

SILVA DENTAL CENTER

5919 W. Cermak RD. Cicero, IL 60804

Tel: (708) 222-6600

Fax: (708) 222-1636

Email: silvadental1@gmail.com

***INFORMACION DEL PACIENTE:**

Nombre del Paciente : _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: **M / F**

Direccion: _____

Ciudad Estado Codigo Postal

Celular: _____ Correo Electronico: _____

***INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE:**

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: **M / F**

Relacion con Paciente: _____ SSN: _____

Direccion: _____ Celular: _____

Correo Electronico: _____

***EMPLEADOR:**

Nombre: _____ Ocupacion: _____

Direccion: _____

Numero Telefonico: _____

***ASEGURANZA:**

Nombre De Asegurado: _____ Nombre de Aseguranza: _____

Relacion con el Paciente: _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- | | |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?
 Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| SIDA / HIV Positivo | Cortisona | Hemofilia | Tratamiento con radiación |
| Enfermedad de Alzheimer's | Diabetes | Hepatitis A | Pérdida de peso reciente |
| Anafilaxia | Drogadicción | Hepatitis B o C | Diálisis renal |
| Anemia | Fácilmente pierde el aliento | Herpes | Fiebre reumática |
| Angina | Enfisema | Presión arterial alta | Reumatismo |
| Artritis/Gota | Epilepsia o convulsiones | Colesterol Alto | Escarlatina |
| Válvula del corazón artificial | Sangrado excesivo | Ronchas o erupción cutánea | Herpes |
| Articulación artificial | Sed excesiva | Hipoglucemia | Enfermedad de células falciformes |
| Asma | Desmayos / vértigo | Latido irregular del corazón | Problemas del seno nasal |
| Enfermedad arterial | Tos frecuente | Problemas de los riñones | Espina Bífida |
| Transfusión de sangre | Diarrea frecuente | Leucemia | Enfermedad estomacal/intestinal |
| Problemas respiratorio | Dolores de cabeza frecuente | Enfermedades del Hígado | Ataque fulminante |
| Cáncer | Glaucomas | Presión arterial baja | Hinchazón de las extremidades |
| Moretonescon facilidad | Herpes Genital | Enfermedad pulmonar | Enfermedad de la Tiroides |
| Quimioterapia | Fiebre del heno | Prolapso de la válvula mitral | Amigdalitis |
| Dolores en el pecho | Ataque/Falla del corazón | Osteoporosis | Tuberculosis |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas | Soplo cardíaco | Dolor en la articulación de la quijada | Tumores o crecimientos |
| Cardiopatía congénita | Marcapasos en el Corazón | Enfermedad paratiroidea | Úlceras |
| Convulsiones | Problemas/Enfermedad del corazón | Atención Psiquiátrica | Enfermedad venérea |
| | | | La ictericia amarilla |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

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

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____

Silva Dental Center
5919 West Cermak Road
Cicero, Illinois 60804
(708) 222-6600

POLIZA FINANCIERA

Estamos comprometidos a proporcionar el mejor cuidado posible. Si usted tiene seguro dental, nosotros estamos ansiosos en ayudarlo a recibir sus máximos beneficios permitidos. Para lograr estos objetivos, nosotros necesitamos su ayuda y que usted comprenda nuestra poliza de pago. El pago por los servicios dentales se deben pagar el mismo día que se le realiza el tratamiento. Aceptamos efectivo, cheques y pagos de tarjeta de crédito. Con gusto le ayudaremos a enviar cualquier reclamo a su aseguranza para ser procesado y aceptamos asignamiento de seguro. Haremos lo mejor posible en **ESTIMAR** lo que su compañía de seguros pagará hacia servicios normalmente cubiertos. Sin embargo es necesario que por favor comprenda que nuestros cálculos son estrictamente **ESTIMACIONES** y no hay garantía que su compañía de seguros nos reembolsará según estas estimaciones. Finalmente, su seguro es un contrato entre usted y su portador de seguro. Nosotros no somos parte de ese contrato. Todo servicio que no sea cubierto por su compañía de seguros, por cualquier razon, es su responsabilidad financiera.

