

PARKROSE FAMILY DENTISTRY, P.C.

Thomas Tieu, DMD; Edward Wah, DMD; Wing Djaya, DMD
3620 NE 122nd Avenue • Portland, OR 97230
(503) 254-5575, Fax (503) 254-2162

HISTORIA MÉDICA PARA EL PACIENTE DENTAL

Nombre: _____
Nombre De Su Doctor Medico: _____ Teléfono: _____

Lo siguiente es necesario para proceder con el tratamiento dental de acuerdo con su estado de salud. Su cooperación es necesaria para proceder eficientemente y sin riesgo. Información incompleta o incorrecta pueden ser dañosos a su salud.

HISTORIA MÉDICA

Conteste cada pregunta en el espacio apropiado.

Si no entiende la pregunta, o si tiene dudas de su contestación, o si tiene alguna pregunta, indíquelo en el espacio y tendrá oportunidad de discutirlo con el Doctor.

PORFAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS.

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Esta usted bajo el cuidado de un médico?.....
En caso que si, de que enfermedad esta siendo tratado. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Esta tomando algún medicamento?.....
¿Si lo esta, que medicamento, y por que razón o enfermedad? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tiene usted o ha recibido, atención medica por:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3. Fiebre reumática, enfermedad cardiaca reumática, murmullo cardiaco, enfermedad congénita cardiaca?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Enfermedad del corazón, ataque del corazón, cirugía del corazón, marcapaso, o latidos anormales?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Enfermedad de estomago intestinos?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Presión arterial anormal, hemorragia, o anemia?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Enfermedades respiratorias, asma, tuberculosis, o alergias?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Cáncer, tratamientos de rayos-x, o quimioterapia?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Diabetes?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Hepatitis, ictericia, o enfermedad del hígado?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Enfermedad de los riñones?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Enfermedad venérea o SIDA?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Derrame, convulsiones, o desmayos?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Tumores o crecimientos?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Artritis o reumatismo?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Reacción alérgica a alguna droga o medicamento?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Ha tenido usted alguna operación seria?.....
En caso que si, por favor explíquelo _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Ha tendió usted alguna herida seria en la cabez o cuello?.....
En caso que si, por favor explíquelo _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Mantiene una dieta especial?.....
En caso que si, porque razón. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Fuma?.....
En caso que si, que tipo y cantidad. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Ha estado usted bajo atamiento de siquiátrica?.....
¿En caso que si, cual fue el problema? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22. ¿Ha tenido cualquier otra enfermedad o problema de salud que no aparece, arriba?.....
23. ¿(Mujeres) Esta usted encinta?.....

HISTORIA DENTAL

¿Fecha de la última visita a un dentista? _____

¿Razón por la última visita o visitas? _____

¿Tiene rayos-x o archivos en su posesión? _____

En su tratamiento dental anteriormente has tenido:

24. ¿Desmayos?.....
25. ¿Ha tenido usted alguna reacción alérgica?.....
26. ¿Sangrado anormal?.....
27. ¿Cualquier otra complicación durante o después del tratamiento dental?.....
28. ¿Sangran sus encías cuando cepilla o cuando come?.....
29. ¿Se acumula comida entre sus dientes?.....
30. ¿Ha cambiado la posición de sus dientes, hay espacios entre ellos donde antes no había, o alguna de sus dientes se mueven o están flojos?.....
31. ¿Tiene usted dolor o sonidos en región de la mandíbula cerca e la oreja?.....
32. ¿Ha sentido alguna vez dolores en los músculos de la mandíbula?.....
- En caso que si, explíquelo. _____
33. ¿Tiene heridas o tumores en la boca?.....
34. ¿TIENE USTED DOLOR DE DIENTES?.....
35. ¿Tiene usted algún otro problema dental?.....

En lo que yo puedo recordar, todas las contestaciones anteriores son verdaderas y correctas.

Doy permiso al dentista o a la persona designada para dar informes sobre me estado de salud o tratamiento dental al Grupo De Seguro Dental, o otros medicos.

Firma de la persona que ha llenado este cuestionario: _____
 Nombre en letras de imprenta: _____

Si usted no es el paciente, tienes que indicar su relacion al paciente:
 _____, fecha _____

Dentist's History Review & Significant Findings: _____

Signature Dr.: _____ Date: _____

PARKROSE FAMILY DENTISTRY, P.C.

