



CruseDentalCenter

Cruse Dental Center cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y hace no discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Chu Y: Neu bạn nói Tiếng Việt, CO các dịch vụ HO tro de idioma Sin Ngu Mien Phi danh cho prohibición.

Información del paciente

Nombre: _____
Apellido Nombre de pila inicial del segundo nombre

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Seguridad Social #: _____ Sexo: Masculino Hembra

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Nombre Preferido: _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Add'l Teléfono: _____

Email: _____

Menor Soltero Casado Otros: _____

Madre/Guardián Nombre: _____

Padre/Guardián Nombre: _____

En caso de emergencia: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

Nombres de otros miembros de la familia se ve aquí: _____

Referido por: _____

Historia dental

¿Por qué ha llegado al dentista hoy? _____

¿Tiene que ser pre-medicado (antibióticos) antes del tratamiento dental? Sí No

Se encuentra actualmente en el dolor? Sí No

¿Alguna vez ha tenido un problema grave / dificultad asociada con cualquier trabajo dental anterior? Sí No

¿Alguna vez ha tenido tratamiento de las encías? Sí No

¿Le sangran las encías? Sí No

¿Con qué frecuencia: Cepillo _____ Cadarzo _____

¿Ha perdido algún diente? Sí No

¿Si es así por qué? _____

Historial médico

Su salud física actual es:

Bueno

Justa

Pobre

Médico de atención primaria: _____

Se encuentra actualmente bajo el cuidado de un médico?

Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Usted fuma o usa tabaco en cualquier otra forma?

Sí No

¿Está tomando cualquier medicamento con receta / Over-the-counter?

Sí No

Anote todos los medicamentos que esté tomando:

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos? Marque con un círculo la letra correspondiente a cada lado.

- | | | | |
|--------|---|--------|---|
| 1. SN | El sangrado anormal | 24. SN | Hepatitis |
| 2. SN | Alcohol / Abuso de Drogas | 25. SN | Herpes / ampollas de fiebre |
| 3. SN | Anemia | 26. SN | Alta presión sanguínea |
| 4. SN | Artritis | 27. SN | HIV + / AIDS |
| 5. SN | artificiales Huesos / Articulaciones / Válvulas | 28. SN | Problemas de riñón |
| 6. SN | Asma | 29. SN | Enfermedad del hígado |
| 7. SN | El autismo / TEA | 30. SN | Presión arterial baja |
| 8. SN | Transfusión de sangre | 31. SN | Prolapso de la válvula mitral |
| 9. SN | Cáncer / quimioterapia | 32. SN | Marcapasos |
| 10. SN | Defecto cardíaco congénito | 33. SN | Los problemas psiquiátricos |
| 11. SN | Diabetes | 34. SN | El tratamiento de radiación |
| 12. SN | Respiración dificultosa | 35. SN | Reumática / fiebre escarlata |
| 13. SN | Enfisema | 36. SN | convulsiones |
| 14. SN | Epilepsia | 37. SN | Herpes |
| 15. SN | Desmayos | 38. SN | La enfermedad de células falciformes / Rasgos |
| 16. SN | Los dolores de cabeza frecuentes | 39. SN | Los problemas del seno |
| 17. SN | Glaucoma | 40. SN | Carrera |
| 18. SN | Fiebre de heno | 41. SN | Los problemas de tiroides |
| 19. SN | Ataque al corazón | 42. SN | La tuberculosis (TB) |
| 20. SN | Soplo del corazón | 43. SN | Úlceras |
| 21. SN | Cirugía de corazón | 44. SN | Venéreo Enfermedad |
| 22. SN | Hemofilia | | |
| 23. SN | Hospitalizado por cualquier motivo | | |

¿Alguna vez ha tenido alguna otra enfermedad grave no mencionados anteriormente? Entonces qué: _____

¿Es alérgico a cualquiera de los siguientes?

SN La aspirina

SN eritromicina

SN Sulfa / Azufre

SN codeína

SN látex

SN tetraciclina

SN anestésicos dentales

SN penicilina

SN Otros

Por favor liste cualquier otra droga que usted es alérgico a: _____

Para mujeres: ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?

Sí No

¿Estas embarazada?

Sí Sin Semana #: _____

¿Está amamantando?

