

Registracion del Paciente

<u>Informacion del PACIENTE:</u>		
Nombre: _____	Apellido: _____	Sobrenombre: _____
Nombre preferido: _____		
Direccion de domicilio: _____	Domicilio siguiente: (numero de apt.o/trlr.) _____	
Cuidad, Estado, Codigo Postal: _____		
Numero de tel. Primario: _____		Numero de tel. Secundario: _____
Fecha de nacimiento: _____	Seguro Social: _____	
Sexo: Varron Hembra		
Estado Civil: Casado Divorciado Soltero Separado Viudo		
Correo Electronico: _____		

<u>Informacion de la persona Responsable por EL PACIENTE:</u>		
Nombre: _____	Apellido: _____	Sobrenombre: _____
Nombre preferido: _____		
Direccion de domicilio: _____	Domicilio siguiente: (numero de apt.o/trlr.) _____	
Cuidad, Estado, Codigo Postal: _____		
Numero de tel. Primario: _____		Numero de tel. Secundario: _____
Fecha de nacimiento: _____	Seguro Social: _____	
Numero de licencia de conducir: _____		
Eres Primario del polisa dental? Si No		
Si, No, Quien? Nombre: _____		
Fecha de Nacimiento: _____		
Seguro Social: _____		
Emplador: _____		

SECCION 2
Numero de seguro: _____
Es Soonercare? Si No
Farmacia Preferida:
Nombre: _____
Numero de telefono: _____

SECCION 3
Contacto de Emergencia:
Relacion al paciente: _____
Nombre: _____
Numero de Telefono: _____
Guardian custodial: Si No

Aseguranza Primario:	
Nombre del asegurado: _____	Relacion al asegurado: _____
Quien es el primario de la aseguranza: _____	
Seguro social: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre del Empleador: _____	
Direccion: _____	
Cuidad, Estado, Codigo Postal: _____	
Compañia de aseguranza dental: _____	
Numero de polisa: _____	Numero de telefono: _____
Direccion: _____	

Aseguranza Secundario:	
Nombre del asegurado: _____	Relacion al asegurado: _____
Quien es el primario de la aseguranza: _____	
Seguro social: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre del Empleador: _____	
Direccion: _____	
Cuidad, Estado, Codigo Postal: _____	
Compañia de aseguranza dental: _____	
Numero de polisa: _____	Numero de telefono: _____
Direccion: _____	

Patient Name: _____

Birth Date: _____

Date Created: _____

Aunque el personal dental trate principalmente el área en y alrededor de la boca, tu boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar los siguientes.

¿Está bajo el cuidado de un médico? Yes No If yes _____

¿Usted tiene un médico de atención primaria? Si es así, por favor indique. Yes No If yes _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación mayor? Yes No If yes _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o el cuello en serio? Yes No If yes _____

¿Está tomando algún medicamento, pastillas o Yes No If yes _____

¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Yes No If yes _____

¿Alguna vez has tomado Fosamax, Boniva, Actonel o otros medicamentos que contienen bifosfonatos? Yes No If yes _____

¿Usted usa tabaco Yes No

Mujeres: ¿Está usted ...

Embarazada / Tratando de quedar embarazada

Esta amamantando?

Toma anticonceptivos orales?

¿Es alérgico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina
 Metal

Penicilina
 Látex

Codeína
 Sulfamidas

Acrílico
 Anestésicos locales

Cualquier otro tipo de alergias a alimentos o medicamentos? Yes No If yes _____

¿Usted tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / VIH Positivo Yes No
 Enfermedad de Alzheimer's Yes No
 Anafilaxia Yes No
 Anemia Yes No
 Angina Yes No
 Artritis / Gota Yes No
 Válvula de Corazón Artificial Yes No
 Articulacion artificial Yes No
 Asma Yes No
 Enfermedades de la Sangre Yes No
 Transfusión de sangre Yes No
 Problemas respiratorio Yes No
 Moretones con facilidad Yes No
 Cáncer Yes No
 Quimioterapia Yes No
 Dolores en el pecho Yes No
 Herpes Labial / Fiebre Ampollas Yes No
 Trastorno congénito del corazón Yes No
 Convulsiones Yes No
 La Ictericia amarilla Yes No

Medicina cortisona Yes No
 Diabetes Yes No
 Drogadicción Yes No
 Fácilmente pierde el aliento Yes No
 Enflema Yes No
 Epilepsia o convulsiones Yes No
 Sangrado Excesivo Yes No
 Sed excesiva Yes No
 Desmayos / Mareos/Vértigo Yes No
 Tos frecuente Yes No
 Diarrea frecuente Yes No
 Dolores de cabeza frecuentes Yes No
 Herpes Genital Yes No
 Glaucomas Yes No
 Fiebre del Heno Yes No
 Ataque/ Fallo del I corazón Yes No
 Soplo cardiaco Yes No
 Corazón de Marcapasos Yes No
 Problemas/Enfermedad del corazón Yes No

Hemofilia Yes No
 Hepatitis A Yes No
 Hepatitis B o C Yes No
 Herpes Yes No
 Presión arterial alta Yes No
 Colesterol Alto Yes No
 Ronchas o erupión cutánea Yes No
 Hipoglucemia Yes No
 Latido irregular del corazón Yes No
 Problemas de los riñones Yes No
 Leucemia Yes No
 Enfermedades del Hígado Yes No
 Presión arterial baja Yes No
 Enfermedad pulmonar Yes No
 Prolapso de la válvula mitral Yes No
 Osteoporosis Yes No
 Dolor en la mandíbula articulaciones Yes No
 Enfermedad paratiroidea Yes No
 Trastorno neurológico Yes No