Los cheques regresados tendrán una carga de **\$ 25.00** y balances pendientes de mas de 30 días serán susceptibles a honorarios adicionales de colección y cargos de interéses. Un cargo de **\$30.00** puede ser cobrado por citas no asistidas o canceladas sin aviso previo de 48 horas de Lunes-Viernes. Los Sábados la cuota será de **\$50.00** y de **\$75.00** si la cita es con una de nuestros especialistas.

Cualquier honorarios del abogado o cargos de colección debido a delincuencia de su cuenta también será cargado al paciente.

Yo por la presente reconozco que he leído este documento y comprendo mi responsabilidad financiera por servicios dentales que se me proporcionen a mi y a otros pacientes con cuyos nombres yo he proporcionado para aparecer en mi cuenta con:

Firma: _____

Fecha: _____

SILVA DENTAL CENTER, LTD.

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION
DE LA INFORMACION DE LA SALUD PROTEGIDA**

Con mi consentimiento, *SILVA DENTAL CENTER, LTD.*, puede utilizar y divulgar informacion de la Salud protegida (PHI por sus siglas en ingles) mia para efectuar tratamiento, paga, y operaciones del cuidado de la salud (TPO por sus siglas en ingles). Favor de referirse al Aviso acerca de las Practicas de Privacidad de *SILVA DENTAL CENTER, LTD.*, para una descripcion mas completa sobre dichos usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de estudiar su Aviso acerca de las Practicas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. *SILVA DENTAL CENTER, LTD.*, se reserve el derecho de modificar su Aviso acerca de las Practicas de Privacidad en cualquier momento. Un aviso acerca de las Practicas de Privacidad enmendado puede obtenerse al dirigirse por escrito al Oficial de la Privacidad de *SILVA DENTAL CENTER*, al 5919 W. Cermak Road, Cicero, IL 60804.

Con mi consentimiento, *SILVA DENTAL CENTER, LTD.*, puede llamar a mi casa o a otra ubicacion designada y dejar un mensaje en el buzón de voz o con una persona respecto a cualquier asunto que les ayude en desempeñar sus TPO, tales como recordarme de citas, asuntos de aseguranza, y cualquier llamada relacionada con mi cuidado clinico, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros. Con mi consentimiento, *SILVA DENTAL CENTER, LTD.*, puede mandarme cartas que les ayude a desempeñar sus TPO a mi casa o a otra ubicacion designada, tales como recordarme de citas, y estado de cuenta, del paciente siempre y cuando esten marcadas Personal y Confidential.

Con mi consentimiento, *SILVA DENTAL CENTER, LTD.*, puede enviarme correos electronicos a mi casa o a otra ubicacion designada, cualquier asunto que le ayude a la oficina a desempeñar sus TPO, tales como recordarme de citas y estados de cuenta del paciente.

Tengo el derecho de pedirle a *SILVA DENTAL CENTER, LTD.*, que limiten como utilizan o divulgas mis PHI para desempeñar sus TPO. Sin embargo, la oficina no esta obligada a asentir a mi solicitud para los limites de divulgacion, pero si lo hace, esta sujeto a ester convenio. Al firmar este contrato, estoy consintiendo que *SILVA DENTAL CENTER, LTD.*, utilice y divulgue mi PHI para desempeñar su TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en el caso que la oficina ya haya hecho divulgaciones por atenerse a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, puede que *SILVA DENTAL CENTER, LTD.*, se niegue a darme tratamiento.

Firma del Paciente o Guardian Legal

Nombre del Paciente

Fecha

INFORMACION DE SALUD ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD SILVA DENTAL CENTER

Yo _____ por la presente concedo permiso a **SILVA DENTAL CENTER**
(Yo/nombre del paciente o padre/tutor)

el dar conocer informacion personal y de salud de _____ a
(propia o nombre del niño/a)
las siguientes personas (Favor de escribir el nombre de la persona y la relacion con el paciente)

Porfavor de marcar las siguientes:

- Fechas de citas y la hora
- Planes de Tratamiento y Referencias
- Informacion Financiera y de Facturacion
- Cualquiera otra informacion pertinente relacionada salud dental para tratamiento en esta oficina
- Ninguna de las anteriores (porfavor explique)

Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor a menos que se haya proporcionado una cancelación por escrito a **SILVA DENTAL CENTER**

Pacientes o Tutor Legal Firma

Fecha

Fecha de Nacimiento del Paciente