



## ACTUALIZACION DE LA HISTORIA DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Las siguientes preguntas se realizan para actualizar su estado de salud, seguro e información financiera, y para informarnos de cualquier cambio con respecto a las citas en nuestra oficina:**

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Tensión Arterial Alta/Baja | <input type="radio"/> Diabetes                        | <input type="radio"/> Asma/Rinitis |
| <input type="radio"/> Fiebre Reumática           | <input type="radio"/> Enfermedades Venéreas / SIDA    | <input type="radio"/> Epilepsia    |
| <input type="radio"/> Hepatitis / Ictericia      | <input type="radio"/> Desvanecimientos / Convulsiones | <input type="radio"/> Radioterapia |
| <input type="radio"/> Problemas Cardíacos        | <input type="radio"/> Úlceras Estomacales             | <input type="radio"/> Artritis     |

Sí  No ¿Esta la paciente embarazada? Fecha de parto: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿El paciente requiere antibióticos antes de empezar el tratamiento?

Si respondió Si, explique \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Alguna vez el paciente ha tenido un accidente en el rostro o dientes?

Si respondió Si, explique \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está el paciente actualmente bajo tratamiento médico por una enfermedad?

Si respondió Si, explique \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Tiene el paciente una tendencia a sangrar o se curan sus heridas lentamente?

Si respondió Si, explique \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es el paciente alérgico al níquel, látex o cualquier medicamento?

Si respondió Si, explique \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Esta el paciente tomando medicamentos?

Si respondió Si, explique \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Ha cambiado su seguro dental?

Si respondió Si, explique \_\_\_\_\_

Dirección de la casa \_\_\_\_\_

Tel. Celular \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo # \_\_\_\_\_ Tel. Emergencia \_\_\_\_\_

Nombre de persona responsable \_\_\_\_\_ Relación con paciente \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Aparte de la persona responsable, hay alguien más que pueda traer el(la) paciente a las citas para discutir asuntos financieros y programar citas?

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con paciente \_\_\_\_\_

A mi mejor entender, las preguntas de este formulario de actualización han sido respondidas con exactitud. Entiendo que el proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud y que tengo la responsabilidad de informar a Specialists in Orthodontics de cualquier cambio en mi estado de salud. Yo, autorizo a Specialists in Orthodontics para que lleven a cabo los servicios dental y ortodónticos necesarios que puedan ser requeridos.

Firma de persona responsable \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de la información protegida de salud

He leído y recibido el "Aviso de Prácticas de Seguridad" y doy mi consentimiento a Specialists in Orthodontics para que use y divulgue la información de salud sobre mí mismo/mi hijo(a) para proseguir con el tratamiento, pagos y procedimientos del cuidado de la salud (TPO).

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



## FORMULARIO PARA EL CAMBIO DE SEGURO

Fecha \_\_\_\_\_

**\*\*\*Esto NO es una garantía de beneficios o pago. Los beneficios actuales no podrán ser determinados hasta que la actual reclamación sea recibida por su compañía de seguros. De acuerdo con el contrato, el paciente es responsable de cualquier saldo rechazado por la compañía de seguros\*\*\***

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio de Tratamiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador/Jefe: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Fecha Inicial de Cubrimiento del Seguro: \_\_\_\_\_

Número Telefónico de la Compañía de Seguros: : \_\_\_\_\_ # del Grupo: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_

\*\*\*\* Adjunto Copia de la Tarjeta de Seguro\*\*\*\*

---

### INFORMACION Y AUTORIZACION DEL PAGO

Yo, autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con este reclamo y entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental.

\_\_\_\_\_  
Firma (Persona Responsable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo, por medio de la presente autorizo el pago directo a Specialists in Orthodontics de los beneficios del grupo de seguro que de lo contrario sean pagaderos a mi nombre.

\_\_\_\_\_  
Firma (Persona Responsable)

\_\_\_\_\_  
Fecha