



# Registración del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Segunda Inicial: \_\_\_\_\_

Persona Responsable (si es alguien más aparte del paciente)

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Segunda Inicial: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono:

Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ (EXT): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número de Licencia de Manejar: \_\_\_\_\_

La persona responsable es la persona primaria del seguro  Titular del seguro primario  Titular del seguro secundario

## Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Segunda Inicial: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de:

Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número de Licencia de Manejar: \_\_\_\_\_

Sexo  Hombre  Mujer Estado Civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Separado  Viudo

Me gustaría recibir emails de River Rock. Mi email es: \_\_\_\_\_

Estado de Empleo:  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Jubilado

Estatus Estudiantil:  Tiempo Completo  Medio Tiempo

Número de Identificación de su Póliza: \_\_\_\_\_

Dentista Preferido: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Quién lo/a Refirió con Nosotros?: \_\_\_\_\_

## Información de la Póliza

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Relación del Paciente con el Asegurado:  Yo Mismo  Esposo/a  Hijo/a  Otro

Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_

Nombre de la Póliza: \_\_\_\_\_



# Historial Médico

Aunque el personal dental tratan principalmente el área y en los alrededores de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted va a recibir. Gracias por responder las siguientes preguntas.

- ¿Está ahorita bajo el cuidado de un médico?  Sí  No En caso afirmado, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía mayor?  Sí  No En caso afirmado, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o en el cuello?  Sí  No En caso afirmado, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Está tomado algún medicamento, pastillas, o Drogas?  Sí  No En caso afirmado, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Está tomado o ha tomado Phen-Fen o Redux?  Sí  No \_\_\_\_\_
- ¿Ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel u otros medicamentos que contienen bifosfonatos? (medicamentos para prevenir osteoporosis)  Sí  No \_\_\_\_\_
- ¿Está en una dieta especial?  Sí  No
- ¿Usa tabaco?  Sí  No
- ¿Usa sustancias controladas?  Sí  No

Mujeres: Está

embarazada/tratando de quedar embarazada?  Sí  No tomando anticonceptivos?  Sí  No lactando?  Sí  No

¿Es alérgico/a a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina  Penicilina  Codeína  Anestésicos Locales  Acrílico  Metal  Látex  Sulfamidas
- ¿Otras? En caso de otras, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

- |                                 |   |                                    |   |                            |   |                                   |   |
|---------------------------------|---|------------------------------------|---|----------------------------|---|-----------------------------------|---|
| Sida/VIH positivo               | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Cortisona                          | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hemofilia                  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Radiaciones                       | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Diabetes                           | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hepatitis A                | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Reciente Pérdida de Peso          | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Anafilaxia                      | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Adicción a las drogas              | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hepatitis B o C            | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Diálisis Renal                    | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Anemia                          | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Perdida Respiratoria               | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Herpes                     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Fiebre Reumática                  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Angina                          | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfisema                           | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Presión Alta               | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Reumatismo                        | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Artritis/Gota                   | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Epilepsia o Convulsiones           | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Colesterol Alto            | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Escarlatina                       | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Válvula de Corazón Artificial   | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Sangrado Excesivo                  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Ronchas o Salpullido       | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Varicela                          | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Articulación Artificial         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Sed Excesiva                       | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hipoglucemia               | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad de Células Falciformes | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Asma                            | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Desmayos o Mareos                  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Latidos Irregulares        | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Sinusitis                         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Enfermedad de la Sangre         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tos Frecuente                      | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas en los Riñones   | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Espina Bífida                     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Transfusión de Sangre           | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Diarrea Frecuente                  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Leucemia                   | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad Estomacal              | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Problema para Respirar          | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Dolores de Cabeza Frecuentes       | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad del Hígado      | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Derrame Cerebral                  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Moretones con Facilidad         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Herpes Genitales                   | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Presión Baja               | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hinchazón de Extremidades         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Cáncer                          | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Glaucoma                           | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad Pulmonar        | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad de Tiroides            | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Quimioterapia                   | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Fiebre de Heno                     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Prolapso de Válvula Mitral | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Anginas                           | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Dolores en el Pecho             | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Ataque o Problemas del Corazón     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Osteoporosis               | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tuberculosis                      | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Herpes Labial o Fuegos          | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Soplo en el Corazón                | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Dolor en la Mandíbula      | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tumores                           | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Trastorno Congénito del Corazón | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Marcapasos en el Corazón           | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad Paratiroidea    | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Ulceras                           | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Convulsiones                    | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas o enfermedad del Corazón | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Atención Psiquiátrica      | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad Venérea                | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
|                                 |   |                                    |   |                            |   | Bilirrubina                       | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad seria no mencionada anteriormente?  Sí  No

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

Con el mejor de mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido contestadas correctamente. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para la salud mía o de otros pacientes. Es mi responsabilidad informarle a la oficina dental de cualquier cambio que tenga con mi condición médica.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE, O TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN  
DE PRÁCTICAS DE LA PRIVACIDAD**

(Usted puede negarse a firmar este formulario)

He recibido o me han proporcionado una copia del  
**Aviso de prácticas de privacidad de River Rock Dental, PC**

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

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

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

---

Sólo para uso de la oficina:

Intentamos obtener confirmación por escrito del revivo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener debido a que: (marque lo que aplica)

Individuo se negó a firmar

Las barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación

Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación

Otro (especificar)

**Información proporcionada por la American Dental Association**

# CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD:

Por la presente doy mi consentimiento a River Rock Dental, PC y a todos sus proveedores de la clínica dental de River Rock Dental de utilizar y revelar mi información protegida de salud con el fin de promover tratamiento y atención médica.

Usted puede cancelar este consentimiento en cualquier momento. Su cancelación debe hacerse por escrito, firmada por usted o en su nombre por un representante, y entregado a la dirección de la parte inferior de este formulario. Esto puede ser entregado en persona o por correo, pero sólo será efectivo cuando lo reciban. Su cancelación no será efectiva en la medida en que nosotros u otras personas hayan actuado al amparo de esta autorización.

Usted tiene el derecho de solicitar la restricción en el uso y divulgación de su información de salud protegida con el fin de tratamiento, pago o atención médica. No estamos obligados a conceder su petición, sin embargo, si lo hacemos, la restricción será obligatoria para nosotros.

Nuestra política de privacidad publicada proporciona información más detallada sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida. Usted tiene el derecho de revisar nuestra política de privacidad publicada antes de firmar este consentimiento.

Nosotros tenemos el derecho a modificar los términos de nuestra política de privacidad. Usted puede obtener una copia de la póliza actual, pidiendo a nuestro gerente de la oficina para obtener una copia.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted firma como representante del paciente:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante

\_\_\_\_\_  
Relación

---

## SOLAMENTE LLENE LA PARTE DE ABAJO SI USTED QUIERE CANCELAR

Cancelación-Por la presente anulo el consentimiento presentado anterior:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma

Si usted firma como representante del paciente:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante

\_\_\_\_\_  
Firma

**La cancelación se hará efectiva tras la recepción: River Rock Dental, PC, 9500 South IH-35, E-400, Austin TX 78748**