



Información de Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellido Nombre
 Masculino Feminino Casado Soltero Menor E-mail: _____
 Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Telefono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ Celular #: _____
 Direccion: _____
Calle # de Apartamento
Ciudad Estado Codigo Postal

Información de Salud

Fecha de ultima visita dental: _____ Razón por esta visita: _____

Alguna vez has tenido alguno de los siguientes? Por favor de indicar en los que se aplican:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepatica | <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Trastornos Mentales | <input type="checkbox"/> Derrame Derebral |
| <input type="checkbox"/> Anemia _____ | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Trastornos Nerviosos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Crecimientos | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiacion | <input type="checkbox"/> Alergia Codeína |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Sopro | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Alergia Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> Fumar/Habito de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis | |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | | |

ALERGIAS: Circule los que se aplican: Penicilina, Aspirina, Codeina, Yodo, Latex, Anestésicos, Sulfa, NINGUNO

- Alguna vez ha tenido alguna complicación después del tratamiento dental? Si No
Si la respuesta es si, por favor explique: _____
- Ha estado ingresado en un hospital o atención de emergencia durante los últimos dos años? Si No
Si la respuesta es si, por favor explique: _____
- Está ahora bajo el cuidado de un médico? Si No
Si la respuesta es si, por favor explique: _____
- 1. • Lista de medicamentos: _____
- Tiene algún problema de salud que necesitan más aclaraciones? Si No
Si la respuesta es si, por favor explique: _____

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada es verdadera y correcta. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud, voy a informar a los médicos en la próxima cita sin falta.

Fecha: _____

Firma del paciente, padre o tutor

Información de Referencia

A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? Otro paciente Amigo Pariente
 Otra Oficina Paginas Amarillas Periódico Escuela Trabajo Otro _____
 Nombre de la persona o oficina que lo/a refiere a nuestra práctica: _____

Informacion de la Parte Responsable

Nombre: _____
 Masculino Femenino Casado Soltero Menor Otro _____
Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Telefono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ Preferencia de Horario: _____
Address: _____
Calle _____ Apartamento _____
Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Informacion del Empleador

Nombre del Empleador: _____ Ocupacion: _____
Direccion: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Informacion de Seguros

Primario
Nombre del Asegurado/a: _____
Last First MI
Fecha de Nacimiento: _____ ID #: _____ Group #: _____
Relacion del paciente con el asegurado: Yo Conyuge Hijo/a Otro _____
Nombre del la Compania de Seguros : _____
Secundario
Nombre del Asegurado/a: _____
Last First MI
Fecha de Nacimiento: _____ ID #: _____ Group #: _____
Relacion del paciente con el asegurado: Yo Conyuge Hijo/a Otro _____
Nombre del la Compania de Seguros : _____

Certificado Y Traspaso

La informacion proporcionada es complete y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar al medico so hay algun cambio en mi slaud o en la salud de mi hijo(a) menor de edad.
Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura con _____ y traspaso diractamente al la oficina de A Plus Dental Group y a sus asociados todos los benefecios del seguro. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.
Los doctors de A Plus Dental Group pueden usar la informacion del cuidado de la salud acerca de mi y puede divulgar dicha informacion a la(s) compania(s) de seguro nobrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los benefecios del seguro o los benefecios pagaderos por los servicios relacionados.

He leido las condiciones anteriores de tratamiento y de pago y de acuerdo a su contenido

Fecha: _____ Relacion al paciente: _____
Firma del paciente, padre o tutor

Date: _____ Relacion al paciente: _____
Firma del garante de pago / persona responsable

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Nombre del Paciente _____

1. TRATAMIENTO A HACERSE

Entiendo que me haran el siguiente tratamiento Examen y Radiographias.

(Iniciales) _____

2. FARMACOS Y MEDICAMENTO

Entiendo que los antibioticos y analgesicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alergicas causando el enrojecimiento a inflamacion de tejidos, dolor, comezon, vomito, y/o choque analitico (reaccion alergica severa).

(Iniciales) _____

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o anadir procedimientos debido a las condiciones que se encuenren mientras se de el tratamiento a mi dentadura que no ayan sido encontradas durante la examinacion , siendo lo mas comun la terapia de conducto radicular, siguiendo de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al dentista para que haga cualquier/todos los cambios y anadiduras necesarios.

(Iniciales) _____

Firma _____ Relacion _____ Fecha _____
Paciente, padre o tutor

Doctor _____ Witness _____

Patient Name: _____

Date: _____

CUESTIONARIO DENTAL

Para entender mejor sus necesidades dentales por favor llene este breve formulario cuestionario dental. Por favor marque sí o no y responder a preguntas como se indica.

