

Anna M. Munné, D.D.S., P.A.

Periodoncia • Implantes

Diplomada de la Academia Americana de Periodontología

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Fecha

Nombre del paciente

Estatura

Peso

Fecha de nacimiento

Edad

¿Fuma usted? Sí No ¿Alguna vez ha fumado? Sí No Dejó de fumar Cuando? _____

___ cigarrillos ___ pipa ___ mascar ___ cigarro ___ tabaco ¿Cuánto al día? _____

¿Consume Alcohol? Sí No ¿Cuanto? _____ día/semana

¿Drogas recreativas? Sí No Tipo _____ Frecuencia _____

¿Necesita pre-medicación antes de una cita con el dentista? Si No Utiliza los antibióticos? _____

Enfermedades actuales/pasadas

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Marcapasos del corazón | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Infarto cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Terapia de radiación | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las tiroides | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Prótesis de implantes | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Trastorno de la coagulación | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Dolores de pecho frecuentes | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Lupus eritematoso | <input type="checkbox"/> Ulceras-gastritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Infarto cerebral |
| <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Ronchas/erupciones de piel | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C |
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH+ | <input type="checkbox"/> Terapia de cortisona | <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Osteopenia | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Enfermedades en su familia _____

Medicamentos recetados

Medicamentos sin Receta

¿Alguna vez has tomado Fosamax, Actonel, or Boniva? Sí No ¿Cuándo empezaste? _____

¿Cuánto tiempo? _____ Fecha terminada _____

Último examen físico _____ Nombre del médico _____

Alergias a:

Alergias a medicamentos a prescripción _____

Alergias a medicamentos sin receta _____

Historia quirúrgica / fechas _____

Complicaciones de la anestesia general _____

SOLO PARA MUJERES

¿Está embarazada ahora? Sí No Trimestre 1 2 3

¿Toma hormonas/ Anticonceptivos? _____

¿Ha llegado a la menopausia? Sí No ¿Ha tenido una histerectomía? Sí No

¿Está anticipando el embarazo? Sí No ¿Está dando el pecho? Sí No

Dio a luz a _____ hijos, edades _____

¿Ha tenido alguna complicación durante el embarazo? _____

¿Experimenta las infecciones por levaduras con frecuencia? Sí No

¿Tiene usted alguna otra enfermedad, condición o problemas no mencionados anteriormente que Anna Munné, DDS, PA debe tener en cuenta antes de proceder con el tratamiento? _____

YO AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PRESENTADO ES CORRECTA.

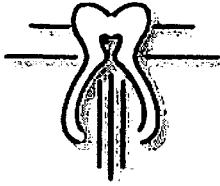
FIRMA

FECHA

X _____

X _____

X _____



Anna M. Munné, D.D.S., P.A.

Periodoncia • Implantes

Diplomada de la Academia Americana de Periodontología

HISTORIAL DENTAL DEL PACIENTE

Fecha

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Dentista/Medico/Pariente que lo refirió _____

Dentista General _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

Razón principal de su visita _____

¿Última limpieza dental? _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Por quién? _____

¿Último Raspado? _____ ¿Por quién? _____

Periodontitis diagnosticado, cuando? _____ ¿Por quien? _____

Cirugia periodontal, Area _____ ¿Cuando? _____

¿Por quien? _____

¿Implantes dentales? Donde? _____ ¿Cuando? _____

¿Por quien? _____

Injertos de Encia, Area _____ ¿Cuando? _____

¿Por quien? _____

¿Dientes extraidos, Donde? _____ ¿Cuando? _____

¿Por quien? _____

¿Tratamiento de Ortodoncia? Si No ¿Por cuanto tiempo? _____ ¿Por quien? _____

Experimenta: _____ Dolor de encia _____ Recesión de encía _____ Inflamación

_____ Mal aliento _____ Ulceras _____ Abceso _____ Sangrado

Experimenta sensibilidad a: _____ Presion _____ Caliente _____ Frio

_____ Cepillar _____ Dulce _____ Morder

¿Tiene algun diente mobil o flojo? _____ ¿Donde? _____

¿Es usted consciente de que rechina o aprieta los dientes? _____

¿Usa una férula bucal? Dura Blanda

¿Su mandíbula presenta ruidos? Si No ¿Son dolorosos? Si No

¿Tiene dolores de oído? Si No

¿Tratamiento de ATM (articulación temporomandibular)? _____ ¿Por quien? _____

¿Que piensa usted sobre las dentaduras? _____

Cuidado de la Salud Oral

¿Cuántas veces al día se cepilla? 1 2 3 4

¿En que parte del día? Mañana Mediodía Noche Antes de acostarse

Tipo de cepillo de dientes De mano Electrico

¿Cuántas veces al día usa el hilo dental? 0 1 2 3

¿En que parte del día? Mañana Mediodía Noche Antes de acostarse

Fluoruros _____ Enjuague bucal _____ Otro _____

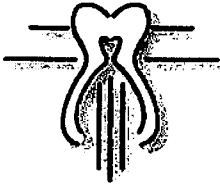
YO AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PRESENTADO ES CORRECTA.