3620 NE 122nd Avenue -- Portland, OR 97230

(503) 254-5575, Fax (503) 254-2162

Nombre _____ Sr. Sra. Sta.
Su Apellido Nombre MI TITLE (CIRCLE)

Dirección _____
Numero de casa y calle Ciudad Estado Zona Postal

Numero de Seguro Social Numero de teléfono de su casa Número de teléfono de su trabajo Ext.

M F
Sexo Fecha de Nacimiento Ocupación Nombre de su trabajo Tiempo
trabajando

La persona que tiene responsabilidad para la cuenta

La persona que tiene responsabilidad su cuenta Nombre de su trabajo Tiempo Trabajando

Nombre _____ Sr. Sra. Sta.
Su Apellido Nombre MI TITLE (CIRCLE)

Dirección _____
Numero de su casa y su calle Ciudad Estado Zona Postal

Numero de Seguro Social Numero de teléfono de su casa Número de teléfono de su trabajo Ext.

M F
Sexo Fecha de Nacimiento Numero de su identificación

Información de aseguransa

Trabajo _____
Nombre de la compañía Dirección Ciudad

Estado Zona Postal Numero de teléfono de su trabajo Numero de grupo Numero de su pólisa

Nombre de su aseguransa Dirección Ciudad

Estado Zona postal Numero de teléfono de su trabajo

Mas Información

Su Esposa _____
Nombre MI Fecha de Nacimiento Numero de seguros social Numero de teléfono Ext

Ocupación de su esposa Nombre de su trabajo Cuantos
Anos

Prefiere pagar con ___Efectivo ___Cheque ___Debito ___Crédito
Numero de su Cuenta Fecha de

Terminar
¿Si lleno esta forma para otra persona, cual es la relación con esta persona?

En Caso De Emergencia _____
Nombre Número De Teléfono

Se Entero de nuestra oficina por: Referido por: _____ Libro de teléfono_ Otra

COMPRENDO QUE PAGO EN TOTAL ES DEBIR A LA TIEMPO DE SERVICIO.

Parkrose Family Dentistry, PC

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y EL ACCESO DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD

SECCION A: CONSENTIMIENTO QUE DA PACIENTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Número paciente: _____ {ON FILE} Número de Seguro Social: _____

SECCIÓN B: AL PACIENTE—LEA POR FAVOR LAS DECLARACIONES SIGUIENTES CUIDADOSAMENTE.

Propósito del consentimiento: Firmando esta forma, usted consentirá a nuestro uso y acceso de su información protegida de la salud de realizar el tratamiento, actividades del pago, y operaciones del salud.

Aviso de las prácticas del aislamiento: Usted tiene el derecho de leer nuestro aviso de las prácticas del aislamiento antes de que usted decida si firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades del pago, y operaciones de la salud y de los dientes, de las aplicaciones y de los accesos podemos hacer de su información protegida de la salud y de los dientes, y de otras materias importantes sobre su información protegida de la salud. Una copia de nuestro aviso acompaña este consentimiento. Le animamos a que la lea cuidadosamente y totalmente antes de firmar este consentimiento.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas del aislamiento según lo descrito en nuestro aviso de las prácticas del aislamiento. Si cambiamos nuestras prácticas del aislamiento, publicaremos un aviso revisado de las prácticas del aislamiento, que contendrán los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información protegida de la salud que mantengamos.

Usted puede obtener una copia de nuestro aviso de las prácticas del aislamiento, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento entrando en contacto con:

Persona del contacto: Arik Herman

Teléfono: 503-254-5575 Fax: 503-254-2162

E-mail: parkrosefamilydentistry@gmail.com

Dirección: 3620 NE 122nd Avenida Portland, OR 97230

Derecho revocar: Usted tendrá la derecha de revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos el aviso escrito de su revocación sometida a la persona del contacto enumerada arriba. Entienda por favor que la revocación de este consentimiento *no* afecte cualquier acción que admitiéramos confianza en este consentimiento antes de que recibiéramos su revocación, y eso podemos declinar para tratarle o para continuar tratándole si usted revoca este consentimiento.

