

INDIO FAMILY DENTAL CARE
82013 DR. CARREON BLVD., STE #D
INDIO, CA 92201

760-775-0087
DATE _____

Bienvenidos a nuestra oficina. Por favor responda a las siguientes preguntas para poder ayudarlo. Su informacion es privada y protegida.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ # Seguro _____
Domicilio _____ Ciudad _____
Estado _____ Codigo Postal _____ Celular _____
Empleador _____ Email _____

QUIEN ES RESPONSABLE POR SU CUENTA(SI ES USTED ESCRIBE YO)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ # Seguro _____
Domicilio _____ Ciudad _____
Estado _____ Codigo Postal _____ Celular _____
Empleador _____ Email _____

PRIMERA ASEGURANZA DENTAL

Compania _____ Telefono _____
Domicilio de Reclamos _____
Titular de Poliza _____ Fecha de Nacimiento _____ # Seguro _____

SEGUNDA ASEGURANZA DENTAL

Compania _____ Telefono _____
Domicilio de Reclamos _____
Titular de Poliza _____ Fecha de Nacimiento _____ # Seguro _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Relacion _____
Telefono _____ Otro Telefono _____
Doctor _____ Telefono _____
Farmacia preferida _____ Domicilio _____

INDIO FAMILY DENTAL CARE
82013 DR. CARREON BLVD., STE #D
INDIO, CA 92201

760-775-0087
FECHA _____

A QUIEN AGREDECEMOS POR HABERLO REFERIDO HA NUESTRA OFICINA

Nombre _____

INFORMACION DENTAL

Que le concierne mas de sus dientes? _____

Porfavor marque que aplique ha usted

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Dientes sensibles | <input type="checkbox"/> Apretando o moliendo |
| <input type="checkbox"/> Encillas sangrando | <input type="checkbox"/> Dolor alrededor del oido | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente |
| <input type="checkbox"/> Dificultad masticando comida | <input type="checkbox"/> Voca seca | <input type="checkbox"/> Otra cosa |

Objetivo a largo plazo _____

Algun problema con tratamiento dental previo? _____

HYGIENE ORAL Que usa usted?

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cepillo de dientes | <input type="checkbox"/> Interdentales | <input type="checkbox"/> Hilo dental |
| <input type="checkbox"/> Cepillo automatic | <input type="checkbox"/> Pica dientes | <input type="checkbox"/> Water pik |
| <input type="checkbox"/> Floruro o gel | <input type="checkbox"/> Otra cosa | |

MIEDO Por favor indique (0=nada, 1=poco, 2= moderadamente, 3= severamente, 4= panico) _____

Cual es su temor en la oficina dental _____

AUTORIZACION

Yo autorizo ha mi dentista y su ayudante que me hagan un examen oral para poder diagnosticar mi tratamiento incluyendo tomar radiografias necesarias para el exam. Si es necesario medicamente, autorizo la liberacion de informacion adquerida durante mi examinacion.

COBRO Y PAGO

Entiendo que se me proveera un estimado de cargos de tratamiento. Entiendo que soy responsable de los cargos hechos de mi persona y mis dependientes. Entiendo Tambien que aseguranza dental es una forma de pago por los cobros del dentista, y que mi aseguranza pueda que pague menos de los cobros hechos.

FIRMA

Mi firma autoriza la liberacion de informacion necesaria para procesar mi reclamo. Yo autorizo que el pago de aseguranza sea hecha directamente al dentista.

Firma _____ Fecha _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- | | | |
|--|---|---|
| ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phén-Fén o Redux? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Esta usted en una dieta especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usa tabaco? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usted usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
- Otros. En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento con radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dialísis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fácilmente pierde el aliento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula del corazón artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ronchas o erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos / vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del seno nasal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad estomacal/intestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque fulminante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Morotonescon facilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque/Falla del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en la articulación de la quijada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos en el Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas/Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						La ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____

INDIO FAMILY DENTAL CARE

82013 Dr. Carreon Blvd., Ste #D

Indio, CA 92201

Notice of Privacy Practices & HIPAA Disclosure

Dear valued Patient,

It's our desire to communicate to you that our office is enacting a serious federal law, HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act). This law protects the confidentiality of your health information. This means, we will use it to communicate your health information for the purpose of providing your treatment, obtaining payment, conducting healthcare operations and otherwise described in this notice.

