

Hillsboro Dental Excellence

324 SE 9th Ave Suite B - Hillsboro, OR 97123

P: (503) 648-6671

Historia Medica

Se encuentra actualmente bajo tratamiento medico? *Si No* *Por que?* _____

Ha estado hospitalizado/o ha tenido una enfermedad grave en los ultimos 36 meses? *Si No*
Si Si, por que? _____

Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)? *Si No*
Liste por favor: _____

Esta usando tabaco de cualquier tipo? *Si No* Esta usando drogas de uso recreativo? *Si No*

Solo para mujeres:

Esta o podria estar embarazada o dando pecho? *Si No*

Esta tomando pastillas anticonceptivas? *Si No*

Tiene alergias a cualquiera de las siguientes?

Aspirina Penicilina Codiena Acrilico El Metal Latex
Anestesico Otro *Explique por favor* _____

Tiene o ha tenido:

	<i>Si</i>	<i>No</i>		<i>Si</i>	<i>No</i>		<i>Si</i>	<i>No</i>
SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal o enfermedad Alheimers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anafilactico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valvula artificial del corazon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis, reuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulacion artificial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho (angina)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Psiquiatrico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplos en el corazon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos persistnete o tos con sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engermedades del corazon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presion sanduinea alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos/Mareos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumatica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoplejia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamientos de radiacion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enfermedades de tiroides o glandulas? *Si No* Infarto de corazon defectos en el corazon? *Si No*

Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema medico que NO esta en este cuestionario?
Si la respuesta es afirmativa, *explique:* _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informare a mi dentist si hay algun cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Hillsboro Dental Excellence

324 SE 9th Ave Suite B - Hillsboro, OR 97123
P: (503) 648-6671

Siempre luchando contra los gastos, y para mantener sus gastos lo mas bajo possible, pedimos que se pague por todos nuestros servicios el mismo dia de su visita. Aceptamos cheques, tarjetas de credito, y Care Credit como forma de pago. Se cobrara \$30, si se devuelve su cheque del banco. Ademas, no aceptaremos cheques de personas despues que se les devuelva un cheque.

Beneficios de su seguro son determinados por su patron y no por su dentist. Cualquier deductible o presupuesto de su porcion sera pagable el dia de su cita. Aseguransa no es garantia de pago, no pagaran por TODO sus gastos. Su polisa de aseguransa es un contrato entre usted y su aseguransa. Su cuenta siempre sera responsabilidad de usted. Como cortesia, nosotros enviaremos cobros a su aseguransa si usted nos presenta: 1) su tarjeta de aseguransa dental y 2) toda la informacion de su empleo. Si no podemos confirmar que lo cubre su aseguransa, entonces usted necesitara pagar su cuenta en total el dia de su cita. Si despues de 45 dias, no se ha pagado su cuenta, ya sea por usted o por su aseguransa, entonces TODO el balance sera pagable inmediatamente por usted.

Requeremos 24 horas de noticia para cancelar citas o cambiar citas. Reservemos el derecho do cobrarle \$50 por cancelar sin noticia dentro de 24 horas antes de su cita. Si llega demaciado tarde a su cita, tambien se le puede cobrar la misma cantidad por el tiempo perdido.

Padres divorciados o searados de ninos menores de edad quienes son responsables por la mitad de los gastos de su nino, el pariente que trai al nino, sera completamente responsable. Posiblemente tambien se le pida tarjeta de credito del otro pariente.

Todos los cobros se deben pagar el dia de su cita. Si se hace necesario entregar su cuenta a agencia de coleccion o a un abogado, se le cobrara \$150. Y los gastos del abogado y de la corte.

Yo he leído y comprendo esta pagina.

Su Nombre _____

Su Firma _____

Fecha _____

Hillsboro Dental Excellence

324 SE 9th Ave Suite B - Hillsboro, OR 97123

P: (503) 648-6671

Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Numero de seguro social: _____

Domicilio: _____

Telefono: _____ Nombre de su Trabajo: _____

Correo Electronico: _____

Nuestra oficina esta en condiciones de enviar correo electronico y mensajes de texto a los pacientes para confirmar las citas, esta es una gran herramienta para nuestros pacientes a utilizar cuando una llamada no es posible. Sin embargo, entendemos que algunos pacientes prefieren simplemente una llamada.

Si me gustaria recibir una confirmacion por mensaje de texto.

Si me gustaria recibir una confirmacion por correo electronico.