FIRMA

FECHA

ESCRIBA SU NOMBRE

PADRE/ GUADIAN LEGAL



Anna M. Munné, D.D.S., P.A.

Periodoncia • Implantes

Diplomada de la Academia Americana de Periodontología

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE

PRIMER NOMBRE

SN

APELLIDO

APODO

DOMICILIO

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

**POR FAVOR CIRCULE
EL N° DE TELÉFONO
DE DIA**

TELÉFONO DE CASA

CELULAR

TRABAJO

() _____

() _____

() _____

CORREO ELECTRONICO

FECHA DE
NACIMIENTO

EDAD

SEXO

ESTADO CIVIL

_____ / ____ / _____

S C D V

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

NÚMERO DE LICENCIA

OCUPACIÓN

COMPañIA DE EMPLEO

DIRECCIÓN

NOMBRE DE ESPOSO/A O PARIENTE
(CONTACTO DE EMERGENCIA)

NÚMERO DE TELÉFONO

_____ () _____

RESPONSABLE DE LA CUENTA

PRIMER NOMBRE

APELLIDO

RELACIÓN CON EL PACIENTE

DOMICILIO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

COMPañIA DE EMPLEO

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

NOMBRE DEL ASEGURADO

Nº DE IDENTIFICACION
DE ASEGURANZA

FECHA DE NACIMIENTO

COMPañÍA ASEGURADORA

Nº DE GRUPO

Nº DE IDENTIFICACION

NÚMERO TELEFONICO
DE ASEGURANZA

RELACIÓN CON EL ASEGURADO

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

NOMBRE DEL ASEGURADO

Nº DE SEGURO SOCIAL

Nº DE IDENTIFICACION
DEL SUScriptor

COMPañÍA ASEGURADORA

Nº DE GRUPO

NÚMERO DE TELÉFONO
Y NOMBRE

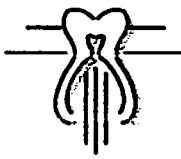
YO AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PRESENTADO ES CORRECTA.

FIRMA

FECHA

ESCRIBA SU NOMBRE

PADRE/ GUADIAN LEGAL



Anna M. Munné, D.D.S., P.A.

Periodoncia • Implantes

ACUERDO DE NORMAS DE FINANZAS

Nos comprometemos a proveerle el mejor cuidado posible. Si usted tiene seguro médico o dental, ayudaremos a que recibá los máximos beneficios permitidos. Con el fin de lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y colaboración con nuestras normas.

El pago de los servicios se realizará en el momento en que se prestan los servicios a menos que arreglos de pago hayan sido aprobados previamente por nuestro personal. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito, Discover, Visa, Master Card y American Express. Es un placer poderle ayudar a procesar su formulario de reclamo de seguros para su reembolso. Al programar una cita con nuestra oficina se requiere un aviso de cancelación 48 horas antes de su cita. De lo contrario, habrá un cargo por cita perdida de \$100.00 aplicado a su cuenta. Citas de tratamiento requieren un aviso de 1 semana y tienen una cuota de cancelación del 20% del total del costo del tratamiento. Además, los cheques devueltos tienen un cargo de \$35.00. Los saldos de más de 30 días están sujetos a los derechos de cobro adicionales.

Estaremos encantados de hablar del tratamiento propuesto y contestar cualquier pregunta relacionada con su seguro.

DEBE DARSE CUENTA QUE:

- Su seguro es un contrato entre usted, su compañía de empleo y la compañía de seguros.

NO SOMOS PARTE DE ESE CONTRATO.

- Usted es responsable de todos los cargos incurridos. No todos los servicios son un beneficio cubierto en todos los contratos. Algunas compañías de seguros arbitrariamente seleccionan ciertos servicios que no cubren.

**DEBEMOS DESTACAR QUE COMO PROVEEDOR MEDICO,
NUESTRA RELACIÓN**

ES CON USTED, NO SU COMPAÑIA DE SEGUROS.

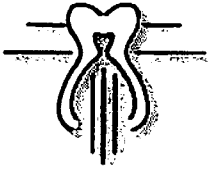
Aunque la presentación de reclamaciones de seguros es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha en que los servicios son prestados. Nos damos cuenta de que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago puntual de su cuenta. Si surgen estos problemas, le recomendamos que contacto a nuestra oficina con prontitud para asistencia en el manejo de su cuenta.

Si tiene alguna pregunta sobre esta información, le sugerimos que nos haga preguntas. Por favor, no dude en preguntarnos por cualquier motivo. Estamos aquí para ayudarlo!

