

**PATIENT REGISTRATION**

ID: \_\_\_\_\_ Chart ID: \_\_\_\_\_

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_

Patient Is:  Policy Holder Preferred Name: \_\_\_\_\_  
 Responsible Party

Responsible Party (if someone other than the patient)

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Cellular: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_ Soc Sec: \_\_\_\_\_ Drivers Lic: \_\_\_\_\_

Responsible Party is also a Policy Holder for Patient  Primary Insurance Policy Holder  Secondary Insurance Policy Holder

Patient Information

Address: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State / Zip: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Cellular: \_\_\_\_\_

Sex:  Male  Female Marital Status:  Married  Single  Divorced  Separated  Widowed

Birth Date: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Soc. Sec: \_\_\_\_\_ Drivers Lic: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_  I would like to receive correspondences via e-mail.

Section 2

Section 3

Employment Status:  Full Time  Part Time  Retired

Student Status:  Full Time  Part Time

Medicaid ID: \_\_\_\_\_ Pref. Dentist: \_\_\_\_\_

Employer ID: \_\_\_\_\_ Pref. Pharmacy: \_\_\_\_\_

Carrier ID: \_\_\_\_\_ Pref. Hyg.: \_\_\_\_\_

Additional Comments:

Primary Insurance Information

Name of Insured: \_\_\_\_\_ Relationship to Insured:  Self  Spouse  Child  Other

Insured Soc. Sec: \_\_\_\_\_ Insured Birth Date: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Ins. Company: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Address 2: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_ City, State, Zip: \_\_\_\_\_

Rem. Benefits: \_\_\_\_\_ .00 Rem. Deduct: \_\_\_\_\_ .00

Secondary Insurance Information

Name of Insured: \_\_\_\_\_ Relationship to Insured:  Self  Spouse  Child  Other

Insured Soc. Sec: \_\_\_\_\_ Insured Birth Date: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Ins. Company: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Address 2: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_ City, State, Zip: \_\_\_\_\_

Rem. Benefits: \_\_\_\_\_ .00 Rem. Deduct: \_\_\_\_\_ .00

## MEDICAL HISTORY

PATIENT NAME \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_

Although dental personnel primarily treat the area in and around your mouth, your mouth is a part of your entire body. Health problems that you may have, or medication that you may be taking, could have an important interrelationship with the dentistry you will receive. Thank you for answering the following questions.

- Are you under a physician's care now?  Yes  No If yes, please explain: \_\_\_\_\_
- Have you ever been hospitalized or had a major operation?  Yes  No If yes, please explain: \_\_\_\_\_
- Have you ever had a serious head or neck injury?  Yes  No If yes, please explain: \_\_\_\_\_
- Are you taking any medications, pills, or drugs?  Yes  No If yes, please explain: \_\_\_\_\_
- Do you take, or have you taken, Phen-Fen or Redux?  Yes  No \_\_\_\_\_
- Have you ever taken Fosamax, Boniva, Actonel or any other medications containing bisphosphonates?  Yes  No \_\_\_\_\_
- Are you on a special diet?  Yes  No
- Do you use tobacco?  Yes  No
- Do you use controlled substances?  Yes  No

Women: Are you \_\_\_\_\_

Pregnant/Trying to get pregnant?  Yes  No Taking oral contraceptives?  Yes  No Nursing?  Yes  No

Are you allergic to any of the following?

- Aspirin  Penicillin  Codeine  Local Anesthetics  Acrylic  Metal  Latex  Sulfa drugs
- Other If yes, please explain: \_\_\_\_\_

Do you have, or have you had, any of the following?