Tratamiento con radiación Yes No
 Pérdida de Peso reciente Yes No
 Diálisis renal Yes No
 Fiebre reumática Yes No
 Reumatismo Yes No
 Escarlatina Yes No
 Culebrilla Yes No
 Enfermedad de células falciformes Yes No
 Problemas del seno nasal Yes No
 Espina Bífida Yes No
 Enfermedad estomacal/intestinal Yes No
 Derrame cerebral Yes No
 Hinchazón de las extremidades Yes No
 Enfermedad de la tiroides Yes No
 Amigdalitis Yes No
 Tuberculosis Yes No
 Tumores o crecimientos Yes No
 Úlceras Yes No
 Enfermedad venérea Yes No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave no mencionado anteriormente? Yes No If yes _____

¿Toma aspirina todos los días o cualquier otro diluyente de la sangre? Yes No If yes _____

Para ser completado por el Doctor:

Was patient referred by a Dentist or Physician? Yes No If yes _____

Any special precautions prior to dental treatment? IF YES, PLEASE DESCRIBE. Yes No If yes _____

ASA Classification:

I II III
 IV V VI

BP: _____
 Pulse: _____
 Respiration: _____
 Pulse Ox: _____
 Weight: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi (o del paciente) de salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Signature of Paciente, Padre o Tutor: _____

X

Date: _____

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

OU PHYSICIANS
AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO DE ATENCION INTEGRAL PARA PACIENTE

Entiendo que esta Autorización y Consentimiento de Atención Integral para Paciente se aplica a mis citas o citas de mi hijo en todos localizaciones de OU Physicians.

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO Yo voluntariamente consiento a recibir atención aparte de exámenes físicos, procedimientos diagnósticos y tratamientos médicos de un proveedor y/o su asistente medico como se considere necesario para mí o mi hijo menor de edad.

_____ Inicial

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO

Entiendo que OU Physicians dará a conocer la información a mi compañía de seguro como sea necesario para garantizar el pago para servicios prestados y asignar el pago de mis beneficios de seguro a OU Physicians y otros proveedores de dichos servicios. Si soy un estudiante de OU, doy mi consentimiento para la liberación de mis registros de tratamiento y educación a mi compañía de seguros o pagador para el pago por los servicios prestados y autorizo portadora/pagador para OU Physicians y otros proveedores de dichos servicios

_____ Inicial

ACUERDO FINANCIERO Y RESPONSABILIDAD DE PAGO Reconozco que soy responsable de todos los gastos incurridos, independientemente del estado del seguro. Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que se prestan/y o pago de inmediato a la recepción de comunicado. He recibido una copia y estoy de acuerdo con Derechos y Responsabilidades de Paciente de OU Physicians.

_____ Inicial

RECETAS Doy consentimiento a que OU Physicians' tenga acceso a bases de datos de prescripción para revisar la historia de prescripción previa y permanente de mi o de mi hijo. Puedo revocar este consentimiento notificando a OU Physicians por escrito. Si no proporciono consentimiento o si revoco este consentimiento, puedo ser despedido como un paciente de OU Physicians.

_____ Inicial

METODOS DE COMUNICACION Proveedores de OU Physicians quieren asegurar de comunicarse en una manera efectiva que mejor se adapte a las necesidades de sus pacientes. Se me ha informado que OU Physicians pueden proporcionar recordatorios de citas a través de correo electrónico seguro, texto que no sean seguros y teléfono. Textos que no sean seguros pueden ser interceptados por personas no autorizadas, pero me eligen para recibir los textos, si es usado por mi clínica(s). Yo entiendo que tengo la opción de elegir el mejor método de comunicación mejor para mis necesidades y puedo cambiar este método de comunicación para mis necesidades, según sea necesario. _____ Inicial

Reconozco que OU Physicians puede enviar materiales educativos de salud y encuestas de satisfacción de pacientes por correo electrónico.

_____ Inicial

DEJANDO MENSAJES Hay momentos en que es posible que no podamos comunicarnos con usted y ocurra la necesidad de dejar un mensaje o enviar recordatorios automáticos de citas a través de llamadas automatizadas. Podemos utilizar la información de usted o su hijo menor de edad para ponernos en contacto con usted y dejar un mensaje que incluye información sobre su salud o la de su hijo, hora de cita y la ubicación o el nombre de la clínica o proveedor. _____ Inicial

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVASIDAD Reconozco que se me ha proporcionado la Universidad de Oklahoma ("OU") Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso"). Dice como OU usara la información de salud de mí o de mi hijo, y las operaciones de atención medica de OU. OU también utiliza y comparte la información de salud de mi o do mi hijo como lo requiere/ es permitido por la ley

Firma del paciente, padre o representante legalmente autorizado*
*Se puede solicitar que muestre prueba de estado de representante.

_____ Fecha

Entiendo y doy fe que la información en este formulario se ha revisado conmigo en su totalidad. Entiendo que este documento es eficaz indefinidamente menos que sea revocado.

Correo Electronico _____