Elite Endodontics

2101 Pat Booker Rd. Ste 120 Universal City, TX 78148 (O) 210-599-9900 (F) 210-599-9504 www.endoelite.com

Nombre de Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Numero de cellular: _____ De casa: _____

Correo electronico: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Guardian informacion (si paciente es menor de edad)

Nombre: _____ Relacion: _____

Direccion: _____ Numero de telefono: _____

En caso de emergencia contactar:

Nombre: _____ Numero de telefono: _____

Informacion del historial medico/de salud:

Esta actualmente bajo atencion medica: Si_____ No _____

En caso afirmativo, expliquelo por favor:

_____

_____

Nombre de su doctor: _____ Telefono: _____

Tiene alguna condicion medica que requiera premedicacion antibioticos antes de tratamiento dental:

Si _____ No _____

Allergias - Por favor marque todos los que apliquen:

____Ninguna

____ Penicilina

____ Latex

____ Sulfa

____ Aspirina

____ Tylenol

____ Codeina

____ Narcoticos

____ Valio

____ Nitroso

____ Lejia

____ Yodo

____ Otro (por favor enumere): _____

Medicamentos:

Medicamentos	Razon de uso

Condiciones Medicas (por favor marque todo lo que corresponda):

- o Hypertension
- o Diabetes
- o Cholesterol
- o Tiroides/hormonal
- o Fiebre reumatica
- o Dificultad para respirar
- o Dolor en el pecho
- o Marcapasos
  Cuando:_____
- o Cardipatia
- o Latidos irregulars
- o Soplo/defecto cardiaco
- o Ataque al corazon
  Cuando: _____
- o Valvula cardiac artificial
- o Ulceras/digestivas
- o Nefropatia
- o Respiratorio/asma
- o Alergias estacionales
- o Problemas sinusales
- o Implante protesico
- o Reemplazo de articulaciones
  Cuando: _____
- o Dolor de espalda o cuello
- o Artritis
- o Desmayos,confulsiones o eplepsia
- o Mental/neural
- o Accidente cerebrovascular
  Cuando: _____
- o Enfermedad del higado
- o Tuberculosis
- o Cancer
  Cuando: _____
- o Radiacion/quimio
  Cuando: _____
- o Hipoglucemia
- o Trasplante/Cuando: _____
- o Anemia/sangrado
- o SIDA/Virus del VIH
- o Herpes
- o Hepatitis
- o Alcoholismo/adiccion
- o Atencion Psiquiatrica
- o Inmunocomprometido
- o Fumar
- o Hinchazon
- o Migranas/Dolores de cabeza
- o Glaucoma/visual
- o Neplasmas
- o Articulacion Tempormandibular
- o Embarazada
- o Lactancia Materna
- o Otro/Por favor enumere:

Firme: _____ Fecha: _____

HIPAA

Estamos obligados por la ley federal y estatal aplicable a mantener la privacidad de su información médica. También se nos requiere que le demos este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica. 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.

Podemos utilizar y divulgar la información sobre su salud para tratamiento, pago y atención médica. Por ejemplo, podemos utilizar o divulgar su información de salud a un médico u otro profesional de la salud que proporciona tratamiento a usted. Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le brindamos.

Su Autorización: Además de nuestro uso de la información de salud para usted, pago u operaciones de cuidado de la salud, usted puede darnos la autorización escrita para utilizar su información de salud o divulgarla a cualquier persona por cualquier motivo. Si usted nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. A menos que usted nos da la autorización por escrito, no podemos usar o revelar su información de salud por cualquier motivo, excepto los que se describen en este aviso.

Para su familia y amigos: Debemos revelar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente en este Aviso. Podemos revelar su información médica a un familiar, amigo u otra persona hasta el grado necesario para ayudar con el cuidado de la salud o con el pago de su atención médica, sólo si usted acepta que podemos hacerlo.

Personas en el Cuidado: Podemos usar o divulgar información médica para notificar o asistir en la notificación (incluyendo identificar o localizar a) un miembro de la familia, su respresentante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su condición general o la muerte. Si usted está presente, entonces antes de usar o revelar su información de salud, le proveeremos la oportunidad de oponerse a tales usos o revelaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional que revela sólo información de salud que es directamente relevante a la participación de la persona en su atención médica.

Comercialización de los servicios relacionados con la salud: No usaremos su información para comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito.

Requerido por la ley: Podemos usar o revelar su información de salud cuando sea requerido para ello por la ley.

Firma:_____ Fecha:_____

Consentimiento Para Imagen 3D

Como parte de nuestro protocol de atencion, realizamos una imagen 3D, denominada CBCT (tomografia computarizada de haz conico) o escaneo 3D, de cada diente o area que se remite.

Una tomografia CBCT es un tipo de radiografia especializada que proporciona mas informacion que una radiografia convencional. Nuestros doctors utilizan este escaneo para detector conductos radiculares ocultos o no detectados, fracturas, para ayudar en el diagnostic de endodoncias complejas, la planificacion del tratamiento y como referencia durante el mismo.

A menudo, las companies de seguros no cubren las imagines CBCT. Sin embargo, sus tarifas para estas imagines oscilan entre $190 y $410. Nosotros cobramos una tarifa fija de $145. Esta tarifa esta incluida en el presupuesto que se le entrega al programar su cita. Como cortesia, tramitaremos este cargo con su compania de seguros.

Tenga en cuenta que, segun su coverture, su resumen de beneficios podria reflejar un costo mayor. Mantendremos nuestros honorarios si su responsabilidad es superior a $145 o si su seguro no cubre este servicio. Ademas, si su seguro no le cobra este cargo por no ser un servicio cubierto por su plan, usted seguira siendo responsible de dicho cargo.

Al firmar a continuacion, usted reconoce haber leido este formulario de servicio no cubierto en su totalidad.

Firme: _____ Fecha: _____