Sí No

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son correctas. Si tengo cualquier cambio en mi estado de salud o si cambian mis medicamentos, voy a informar al dentista y el personal en la próxima cita sin falta. Al firmar esta hoja de información, autorizo al dentista para hacer el trabajo dental se considere necesario.

X _____
PACIENTE FIRMA (PADRE O MADRE)

Fecha: _____



CruseDentalCenter

Política de Oficina

El Centro Dental Cruse suministra un equipo de dentistas, higienistas y otros profesionales que trabajan muy duro para proporcionar atención dental de calidad a cada paciente. Para asegurar que cada paciente está bien informado de nuestras políticas al entrar en nuestra oficina, se ha hecho necesario colocar las siguientes políticas por escrito:

- Una tarjeta actual / Medicaid seguro es requerido por cada paciente en cada visita. Cualquier persona de 18 años o más deben presentar una identificación con foto en cada visita.
- **Para la seguridad de sus hijos, los padres / tutores están obligados a acompañar a cualquier niño de 17 años o menos a la visita al dentista. Una vez que el paciente se llama a la operatoria, el padre / tutor debe tener un asiento en la sala de espera en el frente. Si es necesario que el padre esté presente en la operatoria, sólo un padre se permitirá en la habitación y no hay otras personas que pueden acompañar al niño.**
- Es importante que cada paciente reciba el cuidado dental apropiado. Por lo tanto, es importante que cada paciente a mantener su / su tiempo de tratamiento programado. Si es necesario cambiar / cancelar su tiempo de tratamiento reservado, solicitamos notificación de al menos 24-48 horas antes de la cita. La notificación de un cambio / cancelación en el tiempo de tratamiento programado se debe hacer durante el horario normal de oficina: de lunes a jueves, de 8:30 am a 5:00 pm y el viernes 08 a.m.-2:00 pm. Si no se proporciona la notificación apropiada resultará en una cita de Rota. Una vez que un paciente llega a 3 citas canceladas, la familia se colocará en nuestro archivos inactivos.
- Cada paciente recibirá una llamada para confirmar su / su tiempo de tratamiento reservado; Por lo tanto, es necesario notificar a la oficina de cualquier número de teléfono cambia a medida que ocurren. Si se deja un mensaje para el paciente para volver a llamar y confirmar, y el paciente no volver a llamar dentro del marco de tiempo apropiado, la designación reservada puede ser dada a otro paciente en lista de espera.
- En el momento de cada visita, por favor notifique al personal administrativo si ha habido algún cambio en la información personal o si el Van Dental ha visto recientemente el paciente.
- **Todos los formularios solicitados requieren aviso de 24-48 horas para el personal de preparar.**

Autorización y Acuerdo de Términos

Por favor lea la información anterior cuidadosamente. Al firmar este formulario, usted acepta que es responsable y se adhiere a la totalidad de dichos términos indicados anteriormente.

Nombre del paciente

Persona responsable

Fecha

Cruse Dental Center Representative

Date



CENTRO DENTAL CRUSE
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Entiendo que, en virtud de la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA) y portabilidad de seguro de salud, tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Yo entiendo que la información puede y será usado para:

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

He recibido, leído y entendido el Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que Cruse Dental Center tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar la oficina en cualquier momento a la dirección que aparece más abajo para obtener una copia actual de los Avisos de prácticas de privacidad:

1098 Herrington Road, Suite 20
Lawrenceville, GA 30044

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja el uso y la revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica de mi información privada. También entiendo que no están obligados a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si no está de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con dichas restricciones.

Usted está de acuerdo, con el fin de honrar el servicio de su cuenta o cobrar cualquier cantidad que pueda deber, podemos comunicarnos con usted por teléfono en cualquier número asociado a su cuenta, incluidos los números de telefonía móvil, lo que podría resultar en cargos a usted. También podremos en contacto con usted mediante el envío de mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que usted nos proporciona. Métodos de contacto pueden incluir pre-grabado / mensajes de voz artificial y / o uso de dispositivo de llamada automática, según sea aplicable. He leído esta descripción y de acuerdo en que el Prestamista / Acreedor puede ponerse en contacto conmigo como se ha descrito anteriormente.

Nombre del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement of this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so as documented below:

Date:	Initials:	Reason:
-------	-----------	---------