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| AIDS/HIV Positive <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No         | Cortisone Medicine <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No        | Hemophilia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            | Radiation Treatments <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No       |
| Alzheimer's Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No       | Diabetes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                  | Hepatitis A <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No           | Recent Weight Loss <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No         |
| Anaphylaxis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No               | Drug Addiction <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            | Hepatitis B or C <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No      | Renal Dialysis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No             |
| Anemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                    | Easily Winded <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No             | Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                | Rheumatic Fever <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            |
| Angina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                    | Emphysema <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                 | High Blood Pressure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No   | Rheumatism <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                 |
| Arthritis/Gout <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            | Epilepsy or Seizures <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No      | High Cholesterol <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No      | Scarlet Fever <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No              |
| Artificial Heart Valve <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No    | Excessive Bleeding <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No        | Hives or Rash <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No         | Shingles <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                   |
| Artificial Joint <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No          | Excessive Thirst <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No          | Hypoglycemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No          | Sickle Cell Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No        |
| Asthma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                    | Fainting Spells/Dizziness <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Irregular Heartbeat <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No   | Sinus Trouble <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No              |
| Blood Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No             | Frequent Cough <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            | Kidney Problems <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No       | Spina Bifida <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No               |
| Blood Transfusion <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No         | Frequent Diarrhea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No         | Leukemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No              | Stomach/Intestinal Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Breathing Problem <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No         | Frequent Headaches <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No        | Liver Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No         | Stroke <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                     |
| Bruise Easily <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No             | Genital Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            | Low Blood Pressure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No    | Swelling of Limbs <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No          |
| Cancer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                    | Glaucoma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                  | Lung Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No          | Thyroid Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            |
| Chemotherapy <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No              | Hay Fever <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                 | Mitral Valve Prolapse <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tonsillitis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                |
| Chest Pains <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No               | Heart Attack/Failure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No      | Osteoporosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No          | Tuberculosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No               |
| Cold Sores/Fever Blisters <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Murmur <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No              | Pain in Jaw Joints <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No    | Tumors or Growths <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No          |
| Congenital Heart Disorder <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Pacemaker <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No           | Parathyroid Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No   | Ulcers <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                     |
| Convulsions <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No               | Heart Trouble/Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No     | Psychiatric Care <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No      | Venereal Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No           |
|  |  |  | Yellow Jaundice <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            |

Have you ever had any serious illness not listed above?  Yes  No

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my (or patient's) health. It is my responsibility to inform the dental office of any changes in medical status.

SIGNATURE OF PATIENT, PARENT, or GUARDIAN \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

# HIPAA Compliance Patient Consent Form

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use or disclose protected health information.

The notice contains a patient's rights section describing your rights under the law. You ascertain that by your signature that you have reviewed our notice before signing this consent.

The terms of the notice may change, if so, you will be notified at your next visit to update your signature/date.

You have the right to restrict how your protected health information is used and disclosed for treatment, payment or healthcare operations. We are not required to agree with this restriction, but if we do, we shall honor this agreement. The HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) law allows for the use of the information for treatment, payment, or health operations.

By signing this form, you consent to our use and disclosure of your protected healthcare information and potentially anonymous usage in publication. You have the right to revoke this consent in writing, signed by you. However, such a revocation will not be retroactive.

By signing this form, I understand that:

- Protected health information may be disclosed or used for treatment, payment, or health operations.
- The practice reserves the right to change the privacy policy as allowed by law.
- The practice has the right to restrict the use of the information but the practice does not have to agree to those restrictions.
- The patient has the right to revoke this consent in writing at any time and all full disclosures will then cease.
- The practice may condition receipt of treatment upon execution of this consent.

May we phone, email, or send a text to you to confirm appointments?      YES      NO

May we leave a message on your home phone or on your cell phone?      YES      NO

May we discuss your medical condition with any member of your family?      YES      NO

If YES, please name the members allowed:

---

This consent was signed by \_\_\_\_\_  
(PRINT NAME PLEASE)

Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Patient Responsibility And Consent Agreement**

I hereby authorize and request the performance of necessary dental services for myself, \_\_\_\_\_, and/or for the dependents listed:  
name(s): \_\_\_\_\_

I understand and acknowledge that I am financially responsible for the services provided for myself and/or the above named, regardless of insurance coverage.

If unable to keep your appointment, please call the office within 24 hours of your appointment time. If you miss your appointment or cancel without 24 hours notice, you will be charged a \$25 fee. It is very important to arrive on time. Please call us if you know that you will be running late. If you are more than 10 minutes late, we may need to reschedule your appointment.

Children 17 years of age and under require the presence of a parent or legal guardian before any treatment is performed.

I have read, understand, and agree to the provisions of the Patient Responsibility And Consent Agreement.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Important Information Regarding Insurance**

We will file insurance claims and pre-estimates as a courtesy for our patients. However, please be aware that your insurance is a contract between you, your employer, and the insurance carrier. We are not a party to that contract.

\_\_\_\_\_ (Initials)

Not all services are a covered benefit in all contracts. Some insurance companies/employers arbitrarily select certain services they will not cover. Our office is not responsible for monitoring each contract limitation.

\_\_\_\_\_ (Initials)

Any information our office gives you regarding your insurance coverage is an estimate. We make these estimates based on the information made available to us by the insurance company. We are not responsible for any decisions regarding payments that the insurance carrier makes. We will do our best to accurately maximize your benefits, however you are responsible for any amount not covered by your insurance plan. Your estimated co-payment and/or deductible will be due at the time of service.

