

# Dentistry Divine Smile, Inc.

119 N. 8<sup>th</sup> St. Deming, NM 88030 Telefono: (575)544-8381 Fax: (575)546-0410

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

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Genero: M F  
Apellido Nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Numero de telefono# \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Numero adicional# \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_Codigo postal: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre(s)/Guardian: \_\_\_\_\_

## Informacion de Aseguranza

### PRIMARIO

Nombre de asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de identificacion: \_\_\_\_\_

Relacion a la persona asegurada: Esposa(o) \_\_\_\_ Hijo (a) \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_

### SECUNDARIO

Nombre de asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de identificacion: \_\_\_\_\_

Relacion a la persona asegurada: Esposa(o) \_\_\_\_ Hijo (a) \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_

*Doy consentimiento a Dentistry Devine Smile, Inc. para tratamiento dental. Como paciente o como el padre/tutor del paciente, tengo conocimiento de mi responsabilidad financiera. Acepto que cualquier co-pago o deducible que se requiera hoy, se pague hoy y que como coretesia hacia mi, Dentistry Divine Smile, Inc. le cobrara a mi aseguranza y que yo sere responsable por cualquier cantidad restante.*

EH LEIDO LAS CONDICIONES DE TRATAMIENTO Y PAGO Y ESTOY DE ACUERDO.

Firma de paciente/padre/tutor del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Dentistry Divine Smile, Inc.

## Informacion de Salud

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de ultimo examen medico: \_\_\_\_\_ Razon del examen? \_\_\_\_\_

Ha sido hospitalizado(a) o ha tenido cirugias? (Circule) No Si

Si? Razon: \_\_\_\_\_

Actualmente recibe tratamiento? No Si Si? Naturaleza de tratamiento: \_\_\_\_\_

Favor de escribir el nombre y numero de telefono de los medicos que actualmente le proveen atencion medica:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

*Para las siguientes preguntas, circule si o no. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y seran confidenciales. Tenga en cuenta que durante su primera visita, se le pedirán algunas preguntas acerca de su respuesta. Nuestros empleados puede hacer preguntas adicionales respecto a su salud..*

Enfermedad de sangre?	No	Si	Hepatitis, cualquier forma?	No	Si
Artritis, reumatismo u otra enfermedad inflamatoria?	No	Si	Reemplaco de coyuntura? Cuando fue colocado?	No	Si
Asma, EPOC u otra enfermedad pulmonar	No	Si	Enfermedad renal	No	Si
Sangrado anormal despues de una cortada?	No	Si	Enfermedad del hígado (incluyendo ictericia)	No	Si
Cancer o tumor?	No	Si	Llagas o nódulos linfáticos agrandados?	No	Si
Diabetes	No	Si	Terapia psiquiatrica?	No	Si
Enfisema u otras enfermedades respiratorias	No	Si	Biopsia previa?	No	Si
Epilepsia	No	Si	Radiacion o tratamiento de quimoterapia	No	Si
Desmayo o mareos?	No	Si	Dialisis renal	No	Si
Glacoma	No	Si	Llagas en la boca de curación lenta	No	Si
Previo endocarditis bacterial	No	Si	Perdida/aumento de peso involuntaria	No	Si
Válvula de Corazón (artificial) o trasplante de corazón	No	Si	Infeccion del VIH/SIDA	No	Si
Enfermedad cardíaca congénita	No	Si	Enfermedad venérea	No	Si
Enfermedad cardíaca, ataque al corazón, cirugía de corazón, angina de pecho	No	Si	Otras condiciones	No	Si
Stent cardiaco? Cuando fue colocado?	No	Si	Enfermedades constantes?	No	Si

Esta usted tomando alguno de estos medicamentos?

Medicamento antes de tratamiento dental?	No	Si	Tagamet® (cimetidine) or Prilosec® (omeprazole)?	No	Si
Antiacidos?	No	Si	Cardizem® (diltiazem) or Calan, Isoptin® (Verapamil)?	No	Si
St. John's Wort or Kava-Kava?	No	Si	Serzone® (nefazodone)	No	Si
Dilantin® or Tegretol®	No	Si	Diflucan® (fluconazole) or Sporonox® (itraconazole)	No	Si
Barbituricos? (cualquiera)	No	Si	Biaxin® (clarithromycin)	No	Si
Ha sido tratado con bifosfonatos (Fosamax®, Aredia®, Zometa®, Actonel®, Boniva®, RECLAST) o PROLIA? Si es así, ¿cuándo comenzó el tratamiento? ¿Cuándo termino?				No	Si
¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados como fen-phen para bajar de peso?				No	Si
¿Consumo toronjas, el extracto o jugo de toronja?				No	Si

---

# **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

---

Entiendo que bajo la Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA). Tengo ciertos derechos de privacidad respecto a mi información de salud. Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en el tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones de salud normales, como las evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He sido informado por su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Se me ha dado el derecho de revisar dicha Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar este Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactarme con esta organización en cualquier momento a la siguiente dirección para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad.

**Dentistry Divine Smile, Inc.**  
**119 N. 8<sup>th</sup> St.**  
**Deming, NM 88030**  
**TELEFONO: (575)544-8381      FAX: (575)546-0401**

Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted limite cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También entiendo que no están obligados a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si no están de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que ha adoptado medidas basándose en esta autorización.

**Nombre de paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Relacion al paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

---

**RECONOCIMIENTO DE LA CUOTA  
DE CITAS INTERRUMPIDAS**  
*Medicaid*

---

Debido a un aumento de citas canceladas sin previo aviso, ahora se requiere un aviso de 24 horas para cancelar o reprogramar su cita. Se le dará una advertencia la primera vez. La segunda vez que una cita se rompa sin previo aviso de 24 horas, una carta será enviada a Medicaid referente a la situación. La tercera vez, el paciente será expulsado como nuestro paciente y Medicaid será notificado de esta acción.

Eh leído y acepto la declaración antedicha.

---

**Nombre de paciente**

---

**Fecha**

---

**Firma de paciente/padre(s)/guardian**

---

**Fecha**

---

**DENTISTRY DIVINE SMILE, INC.  
119 N. 8<sup>th</sup> St. DEMING, NM 88030**

---

## ***RECONOCIMIENTO DE LA CUOTA DE CITAS INTERRUMPIDAS***

---

Debido a un aumento de citas canceladas sin previo aviso, ahora se requiere un aviso de 24 horas de la cancelación antes de su cita programada. El incumplimiento dará lugar a una cuota de \$25.00 que será automáticamente cargado a su cuenta.

Eh leído y acepto la declaración antedicha.

\_\_\_\_\_  
**Nombre de paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de paciente/padre/guardian**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

---

**DENTISTRY DIVINE SMILE, INC.  
119 N. 8<sup>th</sup> St. DEMING, NM 88030**

**DENTISTRY DIVINE SMILE, INC.**  
**100 E. PINE ST.**  
**DEMING, NM 88030**

**LISTA DE MEDICAMENTOS**

Su dentista necesita estar al tanto de todos los medicamentos que usted esta tomando. Favor de utilizar esta forma que le ayudara a recordar detalladamente los medicamentos. Puede incluir alguna otra informacion tocante alguna posible alergia o algun medicamento que tomo en el pasado y no obtubo ningun beneficio.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	LA RAZON POR CUAL TOMA EL MEDICAMENTO	NOMBRE DEL DOCTOR QUE RECETO EL MEDICAMENTO	CUANTO TIEMPO TIENE TOMANDO SU MEDICAMENTO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

**OTROS COMMENTARIOS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_