FIRMA

Yo, _____, ha tenido oportunidad completa de leer y de considerar el contenido de esta forma del consentimiento y su aviso de las prácticas de la aislamiento. Entiendo que, firmando esta forma del consentimiento, estoy dando mi consentimiento a su uso y acceso de mi información protegida de la salud de realizar el tratamiento, actividades del pago y operaciones del cuidado del brezo.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este consentimiento es firmado por un representante personal en el favor del paciente, termine el siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación al paciente: _____

PARKROSE FAMILY DENTISTRY, P.C.

Thomas Tieu, DMD; Edward Wah, DMD; Wing Djaya, DMD
3620 NE 122nd Avenue • Portland, OR 97230
(503) 254-5575, Fax (503) 254-2162

NOMBRE PACIENTE _____
Apellido Nombre MI.

1. CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DENTALES

Solicito y autorizo a mi dentista y otros dentistas que pueden atenderme, sus asociados y ayudantes, y odontología de la familia de Parkrose (de aquí en adelante designada "clínica"), su personal de la casa y empleados, a proporcionar y realizar tal cuidado dental, las pruebas, los procedimientos, las drogas y otros servicios y fuentes como son considerados recomendable por mi dentista para mi salud y bienestar. Esto puede incluir la patología, radiología, los servicios de emergencia y otros servicios y pruebas especiales pedidos por mi dentista. Reconozco que no se ha hecho a ni ha sido confiado ningunas representaciones, garantías, o garantías en cuanto a resultados o curaciones sobre por mí.

2. ASIGNACIÓN DE LAS VENTAJAS DE SEGURO

En la consideración de cualesquiera y todos los servicios médicos, cuidado, las drogas, las fuentes, equipo y las instalaciones equipados por la clínica y todos los dentistas que atienden, ahora transfiero por este medio irrevocablemente a la clínica dicha todas las ventajas de seguro debidas y pagaderas a mí o llegar a ser debido y pagadero a mí bajo mi póliza o políticas actual de seguro, o a cualquier política del reemplazo de eso.

Yo por este medio pago de transferencia de las ventajas para los servicios dentales y/o quirúrgicos rendidos por los dentistas para quienes la clínica se autoriza para cargar y para mandar la cuenta. Entiendo que mi obligación de pagar todas las cargas no es afectada por el hecho de que puedo tener ventajas de seguro. Si mi compañía de seguros no puede pagar todos o cualquier porción de éstos carga de una manera oportuna por cualquier razón, seré responsable de todas las sumas debidas y que deben la clínica.

Firma de los asegurados/de la persona autorizados a consentir
Fecha

Certifico por este medio que he atestiguado las firmas de la firma paciente e individual en favor en beneficio del paciente en los artículos 1 y 2 arriba.

PARKROSE FAMILY DENTISTRY, P.C.
Política de crédito

RESPONSABILIDAD PACIENTE: Los pacientes son responsables de todas los cargos restantes del tratamiento proporcionado por Parkrose Family Dentistry, PC. nosotros mandaremos la cuenta ala mayoría de los portadores de seguro directamente; la responsabilidad al menos primaria de la cuenta es la suya. El pago es debido dentro de treinta (30) días de la facturación de la declaración a menos que se tomen otras medidas financieras. Si su cuenta esta en estado de colección, usted será responsable de todos los cargos de la agencia y/o cuotas legales incurridas.

VISITA INICIAL: Se le requiere de pagar los cargos de su primera cita en la época del servicio para establecer una historia del crédito en esta clínica. Los individuos excluidos de esta póliza son: miembros de HMO/PPO con elegibilidad actual, miembros del CAPITOL con la identificación apropiada de PCP, demandantes de la remuneración del trabajador, y familias establecidas con buena historia del crédito. La exclusión de la póliza no niega la responsabilidad personal entera o de la parte del paciente.