\_\_\_\_\_ (Initials)

**Insurance Assignment And Release**

I, the undersigned certify that I (or my dependent) have insurance coverage through \_\_\_\_\_ and assign directly to Sunrise Dental all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for service rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance, I hereby authorize the doctor to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## REGISTRO DE PACIENTE

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre Preferido: \_\_\_\_\_  
Paciente Es:  Titular de la Poliza  
 Persona Responsable

*Persona responsable (si es alguien mas que el paciente):*

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Domicilio 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_  
Numero de Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
Numero de Celular: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Numero de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_  
 Persona Responsable Tambien es Titular de la Poliza  
 Titular de la Poliza de Seguro Principal  
 Titular de la Poliza de Seguro Secundario

*Informacion de Paciente:*

Domicilio: \_\_\_\_\_ Domicilio 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_  
Numero de Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
Numero de Celular: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Masculino  Mujer Estado Civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Separado  Viudo  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Numero de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  Quiero recibir correspondencias por correo electrónico

*Sección 2:*

Estado de Empleo:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Retirado  
Estado de Estudiante:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  
ID de Medicaid: \_\_\_\_\_ Dentista Pref: \_\_\_\_\_  
ID de Empleador: \_\_\_\_\_ Farmacia Pref: \_\_\_\_\_  
ID del Operador: \_\_\_\_\_ Higienista Pref: \_\_\_\_\_

*Sección 3:*

Comentarios Adicionales:

*Información del Seguro Principal:*

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el Asegurado:  Uno Mismo  Esposo  Hijo  Otro  
Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Compania de Seguro: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Domicilio 2: \_\_\_\_\_ Domicilio 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Zona Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Zona Postal: \_\_\_\_\_

*Información del Seguro Secundario:*

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el Asegurado:  Uno Mismo  Esposo  Hijo  Otro  
Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Compania de Seguro: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Domicilio 2: \_\_\_\_\_ Domicilio 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Zona Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Zona Postal: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICAL

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Aunque los profesionales dentales trata principalmente la área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante interrelación con la odontología que recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está bajo el cuidado de un médico ahora?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Si es así, explique: _____
¿Ha estado hospitalizado o ha tenido una cirugía grande?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Si es así, explique: _____
¿Ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Si es así, explique: _____
¿Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Si es así, explique: _____
¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	_____
¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	_____
¿Está en una dieta especial?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	_____
¿Usa tabaco?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
¿Usa sustancias controladas?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	

Mujeres: Está...  Embarazada/tratando de quedar embarazada  Tomando anticonceptivos orales  Amamantando

¿Es alérgico a cualquiera de los siguientes?

Apririna     Penicilina     Codeína     Anestésicos locales     Acrílica     Metal     Látex

Sulfonamidas     Otra    Si es así, explique \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

SIDA/HIV	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Medicina cortisona	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Hemofilia	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Tratamiento de radiación	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Alzheimer	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Diabetes	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Hepatitis A	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Pérdida de peso reciente	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Anafilaxia	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Drogadicción	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Hepatitis B or C	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Diálisis renal	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Anemia	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Fácilmente sinuoso	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Herpes	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Fiebre reumática	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Angina de pecho	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Enfisema	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Alta presión sanguínea	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Reumatismo	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Artritis / Gota	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Epilepsia	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Colesterol alto	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Escarlatina	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Válvula cardíaca artificial	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Sangrado excesivo	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Urticaria o sarpullidos	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Shingles	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Articulación artificial	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Sed excesiva	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Hipoglucemia	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Enfermedad célula falciforme	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Asma	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Desmayos / mareos	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Latido de corazón irregular	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Problemas senos nasales	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Enfermedad de la sangre	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Tos frecuente	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Problemas de riñones	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Espina bífida	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Transfusión de sangre	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Diarrea frecuente	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Leucemia	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Enfermedad estomacal	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Problemas respiratorios	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Dolores de cabeza	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Enfermedad del hígado	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Derrame cerebral	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Fácilmente abollado	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Herpes genitales	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Baja presión sanguínea	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Hinchazón de extremidades	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Cancer	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Glaucoma	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Enfermedad pulmonar	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Enfermedad de tiroides	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Quimioterapia	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Fiebre del heno	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Prolapso de válvula mitral	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Amigdalitis	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Dolor en el pecho	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Ataque cardíaca	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Osteoporosis	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Tuberculosis	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Ampollas labiales	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Soplo cardíaco	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Dolor de la mandíbula	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Tumores o crecimientos	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Trastorno cardíaco congénito	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Marcapasos cardíaco	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Enfermedad paratiroide	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Úlceras	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
Convulsiones	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Problemas de corazón	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Atención psiquiátrica	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N	Enfermedad venérea	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N
									Ictericia	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionado arriba?  Si  No

Comentarios: \_\_\_\_\_

A mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar la oficina de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Formulario de Consentimiento Paciente Cumplimiento HIPAA

Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar o compartir información de salud protegida.