Firma del paciente

Firma del Padre o Guardián

Fecha



Anna M. Munné, D.D.S., P.A.

Periodoncia • Implantes

**TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL A SU
COMPañÍA DE SEGUROS**

Fecha _____

Para poder presentar documentación a su compañía de seguros, debemos tener su tarjeta de seguro vigente el día de su visita. Su compañía de seguros no acepta documentación sin una tarjeta de seguros. Si usted no tiene su tarjeta, usted recibirá un recibo detallado que puede presentar para reclamación de beneficios usted mismo. Si la tarjeta que usted presenta no está actualizada o no contiene la información correcta, usted será responsable de la presentación de documentos a su seguro para reclamar reembolso de gastos. Nosotros no podremos presentar su solicitud de reembolso de nuevo más tarde.

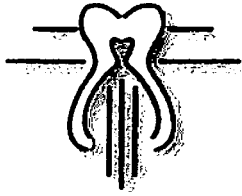
Yo, _____, autorizo Anna M. Munné, DDS, PA, a transferir información confidencial sobre mi historial médico y dental a mi compañía de seguros con el fin de obtener el reembolso parcial de mis beneficios de seguro.

Escriba el Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Padre o Guardián

Testigo



Anna M. Munné, D.D.S., P.A.

Notificación de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION ACERCA DE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.
POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.
LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACION DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Nuestro Deber por Ley en la oficina de Anna M. Munné, D.D.S., P.A.

La ley federal y estatal nos requiere que mantengamos la privacidad de su información de salud. También se nos requiere que le demos este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos en lo que concierne a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de seguridad descritas en este Aviso mientras esté en vigor. Este aviso entra en vigor el 07/29/2009, y estará vigente hasta que lo replacemos.

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 que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso sean aplicables a toda la información de salud que mantengamos, incluyendo la información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y tendremos el nuevo Aviso disponible para el que lo solicite.

Ud. Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para mayor información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, sírvase comunicarse con nosotros utilizando la información al final de este Aviso.

Usos Y Formas De Revelar La Informacion De Salud

Usamos y revelamos su información de salud para el tratamiento, el pago y las operaciones de los cuidados de salud. Por ejemplo:

Treatmento: Podemos usar o revelar su información de salud a un medico u otro proveedor de servicios de salud que le este brindando tratamiento a usted.

Pagos: Podemos usar o revelar su información de salud para obtener pago por los servicios que nosotros le proveemos a usted. También podemos revelar su información de salud a otro proveedor de atención médica o entidad que está sujeta a las leyes federales de privacidad para sus actividades de pago.

Operaciones de los Cuidados de Salud: Podemos usar y revelar su información de salud en lo que se relaciona con nuestras operaciones de cuidados de salud. Las operaciones de cuidados de salud incluyen las actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad, la revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de cuidados de salud, la evaluación del rendimiento de los dentistas y proveedores, presentación de programas de formación, o las actividades para la acreditación, certificación, concesión de licencias y credenciales. Podemos revelar su información de salud a otro proveedor de atención de la salud o de la organización que está sujeto a las leyes federales de privacidad y que tiene una relación con usted para apoyar algunas de sus operaciones de atención médica. Podemos revelar su información para ayudar a estas organizaciones llevar a cabo actividades de evaluación de la calidad y de mejora, revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud, o detectar y prevenir el fraude de atención médica y el abuso.

Su Autorización: Además de usar su información de salud para tratamiento, el pago y las operaciones de los cuidados de salud, usted puede darnos su autorización por escrito para usar su información de salud o para revelarla a cualquiera para cualquier propósito. Si Ud. Nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectara ningún uso o revelación permitida mientras la autorización estuvo vigente. A menos que nos de su autorización por escrito, no podemos ni usar ni revelar su información de salud por ninguna razón excepto aquellas descritas en este Aviso.

Su Familia y Sus Amigos: Podemos revelar su información médica a un familiar, amigo u otra persona hasta el grado necesario para ayudar con su cuidado de salud o con el pago de su atención médica. Antes de divulgar su información de salud a estas personas, nosotros le proporcionaremos la oportunidad de objetar el uso o divulgación. Si usted no está presente, o en caso de incapacidad o una emergencia, nosotros revelamos su información médica basada en nuestra opinión profesional sobre si la divulgación sería en su mejor interés. Podemos usar nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir a una persona a recoger sus recetas, suministros médicos, radiografías, u otras formas similares de información de salud. Podemos usar o divulgar información sobre usted para notificar o ayudar a notificar a una persona involucrada en su cuidado, de su ubicación y condición general.

Recordatorio de las citas: Podemos usar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes en el buzón de voz, tarjetas postales, cartas o mensajes de correo electrónico).