SEGURO: Usted es responsable de deducibles, cobros estimados, cobros por servicios no cubiertos por su aseguransa, Y por servicios "no considerados" médico y dental por su compañía de seguros. El paciente acepta toda la responsabilidad de entender su póliza aplicable, y entiende que los deducibles, cobros, servicios cubiertos, y no cubiertos son dependientes y definidos por los documentos del plan del paciente que gobiernan. Ninguna declaración o representación por cualquier representante de la odontología de la familia de Parkrose, PC debe ser interpretado para sustituir o para definir la cobertura actual del paciente, el pago real del seguro o la responsabilidad paciente prevista. Por favor de pagar la cantidad que le corresponde por su aseguransa en cada servicios rendido. Permita que las cantidades cotizada por los representantes de la familia de Parkrose que la odontología es valoración basada en la mejor información disponible; la responsabilidad exacta puede variar de estimaciones cotizadas. El equilibrio restante debe ser pagado dentro de un (1) mes del aviso de la compañía de seguros. Si usted o su portador de seguro hace el pago que excede su equilibrio, el reembolso será remitido. Nosotros como cortesía enviaremos un reclamo de servicio a su portador de seguro primario para usted y de verificar su seguro. Si la cobertura actual no puede ser verificada, todos los honorarios aplicables serán debidos en la época del servicio. El abastecimiento de la información correcta de la facturación del seguro es la responsabilidad del paciente. Se les recomienda traer su tarjeta de identificación actual del seguro a cada cita e identificación válida. Si el pago no se puede hacer en cada visita, notifique la oficina de negocio para tomar otras medidas.

Planes de HMO/PPO: Los cargos de HMO/PPO son debidos a la hora de cada visita. Los miembros de HMO/PPO no recibirán una declaración mensual a menos que haya un equilibrio que debe del paciente.

El bienestar de Oregon/de Washington y la salud capital planean: Traiga por favor su tarjeta médica actual con usted a cada cita. Firmando el "consentimiento para el paciente de los servicios dentales" acepta toda la responsabilidad del los honorarios sin pagar.

Remuneración de los trabajadores': Para archivar la demanda de la remuneración de un trabajador, usted necesitará el nombre de su portador de seguro, la fecha de su lesión y su número de la demanda, si está disponible. Esté seguro de notificar el escritorio de registro en cada cita si su visita es debido a lesión cubierta por Workmen's Compensation.

Vehículo de motor u otras demandas de la responsabilidad: Parkrose Family Dentistry, PC no puede mandar la cuenta los portadores de seguro en demandas de la responsabilidad. Mientras que entendemos que el establecimiento de estas demandas puede tomar muchos meses, el pago completo para las visitas o los arreglos financieros se debe hacer a la hora de servicio.

PADRES DIVORCIADOS: Parkrose Family Dentistry, PC. no es responsable de conflictos entre los padres debido a un divorcio. El padre de la custodia o el padre que traen a niño a la clínica será responsable de la cuenta del niño. Si las cortes llevan a cabo a padre específico responsable de proporcionar cuidado médico, el conflicto está entre los padres y no será arbitrado por la Parkrose Family Dentistry, PC.

CARGOS DE PAGOS ATRASADOS: Todos los cargos y deudas se deben pagar dentro de treinta (30) días de la primera facturación a menos que usted arregle un pago del presupuesto con nuestro departamento de facturación. Un cargo de refacturar de \$5.00 será cargado para todos los equilibrios excepcionales sobre 30 días. Parkrose Family Dentistry, PC reserva el derecho de aplicar interés aplicable y últimas penas a las cuentas excepcionales de acuerdo con estado y ley federal. El encargado de la cuenta acuerda llevar todo el costo de colección y/o de la corte y de cuotas legales razonables. Las cuentas asignadas a la colección serán cargadas un honorario de colección \$150.00.

LOS CHEQUES DEBUELTOS A FONDOS ESCASOS: Es la póliza de nuestra clínica a debido un cargo de \$25 por un cheque debuelto por su banquo. Hasta que un buen crédito se haya restablecido, todos los cargos se deben pagar en efectivo o con tarjeta de crédito.

CITAS FALLADAS: Si usted no puede mantener su cita, es necesario que cancele su cita antes de 24 horas. Si no se le ara un cargo a su cuenta de \$50.00.

Si tiene preguntas sobre las pólizas de Parkrose Family Dentistry, PC, por favor pregunté a nuestra recepcionista.

He leído la póliza de Parkrose Family Dentistry, PC estoy de acuerdo con las pólizas de arriba y de recibir tratamiento dental con Parkrose Family Dentistry.