

# NORTHSIDE DENTAL

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Dirección de Envío** \_\_\_\_\_

**Ciudad / Estado/ Code Postal** \_\_\_\_\_

**Numero de Social** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** mes \_\_\_\_\_ / **dia** \_\_\_\_\_ / **ano** \_\_\_\_\_

**Telefono de casa/ celular** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico** \_\_\_\_\_

**Quien lo refirio** \_\_\_\_\_

\*En caso de emergencia, sírvase proporcionar información para el pariente más cercano o la persona de contacto designada en la dirección del

\*Paciente: \_\_\_\_\_ \*Telefono \_\_\_\_\_

**\*Dentista:**

**\*Teléfono:** \_\_\_\_\_

**\*Instalaciones** \_\_\_\_\_

**\*Dirección:** \_\_\_\_\_

**\*Razones para el cambio:**

**\*Permiso para solicitar rayos x/ gráfico: SI / No**

**Información sobre el seguro dental: **No somos un proveedor dentro de la red de su plan.** (Es su responsabilidad saber su plan detalles) vamos a obtener los beneficios de mantener el archivo y vamos a hacer todo lo que se necesita para maximizar su reembolso mediante la presentación de reclamaciones por usted. Por favor entienda, usted es responsable por todos los cargos por servicios prestados.**

**Nombre del suscriptor:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Numero de Social:** \_\_\_\_\_

**Nombre de transportista:** \_\_\_\_\_

**Id#:** \_\_\_\_\_

**Group#:** \_\_\_\_\_

# NORTHSIDE DENTAL

**Es usted *alérgico* o tenía alguna reacción a la siguiente? (Marque todas las que correspondan):**

anestésico

aspirina

codeína

latex

Óxido Nitroso

pastillas para dormir

yodo

antibióticos-lista:

sensibilidad

SULFAS

barbitúricos

ninguno

IBUPRFN

---

**¿Tiene alguno de los siguientes? (Marque todas las que correspondan):**

ansiedad

Ataque cardíaco

BULIMIA

Cancer/malignidad

corazón artif

DIABETES

El reflujo ácido

enfermedad cardíaca

FIEBRE REUMÁTICA

Parálisis Cerebral

PROBLEMAS AUDITIVOS

problemas sinusales

radiación/QUIMIOTERAPIA

STROKE

TDAH

VIH/SIDA

convulsions

úlceras

colesterol

alta/ baja BP

depression

ANOREXIA

artritis

TUBERCULOSIS

Las articulaciones artificiales

HEPATITIS: Círculo A B C

soplo cardíaco

la dependencia química

mareos o desmayos

Enfermedad de tiroides hipo / hiper

La enfermedad renal enfermedad venérea

trastorno hemorrágico

frecuentes infecciones de oído

Asma

coágulos de sangre

GLAUCOMA

marcapasos

ENDOCARDITIS

tratamiento psiquiátrico

Enfermedades Respiratorias

epilepsia/convulsiones

frecuentes dolores de cabeza

MONONUCLEOSIS

ANEMIA

autismo/ASPERGER

# NORTHSIDE DENTAL

**Todos los pacientes: ¿está tomando alguno de los siguientes? (Marque todas las que correspondan):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> antibióticos sulfa                    | <input type="checkbox"/> insulina                           |
| <input type="checkbox"/> antihistamínicos/alergia              | <input type="checkbox"/> nitroglicerina                     |
| <input type="checkbox"/> una aspirina diaria                   | <input type="checkbox"/> otros medicamentos para diabéticos |
| <input type="checkbox"/> drogas recreativas                    | <input type="checkbox"/> corazón medicamentos digitálicos/  |
| <input type="checkbox"/> medicamentos para la presión arterial | <input type="checkbox"/> medicamentos para la tiroides      |
| <input type="checkbox"/> ANTICOAGULANTES                       | <input type="checkbox"/> Osteoporosis medicamentos          |
| <input type="checkbox"/> Cancer/CHEMO MEDS                     | <input type="checkbox"/> ANTICONCEPTIVOS ORALES             |
| <input type="checkbox"/> cortisona/esteroides                  | <input type="checkbox"/> tranquilizantes                    |
| <input type="checkbox"/> Otros Lisata                          |   |

