

# Bienvenido

*Es un placer recibirlo(a) en nuestra oficina. Por favor tome unos minutos para llenar esta planilla lo mas completo posible. Si tiene alguna pregunta con mucho gusto se le ayudara. Gracias por escoger nuestra oficina.*

## Informacion del

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor, nombre del padre o guardian \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_ # SS del paciente \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ # de licencia \_\_\_\_\_

Lenguaje de preferencia \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Etnia \_\_\_\_\_

Persona responsable por el estado de cuenta \_\_\_\_\_

A quien le podemos agradecer por referirlo? \_\_\_\_\_

## Historia Dental

Razon por su visita de hoy \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultima visita al dentista? \_\_\_\_\_ Que se hizo? \_\_\_\_\_

Alguna vez se ha sacado un diente? \_\_\_\_\_ Alguna complicacion o sangramiento en exceso? \_\_\_\_\_

Son sensible sus dientes a lo caliente \_\_\_\_\_ frio \_\_\_\_\_ o dulce? \_\_\_\_\_

Con que frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_ Usa usted el hilo dental? \_\_\_\_\_

Usa usted enjuague bucal? \_\_\_\_\_ Si lo usa, cual? \_\_\_\_\_

Sangran sus encias? \_\_\_\_\_ Ha tenido alguna vez tratamiento en las encias? \_\_\_\_\_

Siente usted dolor en o alrededor de los oidos por las mananas? \_\_\_\_\_

Esta interesado en cosmetologia dental? \_\_\_\_\_

Continua al dorso

**Salud**

Nombre de su medico \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Cual es su estado de salud? Excelente \_\_\_\_\_ Bien \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Pobre \_\_\_\_\_

Se encuentra bajo el cuidado de un medico? \_\_\_\_\_ Por que condicion? \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna vez una enfermedad mayor, una operacion o ha ingresado en un hospital? \_\_\_\_\_  
Explique \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna reaccion a la anestesia general o local? \_\_\_\_\_

Es usted alergico a algun medicamento? \_\_\_\_\_ Si, cual? \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna vez hepatitis o problemas en el higado? \_\_\_\_\_

Tiene usted SIDA o el anticuerpo positivo del virus? \_\_\_\_\_

Tiene usted soplo u otro problema en el corazon? \_\_\_\_\_

Tiene usted la presion alta? \_\_\_\_\_ Esta controlada? \_\_\_\_\_

Tiene usted diabetes? \_\_\_\_\_ Tiene usted artritis? \_\_\_\_\_

( Mujeres ) Esta usted embarazada? \_\_\_\_\_ Si no, toma anticonseptivos? \_\_\_\_\_

Usted esta tomando algun medicamento? \_\_\_\_\_ Si, cual? \_\_\_\_\_

Comentarios  
Adicionales \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En mi conocimiento, la informacion anterior esta correcta y completa. Yo soy responsable por algun error u omision que haya tenido al llenar esta planilla.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## **AVISO DE PRÁCTICAS DE DISCRECIÓN RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE**

Nombre y Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Yo he recibido este Aviso de Practicas de Discreción de esta práctica médica escrita en lenguaje sencillo. El Aviso provee en detalle los usos y divulgaciones de mi información protegida de la salud que esta practica médica puede hacer, mis derechos individuales y las obligaciones legales de la práctica médica con respecto a mi información protegida de la salud. El aviso incluye:

- Una declaración donde se requiere por ley que esta practica médica mantenga la privacidad de información de la salud.
- Una declaración donde se requiere que esta practica médica cumpla con los términos del aviso actualmente en vigencia.
- Los tipos de usos y divulgaciones que se le permite a esta práctica médica hacer por cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pagos y operaciones del cuidado de la salud.
- Una descripción década uno de los otros propósitos por el cual se le permite y se requiere que esta práctica médica use o divulgue información protegida de la salud sin mis consentimientos por escrito o dicha autorización.
- Una descripción de los usos y divulgaciones que están prohibidas o materialmente limitadas por la ley.
- Una descripción de otros usos y divulgaciones que están prohibidas o materialmente limitadas por la ley.
- Una descripción de otros usos y divulgaciones que serán solamente hechas con mi autorización por escrito y a la cual puedo revocar.
- Mis derechos individuales con respecto a la información protegida de la salud y una breve descripción de cómo puedo ejercer estos derechos en relación con:

El derecho a quejarme a esta practica médica y a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos si yo creo que mis derechos de discreción han sido violados y que no se iniciara ninguna acción en mi contra en el caso de que se presentara dicha queja.

El derecho de solicitar restricciones relacionadas con algunos usos y revelaciones de mi información protegida de la salud, y que esta practica medica no necesita estar de acuerdo con el pedido de restricción.

El derecho de recibir comunicaciones confidenciales sobre la información protegida de la salud.

El derecho de inspeccionar y copiar la información protegida de la salud.

El derecho de recibir un informe de las divulgaciones de la información protegida de la salud.

El derecho de obtener una copia en papel del aviso de prácticas de discreción si se lo pidiese a esta práctica medica.

Esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos del aviso de prácticas de discreción que mantiene y de presentar nuevas estipulaciones vigentes para proteger la información sobre la salud. Yo comprendo que puedo obtener de esta práctica médica el actual aviso de prácticas de discreción si así lo solicitara.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación de parentezco con el paciente (en caso de que este firmado por un representante personal de el.