You will be asked by your dentist to sign a consent/acknowledgement form. By signing this form your dentist, our office staff and others outside the office, involved in your dental care and treatment, for the purpose of providing healthcare to you. Your Personal Health Information (PHI) may also be disclosed to pay your health insurance bills and support the operations of the dental office.

We have contracted with one or more third parties (referred to as business associate's) to use and perform services for our office, such as billing services. We have obtained each business associate's written agreement to safeguard your health information.

Federal law generally permits us to make certain uses or disclosures without your permission. Federal law requires our office to disclose these, and they are as follows:

- **Abuse and Neglect**
We may disclose your PHI to the responsible government agency if the Privacy Office believes that you are a victim of abuse, neglect, or domestic violence. We are required or permitted by law to make the disclosure. We will promptly inform you that such a disclosure has been made unless the Privacy Officer determines that informing you is against your best interest.
- **Public Health and National Security**
We are required to disclose to Federal officials or military authorities the necessary PHI to complete an investigation related to public health or national security.
- **For Law Enforcement**
As permitted or required by State or Federal Law, we may disclose your PHI for certain circumstances, such as if you were a victim of a crime.
- **Family and Caregivers**
We may share your PHI with those who you disclose to us as helping with your dental treatment. In case of an emergency, where you are unable to

tell us what you want, we will use our best judgement in sharing your information only when it will be important to those participating in providing your care.

- **Worker's Compensation purposes**
We may disclose your PHI as required or permitted by state or federal worker's compensation laws
- **Judicial and Administrative**
We may disclose your PHI in an administrative or judicial proceeding in response to a subpoena or a request to produce documents. We will disclose your health information in these circumstances only if the requesting party first provides written documentation that the privacy of your health information will be protected.
- **Incidental Uses and Disclosures**
We may use or disclose your PHI in a manner which is incidental to the uses and disclosures described in this notice
- **Health Oversight Activities**
We may disclose your PHI to a government agency responsible for overseeing the health care system or health-related government programs
- **To Avert a Serious Threat to Health or Safety**
We may use or disclose your health information to reduce a risk of serious and imminent harm to another person or the public
- **To the U.S. Department of Health and Human Services (HHS)**
We may disclose your information to HHS, the government agency responsible for regulating and enforcing HIPAA laws.

- **In Connection with Death and Organ Donation**

We may disclose your PHI to a coroner for identification purposes, to a funeral director for funeral purposes, or to an organ procurement organization to facilitate transplantation of one or more of your organs.

If applicable State laws do not permit the disclosure described above, we will comply with the stricter law.

- **Authorization to use or disclose PHI**

We are required to obtain your written authorization in the following circumstances:

- A. To use or disclose psychotherapy notes (except when needed for payment purposes or to defend against litigation filed by you)
- B. To use your PHI for marketing purposes
- C. To sell you PHI
- D. To use or disclose your PHI for any purpose not previously described in this Notice.

We will also obtain your Authorization before using or disclosing your PHI when required to do so by:

- A. State laws, such as laws restricting the use or disclosure of genetic information or information concerning HIV status
- B. Other federal law, such as federal law protecting the confidentiality of substance abuse records

You may revoke any of these Authorizations in writing at any time.

- **Patient Rights**

You have the following rights related to your PHI.

- 1. Restrictions**

You have the right to request restrictions on the use or disclosures of your PHI for treatment, payment, or healthcare operations, in addition to the limitations of federal law. Our office is not required

to agree to your request unless you request that we do not disclose your PHI to an insurance company for payment for healthcare operation purposes. Unless someone on your behalf has paid us in full for the healthcare item or service to which the PHI pertains. We are not required by law to disclose to the insurer the PHI is the subject of your request, but we will endeavor to honor reasonable requests. We are generally not required to agree to such a request. Our officer will honor your request that we not disclose your health information to a health plan for payment or healthcare operation purposes if the health information relates solely to a healthcare item or service for which you have paid us out-of-pocket in full.

- 2. Confidential Communications**

You have the right to request that we communicate with you by alternative means or to an alternative location. You may, for example, request that we may communicate you PHI only privately, with no other family members present or through mailed communications that are sealed. We will honor your reasonable requests for confidential communications.

- 3. Inspect and Copy your PHI**

You have the right to read, review, and copy your PHI. Including your complete chart, x-rays, and billing records. If you would like a copy of your PHI, please let us know

Please sign below to agree to the terms and disclosures presented to you in this form. Thank you!

X _____