- 
- S  N ¿Actualmente tiene molestias dentales? Si la respuesta es afirmativa, explique:
- S  N Cualquier infeliz/desagradables experiencias dentales? Si la respuesta es afirmativa, explique:
- S  N Cualquier lesión a boca/dientes/cabeza? Si la respuesta es afirmativa, explique:
- S  N faltan otros dientes a los dientes de la sabiduría?
- S  N Faltan dientes ha sustituido?
- S  N Las encías sangran cuando el cepillado y la seda dental?
- S  N Preocupado por la enfermedad de las encías? Historia de enfermedad de las encías? OYON
- S  N ¿le duele al morder o masticar?
- S  N ¿Te aprietan o rechinar los dientes? Si es así, ¿te pones un guardia nocturno o una férula? OYON
- S  N ¿Quieres que tu boca restaurar correctamente y sin dolor?
- S  N ¿Algún tipo de tratamiento dental que usted nervioso? En caso afirmativo, sírvase explicar a continuación:
- las preocupaciones más importantes o metas en cuanto a su tratamiento dental son las siguientes:
- S  N ¿Qué factores son más importantes para su satisfacción con nuestra oficina?
- S  N Cualquier preocupaciones adicionales/comentarios?
- S  N Cualquier hospitalización en los últimos 5 años?
- S  N El uso del tabaco en cualquier forma o la marihuana? En caso afirmativo, ¿de qué tipo:
- S  N Está pre-medicación necesaria antes de visitas dentales debido a una afección cardíaca o articulación artificial?

# NORTHSIDE DENTAL

**Para adaptarse mejor a sus deseos o necesidades, QUEREMOS para personalizar su experiencia con nosotros**

## **Elija sus MÉTODOS PREFERIDOS DE CONTACTO**

Yo preferiría que las siguientes comunicaciones automático para ser utilizado por el Northside Dental (marque todas las que correspondan):

- llamadas telefónicas automatizadas de voz Automatizada
- mensajes de texto
- Correo electrónico automatizados

Preferiría Dental Northside para dejar un mensaje con cualquier persona o en mi buzón de voz en los siguientes números (marque todas las que correspondan):

- Teléfono celular
  - teléfono de trabajo
  - ninguno- por favor solicite una llamada de vuelta
  - Otro (por favor explique)
- 

Quisiera dar permiso para que la siguiente persona(s) a tener acceso a información personal incluyendo, pero no limitado a los nombramientos, tratamiento y facturación de yo y los hijos a cargo:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

# NORTHSIDE DENTAL

## HIPPA

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad con respecto a mi protegida su información personal y médica, bajo la Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud Act de 1996 (HIPAA).

Comprendo los términos en que mi salud y la información de identificación personal puede ser utilizada. He sido informado de mi proveedor dental's Aviso de Prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información médica protegida.

Se me ha dado el derecho a revisar y recibir una copia de dicha notificación de prácticas de privacidad. Entiendo que mi proveedor dental tiene derecho a cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad y que me pueden contactar con esta oficina, a la dirección de arriba para obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo pedir por escrito que usted restringir cómo es mi información confidencial utilizada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud y entiendo que usted no está obligado a aceptar mi pedido restricciones, pero si no lo acepta, entonces usted está obligado a acatar dichas restricciones.

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

# NORTHSIDE DENTAL

## ENTREGA DEL REGISTRO:

Por la presente autorizo al Dr. Cera para obtener / divulgar cualquier información acerca de mi salud o atención odontológica, asesoramiento, tratamiento, suministros proporcionados/ utilizado, rayos x, gráfico, notas y otros; información que servirá de ayuda en el cuidado de mí mismo. Esta información se utilizará en la administración de las reclamaciones dentales y/o discutir las opciones de tratamiento con otros profesionales de la odontología.

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son correctas. Si tengo algún cambio en mi estado de salud o si mi medicamento cambia, informaré al dentista y el personal en la próxima cita sin fallar.

Entiendo y acepto que (independientemente de mi estatus de seguro) soy responsable en última instancia por el saldo de mi cuenta para cualquier profesional de los servicios prestados.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido las declaraciones antes mencionadas.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **mes** \_\_\_\_\_ **/dia** \_\_\_\_\_ **/ano** \_\_\_\_\_

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

-----  
**If you are emailing x-rays, please email them to**

>>> [Info@NorthsideDentalSantaFe.com](mailto:Info@NorthsideDentalSantaFe.com) <<<

**If mailing them, please mail to**

**806 Calle Mejia**

**Santa Fe, NM 87501**