



Información de historial de salud para servicios

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____ Número de teléfono: _____

Última visita al dentista: _____ Proveedor dental: _____

Principal preocupación dental hoy: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono #: _____ Relación: _____

Proveedor médico primario: _____ Última visita médica: _____

¿Alguna vez le han diagnosticado, o tratados por cualquiera de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Sangrado anormal	<input type="checkbox"/> Defectos cardíacos congénitos	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral
<input type="checkbox"/> Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Convulsiones no epilépticas
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Obesidad
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias (CAD)	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo I	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo II	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> PTSD
<input type="checkbox"/> Huesos artificiales	<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (colesterol alto)	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> Escarlatina
<input type="checkbox"/> Autismo leve	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones; Tipo: _____	
<input type="checkbox"/> Autismo severo	<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Nefropatía	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar
<input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides
<input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Halitosis (mal aliento)	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/> Úlceras bucales, ampollas febriles	
<input type="checkbox"/> ¿Está recibiendo tratamiento? Sí o No	<input type="checkbox"/> Other:		

Actualmente embarazada, fecha prevista: _____ Actualmente Enfermería

¿Está tomando algún medicamento actualmente? (nombre cualquier medicamento que esté tomando actualmente):

_____ Sin medicamentos actuales

Por favor, nombre todas las alergias:

_____ Sin alergias conocidas

Por favor, nombre cualquier cirugía o hospitalización:

_____ Sin cirugías ni hospitalizaciones

Afirmo que la información que he dado es correcta a mi leal saber y entender. Se llevará a cabo en estricta confidencialidad, y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal de HHM Health Dental a realizar los servicios dentales necesarios que pueda necesitar. Ocasionalmente, se pueden usar fotos y / o modelos de estudio de pacientes con HHM para informes de calidad. No se adjuntarán nombres a ningún modelo de estudio o foto utilizada. Autorizo a HHM Health a usar mis fotos y/o modelos de estudio para este propósito..

Firma: _____ **Fecha:** _____



Formulario de consentimiento dental

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información general: Los pacientes aceptados por HHM Health Dental tendrán su tratamiento.

Atención dental de emergencia: Los pacientes aceptados por HHM Health Dental tendrán su tratamiento.

Consentimiento para procedimientos dentales: Como paciente, usted siempre tendrá acceso a información actual y completa sobre su condición, a menos que se especifique lo contrario, recibirá continuidad o tratamiento, se le proporcionará una estimación del costo y recibirá atención dental de acuerdo con un plan de tratamiento correctamente secuenciado. Antes de recibir tratamiento, debe preguntarle al dentista o higienista dental sobre los procedimientos que se realizarán. Todos los procedimientos dentales pueden implicar el riesgo de resultados fallidos y complicaciones, y no se garantiza el resultado o la cura. Siempre tiene derecho a ser informado de dichos riesgos, así como de la naturaleza del procedimiento, el beneficio esperado, la disponibilidad de métodos alternativos de tratamiento y el riesgo de ningún tratamiento. **HHM Health organiza varios programas de capacitación, y los procedimientos dentales pueden ser prestados por becarios o proveedores residentes bajo la supervisión directa de un proveedor dental con licencia.** Tiene derecho a consentir o rechazar cualquier procedimiento propuesto en cualquier momento antes de su realización.

Rayos X: Las radiografías dentales serán necesarias y apropiadas para exámenes, diagnóstico, consulta y tratamiento.

Responsabilidad financiera: Se le cobrará por el tratamiento de acuerdo con el programa de tarifas vigente. Se proporcionará una estimación de la tarifa antes de comenzar el tratamiento y, en general, debe estar preparado para pagar los servicios a medida que se realizan. Las tasas se cobran íntegramente antes del inicio de un procedimiento, a menos que se hagan otras gestiones por escrito.

Seguro Dental: Si participa en una red de seguro dental, HHM Health presentará el reclamo de seguro en su nombre. Es su responsabilidad pagar el saldo de cualquier tarifa por servicios no cubiertos por su plan de seguro al recibir la factura o según lo acordado en su plan de pago. Si no tiene cobertura de seguro dental, puede solicitar nuestro programa de descuento de tarifa móvil, solicite en la recepción nuestra solicitud de programa de tarifa móvil. Debe completar la solicitud y proporcionar un comprobante de ingresos para obtener la certificación del descuento de tarifa móvil antes de cualquier cita.

Registros médicos dentales: Los registros médicos dentales, radiografías, fotografías, videos, modelos y otras ayudas de diagnóstico relacionadas con su tratamiento son propiedad de HHM Health. Usted tiene derecho a inspeccionar dichos materiales y a solicitar una copia de sus registros médicos dentales y radiografías. Hay al menos una tarifa de \$ 25 por copiar estos artículos. También puede solicitar que sus radiografías dentales se envíen a otro proveedor de atención médica firmando un formulario de divulgación de información. Además, sus registros médicos dentales pueden usarse con fines instructivos y, si lo es, su identidad no se divulgará a personas que no estén involucradas en su cuidado y tratamiento.

Cumplir con sus citas: Se requiere que llegue a tiempo a sus citas. Si descubre que no puede asistir a una cita, acepta notificar a la clínica dental con al menos 24 horas de anticipación. Un total de dos cancelaciones sin previo aviso de 24 horas, dos citas perdidas o repetidos intentos fallidos de concertar una cita pueden ser motivo para interrumpir su tratamiento adicional en HHM Health Dental.

Su firma en este formulario certifica que ha leído y comprende la información proporcionada en este formulario, que ha recibido una copia y que acepta atención y tratamiento dental bajo los términos y condiciones descritos.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____