Cómo se entero de nuestra oficina: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Telefono: _____

Relacion: _____

Informacion de aseguransa:

Empleado: _____ Patron: _____

Domicilio: _____

Numero de Identificacion: _____

Numero de Grupo: _____

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA AISLAMIENTO

HILLSBORO DENTAL EXCELLENCE

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE LA SALUD SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y SER DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE CONSEGUIR EL ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REPÁSELO POR FAVOR CUIDADOSAMENTE. LA AISLAMIENTO DE SU INFORMACIÓN DE LA SALUD ES IMPORTANTE PARA LOS E.E.U.U.

NUESTRO DEBER LEGAL

Ley federal nos requerimos y del estado aplicable mantener la aislamiento de su información de la salud. También nos requieren darle este aviso sobre nuestras prácticas de la aislamiento, nuestros deberes legales, y las sus derechos referentes a su información de la salud. Debemos seguir las prácticas de la aislamiento que se describen en este aviso mientras que está en efecto. Este aviso toma efecto 9 de noviembreth, 2011, y permanecerá en efecto hasta que lo sustituimos.

Podemos cambiar nuestras prácticas de la aislamiento de vez en cuando. Si lo hacemos, revisaremos este aviso así que usted tendrá un resumen exacto de nuestras prácticas. El aviso revisado se aplicará a toda su información de la salud. Podemos también revisar este aviso a partir del tiempo al tiempo. Si hacemos cualesquiera revisiones materiales a este aviso, proveeremos de usted una copia del aviso revisado que especificará la fecha la cual tal aviso revisado llega a ser eficaz. Los términos del aviso nos requerimos habitar que está actualmente en efecto. Para más información sobre nuestras prácticas de la aislamiento, o para las copias adicionales de este aviso, éntrenos en contacto con por favor que usan la información enumerada en el extremo de este aviso.

APLICACIONES Y ACCESOS DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD

A. Uso y acceso para el tratamiento, el pago, y las operaciones del cuidado médico

Debemos divulgar su información de la salud a usted, según lo descrito en la sección paciente de las derechos de este aviso. También utilizamos y divulgamos la información de la salud sobre usted para el tratamiento, el pago, y las operaciones del cuidado médico. Por ejemplo:

- Tratamiento:** Podemos divulgar su información de la salud al médico o al otro abastecedor del cuidado médico que le proporciona el tratamiento
- Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información de la salud para obtener el pago para los servicios que le proporcionamos.
- Operaciones del cuidado médico:** Podemos utilizar y divulgar su información de la salud con respecto a nuestras operaciones del cuidado médico, incluyendo actividades del gravamen de la calidad y de la mejora, la revisión de la capacidad o de las calificaciones de los profesionales del cuidado médico, la evaluación del médico y del funcionamiento del abastecedor, programas de entrenamiento, la acreditación, la certificación, y actividades que licencian y credentialing.

Su autorización: Además de nuestro uso de su información de la salud para el tratamiento, el pago, o las operaciones del cuidado médico, usted puede darnos la autorización escrita de utilizar su información de la salud o de divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocarla en escribir en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o accesos permitida por su autorización mientras que estaba en efecto. A menos que usted nos dé una autorización escrita, no podemos utilizar o divulgar su información de la salud por ninguna razón excepto ésos descritos en este aviso.

Accesos a su familia y amigos: Podemos divulgar su información de la salud al miembro de la familia, al amigo, o a la otra persona identificada por usted al grado necesario para ayudar con su cuidado médico o con el pago para su cuidado médico, pero solamente si usted conviene que podemos hacer tan.

Accesos a las personas implicadas en su cuidado: Podemos también utilizar o divulgar la información de la salud para notificar, o asista a la notificación (identificar incluyendo o el localizar) de un miembro de la familia, de su representante personal, o de otra persona responsable de su cuidado, de su localización, de la condición general, o de la muerte. Si usted está presente, después antes de uso o de acceso de su información de la salud, proveeremos de usted una oportunidad de oponerse a tal uso o acceso. En caso de sus circunstancias de la incapacidad o de la emergencia, divulgaremos la información de la salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional, y divulgaremos solamente la información de la salud que es directamente relevante a la implicación de la persona en su cuidado médico. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con práctica común de hacer inferencias razonables de su mejor interés de permitir que una persona escoja prescripciones para arriba llenadas, fuentes médicas, radiografías, u otras formas similares de información de la salud.

Recordatorios de la cita: Podemos utilizar o divulgar su información de la salud para proveer de usted recordatorios de la cita (tales como voicemails, postales, letras, E-maices, textos u otras comunicaciones móviles similares del dispositivo).