Sus encías sangran al cepillarse o usar el hilo dental? Sí No

Tiene dolores de oído o dolores en el cuello? Sí No

Son sus dientes sensibles al frío, caliente, dulces o presión? Sí No

Tienes alguna clic, estallido o molestias en la mandíbula? Sí No

Captura comida o hilo dental entre los dientes? Sí No

Aprieta o rechinar los dientes? Sí No

La boca seca? Sí No

Tiene llagas o úlceras en la boca? Sí No

Ha tenido tratamientos periodontales (de las encías)? Sí No

Usted usa dentaduras o parciales? Sí No

Ha tenido alguna vez tratamiento de ortodoncia? Sí No

Participa en actividades recreativas activas? Sí No

Ha tenido algún problema asociado con el tratamiento dental anterior? Sí No

Ha tenido una lesión grave en la cabeza o la boca? Sí No

Fecha del último examen dental? _____

Que se le hizo en esa
fecha? _____

Fecha de ultimas radiografías dentales? _____

Está actualmente experimentando dolor o molestias dentales? Sí No

Cuál es el motivo de su visita al dentista
hoy? _____

Cómo se siente acerca de su
sonrisa? _____

Detección de Cáncer Oral

Nuestra oficina busca continuamente los avances para garantizar que estamos proporcionando el nivel óptimo de atención de la salud oral a nuestros pacientes. Estamos preocupados por el cáncer oral y lo buscamos en cada paciente.

Un estadounidense muere cada hora de el cáncer oral. La detección tardía del cáncer oral es la principal causa de aumentos de incidencia y mortalidad del cáncer oral. Al igual que con la mayoría de los cánceres, la edad es el principal factor de riesgo para el cáncer oral. Tabaco y alcohol son otros factores importantes de riesgo predisponente, pero **más del 25% de cáncer oral las víctimas no tienen tales factores de riesgo del estilo de vida.** Los estudios también sugieren que el virus del papiloma humano (VPH) juega un papel en más del 20% de las causas de cáncer oral. * Riesgo de cáncer oral por el perfil del paciente de la siguiente manera:

Aumento del riesgo: pacientes de la edad de 18 a 39, pacientes sexualmente activos (VPH)

Alto riesgo: pacientes mayores de 40 años; consumidores de tabaco (edades 18-39, cualquier tipo dentro de 10 años)

Mayor riesgo: pacientes mayores de 40 años con factores de riesgo del estilo de vida (tabaco y / o el consumo de alcohol); historia previa de cáncer oral

Recientemente hemos incorporado VELscope en nuestro nivel del cuidado de detección oral. Nos encontramos con que utilizando VELscope junto con un examen de cáncer oral estándar mejora la capacidad de identificar sospechosas áreas en sus primeras etapas. VELscope, junto con el examen visual del médico, es similar a procedimientos de detección temprana de probada eficacia para otros tipos de cáncer, como la mamografía, prueba de Papanicolaou y APE. VELscope es un examen simple y sin dolor que da la mejor oportunidad de encontrar cualquier anomalía a la mayor brevedad posible. La detección temprana de tejido pre-canceroso puede minimizar o eliminar los efectos potencialmente desfigurantes de comunicación del cáncer oral y posiblemente salvar su vida. El VELscope examen se le ofrecerá a usted anualmente.

Este examen es reconocido por la Asociación Dental Americana como CDT-2007/08 código de procedimiento D0431; Sin embargo, este examen podría no estar cubierto por su seguro. **El costo de este examen es \$30.00.**

Sí, yo preferiría tener el examen VELscope en este momento.

No, yo preferiría no tener el examen VELscope en este momento.

Imprimir Nombre _____

Firma _____ Fecha _____

A Plus Dental Group
Dr. Leila Khossoosi DDS
Dr. Mohammad Khosousi DDS
2285 E. Flamingo Rd., #101
Las Vegas, NV 89119
Phone 702-522-9192 Fax 702-546-5679

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

****Usted puede negarse a firmar el acuse de recibo****

Yo, _____ he recibido una copia de este aviso de la oficina de Pacticas de Privacidad.

(Por favor escriba su nombre)

(Firma)

(Fecha)

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque:

Individual se negó a firmar.

Las barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación.

Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación.

Otro (Especificar)

A Plus Dental Group

Dr. Leila Khossoosi DDS
Dr. Mohammad Khosousi DDS
2285 E. Flamingo Rd., #101
Las Vegas, NV 89119

Phone 702-522-9192 Fax 702-546-5679

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION DE SALUD SOBRE USTED PUEDE SER USUADA Y DIVULGADA
Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.
POR FAVOR LEA CON CUIDADO.**

LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA EE.UU.

NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por federales y estatales aplicables para mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos sobre su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras está en efecto. Este aviso entra en vigor 01 de Marzo 2015, y permanecerá en efecto hasta que lo reemplace.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso eficaz para toda la información médica que mantenemos, incluyendo información de salud que hemos creado o recibido antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y hacer el anuncio disponibles bajo petición.

Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de las prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Nosotros usamos y divulgamos información sobre su salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

TRATAMIENTO:

Podemos usar o divulgar su información médica a un MÉDICO y otros tratos o profesional de la salud proporcionando.