El aviso contiene la sección de derechos de un paciente que describe sus derechos bajo la ley. Comprobar que por su firma que han revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Pueden cambiar los términos de la notificación, si así, se le notificará en su próxima visita para actualizar la fecha de firma.

Usted tiene el derecho de limitar cómo su información de salud protegida es utilizada y divulgada para tratamiento, pago o cuidado de la salud operaciones. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, debemos honrar este acuerdo. La HIPAA (Health Portabilidad del seguro y Accountability Act de 1996) ley permite el uso de la información para tratamiento, pago, o operaciones de cuidado de la salud.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida y potencialmente anónimo uso en una publicación. Usted tiene el derecho a revocar este consentimiento en escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será ser retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- Información de salud protegida puede ser revelada o utilizada para tratamiento, pago o operaciones de cuidado de la salud.
- La práctica reserva el derecho a modificar la política de privacidad según lo permitido por la ley.
- La práctica tiene el derecho a restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo a los restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces dejará de todas las declaraciones completas.
- La práctica podrá condicionar la recepción de tratamiento sobre la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos habar por teléfono, correo electrónico o enviar un texto para confirmar citas?    **SÍ**    **NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador en casa o en su teléfono celular?    **SÍ**    **NO**

¿Podemos discutir su condición médica con cualquier miembro de su familia?    **SÍ**    **NO**

En caso afirmativo, por favor nombre a los miembros permitidos:

---

Este consentimiento fue firmado por: \_\_\_\_\_  
(ESCRIBA EL NOMBRE POR FAVOR)

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

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

## Acuerdo de Responsabilidad y Consentimiento de Paciente

Autorizo solicitar la prestación de servicios dentales necesarios para mí, \_\_\_\_\_,  
o para los dependientes nombrados: \_\_\_\_\_

Entiendo y reconozco que soy financieramente responsable por los servicios prestados por mí o nombre de lo anterior, independientemente de la cobertura de seguro.

Si no puede acudir a su cita, por favor llame a la oficina 24 horas antes de su cita. Si usted pierde su cita o cancela sin previo aviso de la hora, se le cobrará una tarifa de \$25 de recargo. Es muy importante llegar a tiempo. Por favor llámenos si usted sabe que va a llegar tarde. Si tiene más de 10 minutos de retraso puede que necesitemos que cambiar su cita.

Niños de 17 años de edad o menores requieren la presencia de un padre o tutor legal antes de cualquier tratamiento.

He leído, entendido y de acuerdo con las disposiciones de consentimiento, y responsabilidad del paciente

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

### Información Importante Sobre Seguros

Mandamos reclamaciones de servicios a los seguros y estimamos como una cortesía para nuestros pacientes. Sin embargo, tenga en cuenta que su seguro es un contrato entre usted, sus empleados y la compañía de seguros. No somos parte de ese contrato.

\_\_\_\_\_ (Iniciales)

No todos los servicios son beneficios cubiertos en todos los contratos. Algunas empresas de seguros seleccionan ciertos servicios que no cubren. Nuestra oficina no es responsable de supervisar cada limitación de contrato.

\_\_\_\_\_ (Iniciales)

Cualquier información que nuestra oficina le de con respecto a su cobertura de seguro es un estimado. Hacemos estas estimaciones basadas en la información proporcionada a nosotros por la compañía de seguros. No somos responsables por cualquier decisión con respecto a los pagos que hace la compañía de seguros. Haremos nuestro mejor esfuerzo para exactamente maximizar sus beneficios, sin embargo usted es responsable de cualquier tratamiento no cubierto por su plan de seguro. Su estimación, Co-pago o deducible sera debido al tiempo de servicio.

\_\_\_\_\_ (Iniciales)

### Liberación y cesión de seguros

Yo, el firmante certifico que, (o mi dependiente) tiene un seguro a través de \_\_\_\_\_ y asigna directamente a Sunrise Dental beneficios del seguro, si, lo contrario pagar por mis servicios. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no pagado por el seguro. Autorizo al médico para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios, autorizo el uso si esta firma en presentación seguros todos.

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