Comunicaciones Paciente-Relacionadas: Podemos utilizar o divulgar su información de la salud para proporcionar comunicaciones paciente-relacionadas tales como adentofotografía traoral, "ningún club de la cavidad" para los niños, y llamar por teléfono -en prescripciones.

Servicios relativos a la salud de la comercialización: We will not use your health information for marketing communications without your written authorization.

B. Uso y acceso para las situaciones públicas de la necesidad particularmente que implican la necesidad pública, podemos divulgar su información de la salud sin la obtención de su autorización. Esas situaciones incluyen las circunstancias siguientes:

Requerido por Law: Podemos utilizar o divulgar su información de la salud cuando la ley nos requerimos hacer tan. Actividades de la salud pública: Podemos divulgar su información de la salud a los funcionarios autorizados de la salud pública así que pueden realizar sus actividades de la salud pública. Por ejemplo, podemos compartir su información de la salud con los oficiales del gobierno que son responsables de controlar enfermedad, lesión, o inhabilidad. Actividades del descuido de la salud: Podemos lanzar su información de la salud a las agencias de estatal autorizadas a conducir las intervenciones, investigaciones, y las inspecciones, así como investigaciones, procedimientos, o acciones civiles, administrativos o criminales. Abuso o negligencia: Podemos divulgar su información de la salud a las autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es

una víctima posible del abuso, negligencia, o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Supervisión, reparación y memoria del producto: Podemos divulgar su información de la salud a una persona o a una compañía con el fin de quienes sea regulado por la administración del alimento y de la droga: (1) divulgando o siguiendo defectos o problemas de producto; (2) reparando, substituyendo, o recalling productos defectuosos o peligrosos; o (3) supervisando el funcionamiento de un producto después de él se ha aprobado para uso del público en general.

Pleitos y conflictos: Podemos divulgar su información de la salud si un tribunal administrativo nos ordenamos hacer tan una corte o que está dirigiendo un pleito u otro conflicto. Podemos también divulgar su información de la salud en respuesta a la citación, a la petición del descubrimiento, o a la otra petición lícita algún otro implicada en el conflicto, pero solamente si se han hecho los esfuerzos decirle sobre la petición o de obtener un orden judicial que protegía la información contra acceso adicional. Aplicación de ley: Podemos divulgar su información de la salud a los funcionarios de la aplicación de ley por ciertas razones que incluyen para conformarse con los órdenes judiciales o los leyes que nos requieren seguir, y asistir a la aplicación de ley manda con identificar o el localización de un sospechoso, de un fugitivo, de un testigo, o a un desaparecido. Para evitar una amenaza seria e inminente a la salud o a la seguridad. Podemos divulgar su información de la salud al grado necesario para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otras. En tales casos, compartiremos solamente su información con alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Seguridad nacional: Podemos divulgar a la información federal autorizada de la salud de los funcionarios requerida para la inteligencia legal, la contrainteligencia, y otras actividades de la seguridad nacional. Podemos también divulgar a las autoridades militares la información de la salud del personal armado de las fuerzas bajo ciertas circunstancias. Si usted es un interno o a un oficial de la aplicación de ley le detiene, podemos divulgar su información de la salud a los oficiales de los oficiales de la prisión o de la aplicación de ley en caso de necesidad para proveer de usted cuidado médico, o para mantener seguridad, seguridad y buena orden en el lugar en donde le confinan. Coroners, examinadores médicos y directores fúnebres. En el acontecimiento desafortunado de su muerte, podemos divulgar su información de la salud a un coroner o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, determinar la causa de la muerte. Podemos también lanzar esta información a los directores fúnebres cuanto sea necesario para realizar sus deberes.

C. Información parcialmente De-Identificada de la salud podemos utilizar y divulgar la información "parcialmente de-identificada" de la salud sobre usted para los propósitos de la salud pública y de la investigación, o para las operaciones de negocio, si la persona que recibirá la información firma un acuerdo de proteger la aislamiento de la información según los requisitos de ley federal y del estado. La información parcialmente de-identificada de la salud no contendrá ninguna información que le identificara directamente (tal como su nombre, dirección de la calle, número de Seguridad Social, número de teléfono, número de fax, dirección del correo electrónico, dirección del Web site, o número de la licencia).