PAGO:

Podemos utilizar y divulgar su información de salud a obtener, teóricamente, el pago por los servicios que proporcionamos.

OPERACIONES DE ATENCION MEDICA:

Podemos utilizar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Operaciones de atención médica incluyen evaluación de calidad y mejora a las actividades, revisando la competencia o cualificación de los profesionales de la salud, la evaluación del desempeño profesional y el proveedor, conductng programas de capacitación, acreditación, certificación, concesión de licencias o credenciales.

Su Autorización: Además de nuestro uso de su información médica para el tratamiento, operaciones de pago o la asistencia sanitaria, que nos puede dar autorización escrita para utilizar su Inforamación salud o para revelarla a cualquiera para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, ou puede revocar en escritura en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o revelación permitida por su autorización mientras estaba en vigor. A menos que usted nos da autorización por escrito, no podemos usar o revelar su información de salud por cualquier motivo, excepto los descritos en este aviso.

Para su familia y amigos: Tenemos que divulgar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente del presente anuncio. Podemos divulgar su nformación de salud a un familiar, amigo o persona toher a medida que sea necesario para ayudar con su atención médica o el pago de su atención médica, pero sólo si se acepta que podemos hacerlo.

Personas Involucradas en su Cuidado: Podemos usar o revelar información médica para notificar o asistir en la notificación de la (incluyendo la identificación o localización) de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su condición general o muerte. Si usted está presente, entonces antes de usar o divulgar su información médica, nosotros le proporcionaremos con una oportunidad para oponerse a tales usos o revelaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, revelaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional unicamente revelando información de salud que directamente relaciona con la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés en permitir a una persona a recoger sus recetas, suministros médicos, radiografías, o otras formas similares de información de salud.

Marketing de Servicios relacionados con la salud: Nosotros no usaremos su información de salud para las comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito.

Requerido por Ley: Podemos usar o divulgar su información médica cuando sea requerido para ello por la ley.

Abuso o negligencia: Podemos usar su información de salud a las autoridades apropiadas si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o la seguridad de los demás.

A Plus Dental Group
Dr. Leila Khossoosi DDS
Dr. Mohammad Khosousi DDS
2285 E. Flamingo Rd., #101
Las Vegas, NV 89119
Phone 702-522-9192 Fax 702-546-5679

Seguridad Nacional: Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a los federales autorizados la información de salud los funcionarios necesarios para la inteligencia legal, contraespionaje, y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a la institución correccional o al funcionario policial que tenga la custodia legal de la información de salud de un presidiario, o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, tarjetas postales, cartas o mensajes de texto).

DERECHOS DE LOS PACIENTES

Disponibilidad: Usted tiene el derecho de ver u obtener copias de nuestra información de salud, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a fotocopias. Usaremos el formato que usted solicita a menos que no factible puede hacerlo. (Usted debe hacer una solicitud de escritura para obtener acceso a su información médica. Usted puede obtener un formulario para solicitar el acceso mediante el uso de la información de contacto que aparece al final de este aviso. Le cobraremos una cuota razonable basada en el costo por gastos tales como copias y tiempo del personal. Usted también puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Si usted solicita copias, le cobraremos \$ 0.99 por cada página, \$ 50 por hora de tiempo del personal para copiar su información médica y gastos de envío si desea que las copias enviadas a usted. Si usted solicita un formato alternativo, se le cobrará una tarifa basada en el costo de proporcionar su información de salud en ese formato. Si prefer, vamos a preare un resumen o una explicación de su información médica por un cargo. Póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso para una explicación completa de nuestra estructura de honorarios.)

La divulgación de Contabilidad: Usted tiene el derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios de negocios divulgar su información de salud para propósitos distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica, y algunas otras actividades durante los últimos 6 años, pero no antes de abril 14, 2003. Si usted solicita esta lista más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable, basada en el costo para responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Usted tiene el derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales en nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia)

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por medios alternativos o a lugares alternativos. **{Usted debe hacer su solicitud en escritura.}** Su solicitud debe specify los medios alternativos o ubicación, y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo los pagos serán manejados bajo los medios alternativos o la ubicación que usted solicite.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud. (Su solicitud debe hacerse por escritura, y que éste debe explicar por qué la información debe ser enmendada.) Podemos negar su reuest bajo ciertas circunstancias.

Aviso electrónico: Si usted recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir este aviso por escrito.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, por favor ponte en contacto con nosotros.

Si le preocupa que pueda haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o que nos comunicaremos con usted por lugares alternativos, puede presentarnos una queja usando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito con EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar su queja con los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos a petición. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. Nosotros no tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Funcionario de Contacto: Kam Khossoosi

Telephone: 702-522-9192

Fax: 702-546-5679

Dirección: 2285 E. Flamingo Rd., #101 Las Vegas, NV 89119