuidado y tratamiento
- un medio de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a mi cuidado
- una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta.
- un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron proporcionados realidad.
- y una herramienta para operaciones de atención médica de rutina, tales como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud

Entiendo y he estado siempre con un Aviso de Prácticas de Información que proporciona una descripción más completa de información de usos y revelaciones. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas, y antes de su implementación se enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado . Yo entiendo que tengo el derecho de oponerse al uso de mi información de salud para fines de directorio. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica y que la organización no está obligada a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas . Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la organización ya ha tornado medidas en relación a lo mencionado.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Relación a Paciente :** Yo mismo      o      Guardián      (por favor circule uno)