

Por favor, visite nuestro sitio Web en www.heartlandendodontics.com

Estamos encantados de darle la bienvenida a nuestra familia dental. Gracias por llamar a Heartland Endodoncia y por darnos la oportunidad de ofrecerle la atención más alta posible de endodoncia para usted. Nuestro equipo de profesionales se dedica a la prestación de atención dental en un ambiente cómodo y cuidado. Para nosotros, una excelente atención significa un compromiso total con la satisfacción del 100 % para usted y su dentista de la familia.

Como parte de nuestro compromiso con todos nuestros pacientes, nos comprometemos a tratar con el respeto y la comprensión que se merece. Le daremos un servicio excepcional mediante el uso de la tecnología más avanzada para asegurar excelentes diagnóstico y tratamiento.

Sabemos que a veces nuestros pacientes están preocupados acerca de los tratamientos dentales. Con el fin de hacer lo más cómoda posible, hemos incluido nuestro folleto. Por favor tome unos minutos y llegar a conocer Heartland endodoncia y el doctor Obermayr. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a nuestra oficina. Estamos a su disposición para responder a cualquier pregunta que pueda tener.

También se adjunta se encuentra nuestro formulario de historia médica. Utilizamos esta forma para proteger su salud. **Favor de traer su identificación con foto y cualquier información de seguro dental junto con el formulario completo cerrado**, a nuestra oficina en su primera cita. Si usted tiene alguna pregunta antes de su primera visita, por favor no dude en llamar a nuestra oficina.

Esperamos con interés la oportunidad de saludar a usted pronto.

Gracias.

Gayle Obermayr, DDS, MS

Y el equipo de Heartland Endodoncia



Bienvenido a Nuestra Oficina

Con el fin de hacer que su cuidado dental un servicio de salud más personal y completa, le pedimos que por favor complete la siguiente información

Nombre _____	Apodo _____
Apellido _____	Please circle: Dr., Rev., Mr., Mrs., Ms., Miss
Dirección _____	Fecha de Nacimiento _____
Código postal _____	Teléfono _____
Social Security # _____	Teléfono móvil _____
Empleador _____	Teléfono del trabajo _____

Persona responsable de la cuenta (si es diferente a la anterior)

_____ Teléfono durante el día _____

Reconozco que he recibido una copia de la notificación de esta oficina LA POLITICA DE PRIVACIDAD

INFORMACIÓN DEL PAGO

_____ **Iniciales**

El pago se realizará en su totalidad en el momento del tratamiento (a menos que los acuerdos anteriores han sido aprobados). Nuestra oficina va a presentar su reclamación de seguro cuando el tratamiento se completa para que su compañía de seguros le reembolsará con prontitud. I (paciente / guardián) entiendo que soy responsable del pago de

Honorarios por los servicios prestados

_____	_____
Firma (Paciente / Guardian)	Fecha

Información Sobre el Seguro Dental

Compañía de Seguros _____	Seguridad Social del Segurado _____
Empleador del Asegurado _____	Grupo # _____
Nombre del Asegurado _____	Seguro de Telefono _____
Relación con el Paciente _____	Dirección de Seguros _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado _____	
Nombre del la Farmacia _____	Telefono _____

A quien podemos agradecer por referencia a nuestra oficina _____

Consentimiento Para El Uso y Divulgación De La Información Sobre Salud Para El Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica

Yo, _____, entiendo que como parte de mi atención médica, Heartland Endodoncia, PA origina y mantiene papel y/o registros electrónicos describiendo mi historial de salud y dental, síntomas, exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento y un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de información para mi diagnóstico e información Aplicación quirúrgica a mi cuenta.
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados, y
- Una herramienta para operaciones de atención médica de rutina, tales como la evaluación de la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud.

Entiendo y han sido provistos de un *aviso de prácticas de privacidad* que proporcionan una descripción más completa de información de aplicaciones y los accesos. Yo entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento
- El derecho a solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información según lo dispuesto por 45 CFR 164.528

Entiendo que Heartland Endodoncia, PA no está obligado a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas . Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya ha tomado acciones de seguridad sobre ella. También entiendo que al negarse a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratar a lo permitido por la Sección 164.506 el Código de Regulaciones Federales.

Además, entiendo que Heartland Endodoncia, PA se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas en cualquier momento, siempre que dichos cambios son aplicables por la ley, y el nuevo aviso disponible bajo petición

Deseo tener las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud:

Entiendo que como parte de Heartland endodoncia, tratamiento PA, pago u operaciones de cuidado de la salud, puede ser necesario dar a conocer mi información de salud protegida a otra entidad, y dar su consentimiento a dicha revelación para estos usos permitidos, incluida la divulgación a través de fax. Entiendo completamente y acepto los términos de este consentimiento.