Mercadeo de Servicios Relacionados a la Salud: No usaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización escrita.

Ayuda para Desastres: Podemos usar o revelar su información de salud a una entidad pública o privada autorizada por ley o por sus estatutos para ayudar en los esfuerzos de alivio de desastres.

Beneficio Público: Podemos usar o divulgar su información médica según lo autorizado por la ley para los siguientes fines que se consideran de interés público o beneficio:

- como exige la ley;
- para actividades de salud pública, incluyendo la enfermedad y la notificación simple estadística, reporte de abuso infantil, supervisión de la FDA, y para los empleadores con respecto a la enfermedad relacionada con el trabajo o lesiones;
- reportar el abuso de adultos, negligencia o violencia doméstica;
- a las agencias de supervisión de la salud;
- en respuesta a órdenes judiciales y administrativas y otros procesos legales;
- a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con arreglo a las citaciones y otros procesos legales, en relación con las víctimas de delitos, muertes sospechosas, delitos en nuestras instalaciones, la denuncia de delitos en situaciones de emergencia, y para los propósitos de identificar o localizar a un sospechoso u otra persona;
- a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias;
- a de una organización de obtención de órganos;
- para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad;
- en relación con determinadas actividades de investigación;
- a los militares ya los funcionarios federales para la inteligencia legal, contrainteligencia y seguridad nacional;
- a instituciones correccionales respecto a los internos, y
- según lo autorizado por las leyes de compensación al trabajador estatal.

Derechos de los Pacientes

Acceso: Usted tiene derecho a mirar o obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a fotocopias. Usaremos el formato que usted solicite a menos que no sea factible. (Debe someter una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Puede obtener un formulario para solicitar acceso usando la información de contacto que aparece al fin de este Aviso. Le cobraremos una cantidad razonable basada en el costo de los gastos tales como las copias y el tiempo del personal. Puede también solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al fin de este Aviso. Si solicita copias, se puede aplicar una tarifa por el tiempo que el personal necesite para copiar su información de salud, y el franqueo si quiere que se le envíen las copias por correo. Si solicita un formato diferente, le cobraremos una cantidad basada en el costo de proporcionarle la información en ese formato. Si lo prefiere, le prepararemos, por una cantidad, un resumen o una explicación de su información de salud. Comuníquese con nosotros usando la información listada al final de este Aviso para obtener una explicación completa de nuestros honorarios).

Auditoria de las Revelaciones: Tiene derecho a recibir una lista de los casos en que su información de salud revelada por nosotros o por nuestros asociados para otros propósitos que no fueron para el tratamiento, el pago, las operaciones de los cuidados de salud y ciertas otras actividades durante los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril del 2003. Si Ud. solicita esta auditoria más de una vez en un periodo de 12 meses, le podemos cobrar una cantidad razonable basada en el costo de responder a estas solicitudes adicionales.

Restricciones: Tiene derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o revelación de su información de salud. No se no requiere que aceptemos estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicación Alternativa: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por métodos alternativos o a lugares alternativos. (Debe hacer su solicitud por escrito). Su solicitud debe especificar el método o lugar alternativo, y proveer una explicación satisfactoria de cómo se harán los pagos bajo el método o en el lugar alternativo que haya solicitado.

Enmiendas: Tiene derecho a solicitar que enmendemos su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar porque la información debe ser enmendada). Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Preguntas y Quejas

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso.

Si usted cree que:

- hemos violado sus derechos de privacidad,
- hemos tomado una decisión sobre el acceso a su información de salud de manera incorrecta,
- nuestra respuesta a la petición que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud es incorrecta, o
- debemos comunicarnos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede comunicarse con nosotros usando la información que aparece a continuación. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU..

Nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. sobre petición.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU..

Otras quejas se pueden dirigir a la Junta Estatal de Examinadores Dentales de Texas en www.tsbde.state.tx.us o llame al 512-463-6400.

Información de Contacto:

Anna M. Munné, D.D.S., P.A.

ACUSO DE RECIBO DE AVISO DE MANTENIMIENTO DE PRIVACIDAD

**** Usted Tiene el Derecho de No Firmar Este Documento ****

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de
Mantenimiento de Privacidad de esta oficina.

(Escriba su nombre)

(Firma)

(Fecha)

Sólo Para Uso Oficial

Se intentó obtener acuso de recibo por escrito de nuestro aviso de mantenimiento de
privacidad, pero el reconocimiento no se pudo obtener debido a que:

- El Individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibieron poder obtener el acuso
- Una situación de emergencia prohibió que se consiguiera el acuso.
- Otra Razón (Por favor Especificar)

© 2002 American Dental Association
All Rights Reserved

Reproduction and use of this form by dentist and their staff is permitted. Any other use, duplication or
distribution of this form by any other party requires the prior written approval of the American Dental
Association.

This form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002)