Paciente: \_\_\_\_\_

**Susana Lizaso, DDS**  
**4999 West 8<sup>th</sup> Avenue Suite 28**  
**Hialeah, FL 33012**

**Consentimiento del paciente para recibir mensajes por correo u telefonicos**

---

Apellido	Nombre	Inicial
----------	--------	---------

Tenemos permiso para:

Enviar una tarjeta anual de recordatorio de cita?	Si ___	No ___
Enviar resultados de pruebas a su casa?	Si ___	No ___

Dejar la siguiente informacion en su maquina contestadora:

Informacion de cita	Si ___	No ___
Informacion de cuentas	Si ___	No ___
Informacion medica	Si ___	No ___

Dejar la siguiente informacion en la maquina contestadora del trabajo:

Informacion de cita	Si ___	No ___
Informacion de cuentas	Si ___	No ___
Informacion medica	Si ___	No ___

Yo autorizo a que se comparta informacion de citas con

Nombre \_\_\_\_\_

Yo autorizo a que se comparta informacion medica incluyendo biopsias y resultados de laboratorio con

Nombre \_\_\_\_\_

Yo autorizo a que se comparta informacion de cuentas con

Nombre \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Susana Lizaso D.D.S.**  
4999 West 8th Ave Suite # 28  
Hialeah, Fl 33012

**Consentimiento para Tomar y publicar fotografías**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

En relación con los servicios dentales que estoy recibiendo con mi dentista, la Dra.Susana Lizaso, consiento que fotografías pueden ser tomadas de mí o de partes de mi boca, en las siguientes condiciones:

1. Las fotografías pueden ser tomadas con el consentimiento de mi dentista y en las condiciones y en las ocasiones que sean aprobadas por ella.
2. Las fotografías pueden ser tomadas por mi dentista o por un fotógrafo aprobado por mi dentista.
3. Las fotografías se utilizarán para mis registros dentales. A juicio de mi dentista, tales fotografías e información relacionada con mi caso podrian ser publicadas, ya sea por separado o en conjunto, en revistas profesionales o libros de medicina, o utilizadas para cualquier otro propósito que ella crea conveniente para beneficio de la educación dental, el conocimiento, la ciencia o la investigación dental; sin embargo, se entiende específicamente que en cualquier publicación o uso no será identificado(a) o nombrado(a).
4. Las fotografías antes mencionadas pueden ser modificadas o retocadas de cualquier forma que mi dentista, a su discreción, pueda considerar deseable.

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

Testigo: \_\_\_\_\_

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

## **Autorización y Acuerdos de Tratamiento Dental Beneficios del Seguro y Responsabilidad Financiera**

**Consentimiento para examinación:** Entiendo tratamiento dental por la Dra. Susana Lizaso podría ser necesario para el paciente. Entiendo que el examen o procedimientos se me explicarán y doy consentimiento para un examen completo o examen parcial. Entiendo que los resultados de los exámenes serán proporcionados con recomendaciones. La responsabilidad de seguimiento en cuanto a los resultados de análisis hechos en anomalías y tratamiento dental continuo, es mia y no de mi dentista. Yo libero mi dentista de toda responsabilidad en relación con este examen.

**Consentimiento para tratamiento:** Entiendo que el tratamiento dental por la Dra. Susana Lizaso es necesario para el paciente. Doy mi consentimiento y autorización para la administración de todos los tratamientos diagnósticos y terapias que se puedan considerar convenientes o necesarias a juicio de la dentista. Ningun personal de la oficina ha dado garantía en cuanto a los resultados que se puedan obtener por estos tratamientos.

**Asignación y liberación:** El abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura con los seguros dentales \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ y asigno directamente a la Dra. Susana Lizaso todos los beneficios del seguro, en su caso, de otro modo sería pagadero a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Por la presente autorizo a la doctora a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

1. El pago es debido en el momento del servicio. Aceptamos efectivo y tarjetas de crédito.
2. Todos los co-pagos, deducibles y servicios no cubiertos deben ser pagados en su totalidad en el momento del servicio.
3. Nuestra oficina presenta reclamaciones a su compañía de seguros como un servicio a usted. Es importante que usted sepa lo que cubre su plan de seguro. Los servicios no cubiertos por su seguro son su responsabilidad.
4. En caso de padres separados o divorciados, el padre que acompaña al niño a la visita es responsable de pagar por los servicios prestados, independientemente de los acuerdos de cobertura. Con mucho gusto le proporcionará con las declaraciones necesarias para el reembolso.
5. El médico está aquí para manejar su cuidado dental. Por favor, discutir los problemas de seguros y los acuerdos financieros con el personal de la recepción de la oficina.
6. Si usted está experimentando dificultades financieras por favor discutir esto con el personal de la oficina de negocios. Estaremos encantados de trabajar con usted para hacer arreglos de pago. Cuentas con balances pendientes de más de 90 días pueden ser referidas a una agencia de cobros.

He leído los Reconocimientos y Acuerdos anteriores y entiendo completamente lo mismo.

---

Nombre del paciente

Fecha

---

Testigo

Fecha