Firma del paciente

Padre/Tutor

Fecha

Uso en oficina (recibida por/fecha)

MEDICO/DENTAL HISTORIA

Nombre _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Contacto de Emergencia _____

Esposa / Padre / Otro _____ **telefono** _____

Por favor *MARQUE S* para Si o *N* para No Condiciones Médicas Pasadas/Presentes

Se requiere antibioticos antes del tratamiento dental? S N **DOSIS PREMEDICACION** _____

Su salud fisica actual es: _____ Excelente _____ Bueno _____ Justa _____ Pobre

- | | |
|---|---|
| <p>1. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Condiciones del corazon (Soplo, La cardiopatía reumática, defecto congenito, Prolapso de la válvula mitral, ataque al corazón La enfermedad arterial coronaria, latido del corazón irregular, Insuficiencia cardíaca congestiva, u otro)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Dolor en el pecho (angina de pecho)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Procedimientos cardíacos – Los stents, cateterismo, La angioplastia, Marcapasos, La cirugía de bypass, la colocación de prótesis valvular Fecha de la cirugía _____</p> <p>4. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Carrera / TIA's</p> <p>5. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Presion alta</p> <p>6. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Transfusiones de sangre - Fecha _____</p> <p>7. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Trastornos de la sangre (anemia, tendencia al sangrado, etc.)</p> <p>8. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedad estomacal o intestinal (Reflujo gastroesofágico, úlceras, colitis, diverticulitis, hernia, hernia de hiato)</p> <p>9. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes (o antecedentes familiares de)</p> <p>10. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cáncer, tumores, o crecimientos (incluyen la piel, etc benigna) _____</p> <p>11. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Radioterapia (tratamientos de rayos X para el cáncer)</p> <p>12. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Desmayos / Vértigo</p> <p>13. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Los dolores de cabeza frecuentes o</p> <p>14. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ATM (articulación mandibular) o problemas de apertura limitada de la boca</p> <p>15. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Transplante de Organos _____</p> <p>16. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedad del riñón / Piedras</p> <p>17. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades autoinmunes como el lupus, el pénfigo, penfigoide, liquen plano</p> | <p>18. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Embarazadas o en periodo de lactancia actualmente (sólo en mujeres)</p> <p>19. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ¿Está pasado la menopausia (sólo mujeres)</p> <p>20. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Glaucoma</p> <p>21. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedad de tiroides</p> <p>22. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades de hígado (cirrosis, hepatitis, etc)</p> <p>23. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Respiratorio (pulmón) Enfermedades (enfisema, asma, EPOC, tuberculosis, etc.)</p> <p>24. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cortisona o Esteroide tipico medicamentos</p> <p>25. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Las juntas y válvulas protésicas (reemplazos de cadera,etc)Tipio/Fecha _____</p> <p>26. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Trastorno de convulsiones (epilepsia,traumática)</p> <p>27. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Artritis(reumatoide,osteo, la fibromialgia, la gota)</p> <p>28. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alergias (fiebre de heno, alimentos, materiales o medicamentos) _____</p> <p>29. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Los problemas de sinocitus</p> <p>30. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Pérdida de Peso (sin hacer dieta)</p> <p>31. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Historia de la cirugía, especialmente varios procedimientos repetidos en la infancia</p> <p>32. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ¿Es alérgico a, o incapaz de comer plátanos, kiwis, aguacates, castañas, tomates, patatas, o avellanas?</p> <p>33. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ¿Tiene una tos persistente pesada de 2-3 semanas de duración, en particular uno que trae el esputo o esputo sangriento?</p> <p>34. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades infecciosas (SIDA, herpes, sífilis , tuberculosis , hepatitis A , B , o C u otro)</p> <p>35. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N El abuso de sustancias (alcohol, cocaína, drogas, etc.)</p> <p>36. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Otro _____</p> |
|---|---|

37. S N ¿Alguna vez ha tenido un tratamiento de conducto antes? Si es así, ¿cómo calificaría su última experiencia de conductos? _____

38. S N ¿Hay algo que podamos hacer para que se sienta más cómodo durante su visita en nuestra oficina hoy ? _____

SÓLO DATE ____/____/____ PERSONAL: BP: ____/____ PULSE: _____ STAFF INIT: _____	DATE ____/____/____ BP: ____/____ PULSE: _____ STAFF INIT: _____	DATE ____/____/____ BP: ____/____ PULSE: _____ STAFF INIT: _____
--	---	---

OTRO LADO →

MEDICO/DENTAL HISTORIA

PACIENTE _____

Por favor enumere todos los médicos y su especialidad:

Médico familiar: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____
Fecha de la última visita: _____

Médico: _____
Especialidad: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____
Fecha de la última visita: _____

Physician: _____
Especialidad: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____
Fecha de la última visita: _____

Physician: _____
Especialidad: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____
Fecha de la última visita: _____

Por favor lista de los actuales medicamentos que esté tomando y razón. Incluyen prescripción, suplementos y medicamentos de venta libre.

Nombre de Medicamento	La Dosis	La Razon

¿Ha experimentado una reacción alérgica o inusual a cualquiera de los siguientes?

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> La Aspirina | <input type="checkbox"/> Drogas sulfa | <input type="checkbox"/> La Penicilina | <input type="checkbox"/> Erythromycin |
| <input type="checkbox"/> Tetracycline | <input type="checkbox"/> El Barbiturico | <input type="checkbox"/> Medicamentos para el dolor | <input type="checkbox"/> Acetaminophen |
| <input type="checkbox"/> Ibuprophen | <input type="checkbox"/> El Latex | <input type="checkbox"/> Anestésico local (Novocain) | <input type="checkbox"/> Codeine |

Por favor enumerar otros medicamentos o materiales que usted es alérgico: _____

Yo entiendo que la información que he dado hoy es la más correcta de mi conocimiento. También entiendo que esta información se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental para llevar a cabo cualquiera de los servicios *dental* necesario *durante* diagnóstico y tratamiento con mi consentimiento informado.

Firma

Fecha