El PACIENTE ENDEREZA el acceso: Usted tiene la derecha de mirar o de conseguir copias de su información de la salud, con excepciones limitadas. Si mantenemos su información de la salud en formato electrónico, usted puede solicitar una copia de su información en formato electrónico y le cargaremos no más que nuestro coste de preparar los materiales. Si mantenemos su información en los archivos de papel, usted puede solicitar las fotocopias o las copias en otro formato. Utilizaremos el formato que usted solicita a menos que no poder prácticamente y razonablemente lo hagamos tan. Si usted solicita un formato alternativo, podemos cargar un honorario coste-basado para proporcionar su información de la salud en ese formato. Usted debe hacer una petición en escribir para obtener el acceso a su información de la salud. Usted puede obtener una forma para solicitar el acceso usando la información del contacto enumerada en el extremo de este aviso. Contabilidad del acceso: Usted tiene la derecha de recibir una lista de los casos en los cuales nosotros o nuestros socios divulgamos su información de la salud sobre los 6 años pasados o el tiempo más corto tal que usted puede especificar. Que la contabilidad no incluiría accesos hizo para los propósitos del tratamiento, del pago, o de las operaciones del cuidado médico, a menos que mantengamos su expediente de la salud electrónicamente, en este caso, después del 1 de enero de 2011, podemos necesitar proveer de usted una contabilidad del tratamiento, del pago, o de los accesos de las operaciones del cuidado médico por no más de 3 años anteriores, pero no incluyendo cualquier tratamiento, pago, o acceso de las operaciones del cuidado médico antes del 1 de enero de 2011. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, podemos cargarle un honorario razonable, coste-basado para responder a estas peticiones adicionales.

Restricciones: Usted tiene la derecha de solicitar que ponemos restricciones adicionales en nuestro uso o acceso de su información de la salud. Si convenimos su petición, seguiremos nuestro acuerdo excepto adentro una situación de la emergencia. Sin embargo, nos no requieren convenir estas restricciones adicionales, salvo que debemos convenir una petición que restringimos acceso de su información a un plan de la salud con objeto de el pago u operaciones del cuidado médico si la información pertenece solamente a un artículo o a un servicio del cuidado médico que usted ha pagado fuera de bolsillo y por completo. Comunicación alternativa: Usted tiene la derecha de solicitar que nos comunicamos con usted sobre su información de la salud por medios alternativos o a las localizaciones alternativas. Usted debe hacer su petición en la escritura. Su petición debe especificar los medios o la localización alternativos, y proporciona una explicación satisfactoria con respecto cómo los pagos serán manejados bajo los medios o localización alternativos que usted solicita. Enmienda de la información de la salud: Usted tiene la derecha de solicitar que enmendamos su información de la salud. Su petición debe estar en la escritura, y debe explicar porqué la información debe ser enmendada. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

Notificación de la abertura de la información sin garantía de la salud: Nuestra política es cifrar nuestros archivos electrónicos que contienen su información de la salud para proteger la información contra las que no deban tener acceso a ella. Si, sin embargo, por alguna razón experimentamos una abertura de su información unencrypted de la salud, nosotros le notificaremos de la abertura. Aviso electrónico: Si usted recibe este aviso en nuestro Web site o por el correo electrónico (E-mail), usted tiene la derecha de solicitar una copia de papel de este aviso. Usted puede hacer tal petición escribiendo a la dirección proporcionada en el extremo de este aviso. PREGUNTAS Y COMPLAI

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA AISLAMIENTO

Propósito: Esta forma se utiliza para obtener el reconocimiento del recibo de nuestro aviso de las prácticas de la aislamiento o para documentar nuestro esfuerzo de la buena fe de obtener ese reconocimiento.

**** Que usted puede rechazar para firmar este ** del reconocimiento**

I, _____, han recibido una copia de aviso de esta oficina de Prácticas de la aislamiento.

{Imprima por favor el nombre}

{Firma}

{Fecha}

Autorización de lanzar la información

Propósito: Esta forma se utiliza para obtener la autorización de lanzar la información con respecto a se cubrió bajo acto de la aislamiento para poblar con excepción de se.

I, _____, autorice a personas siguientes a tener acceso a la información cubierta bajo práctica de la aislamiento con respecto a me.

{Imprima por favor el nombre}

Relación

{Imprima por favor el nombre}

Relación

{Imprima por favor el nombre}

Relación

Para el uso de la oficina solamente

Procuramos obtener el reconocimiento escrito del recibo de nuestro aviso de las prácticas de la aislamiento, pero el reconocimiento no podría ser obtenido porque:

- Individuo rechazado para firmar
- Barreras de las comunicaciones prohibidas obteniendo el reconocimiento
- Una situación de la emergencia evitó que obtuviéramos el reconocimiento
- Otro (especifique por favor)