

**Cuestionario de Salud COVID**

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

**Nuestro consultorio se dedica a garantizar que brindemos la mejor atención posible a todos nuestros pacientes. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que estamos tomando las precauciones necesarias para usted y nuestro personal.**

1. ¿Usted siente alguna temperatura corporal alta? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. ¿Usted está experimentando ataques de tos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. ¿Usted está experimentando episodios de estornudos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. ¿Ha estado en contacto reciente (en las últimas 2 semanas) con alguien que tenga

COVID? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. ¿Le han pedido recientemente (en las últimas 2 semanas) que se ponga en cuarentena de la escuela o el trabajo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Indique cualquier síntoma que sienta actualmente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**Registración de Nuevo Paciente**

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Seguro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio de Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_\_

**Persona Responsable por Paciente;**

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Seguro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio de Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de Aseguranza**

Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # De Grupo \_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de dueño de la Póliza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cómo escuchó de nosotros?**

Un amigo/ paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Un Doctor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aseguranza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Un Empleado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Manejando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sitio Web \_\_\_\_\_\_\_ Google \_\_\_\_\_\_\_ Facebook \_\_\_\_\_\_

**Doctor Principal**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Salud Historia**

Las preocupaciones primarias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista? \_\_\_\_\_\_\_

¿Es sensible a los alimentos o líquidos calientes? \_\_\_\_\_\_

¿Es sensible al frío alimentos o líquidos? \_\_\_\_\_\_\_

¿con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_\_\_ ¿sus encías sangran? \_\_\_\_\_\_\_

¿Es usted hace rechinar los dientes? \_\_\_\_\_\_\_ ¿tiene algún dolor en la mandíbula? \_\_\_\_\_\_\_\_

¿quiere cambiar la disposición de su los dientes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Para mujeres:**

¿Está tomando píldoras anticonceptivas? \_\_\_\_\_\_ ¿Estás embarazada? \_\_\_\_\_ Semana #: \_\_\_\_\_ ¿Está amamantando? \_\_\_\_\_\_\_

¿Usted ha experimentado alguno de los siguientes? (Por favor circule S / N)

S N Sangrado anormal S N Defecto congénito del corazón S N Soplo cardíaco S N Enfermedad del hígado

S N Anemia S N Diabetes S N Cirugía cardíaca S N Lupus

S N Enfisema S N Hemophilia S N Marcapasos S N Convulsiones

S N Válvulas artificiales S N Desmayos S N Hepatitis S N Tos persistente

S N Asma S N Ampollas febriles S N Herpes S N Tratamiento de radiación

S N Cáncer S N Glaucoma S N Presión arterial alta S N Quimioterapia S N Dolores de cabeza S N VIH/SIDA S N Tuberculosis (TB) S N Colitis S N Ataque al corazón S N Problemas renales S N Enfermedades venéreas S N Huesos/articulaciones artificiales

¿Está usted tomando algún medicamento? Por favor en lista los medicamentos que está tomando;

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes? (Por favor marque Y/N)

Y N Aspirin Y N Erythromycin Y N Sedatives Y N Barbiturates Y N Jewelry/Metals Y N Sulfa Drugs Y N Codeine Y N Latex Y N Tetracycline Y N Dental Anesthetics Y N Penicillin Y N Other

**Entiendo que soy responsable del pago de servicios rendidos por Art's Family Dentistry**, y responsable de pagar cualquier copago y deducible que mi seguro no cubre. Por la presente autorizo ​​a Art's Family Dentistry a liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo ​​el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros, ya sean manuales o electrónicas.

**Afirmó que la información que he dado es correcta** a mi leal saber y entender. Toda la información contenida en este documento se mantendrá estrictamente confidencial y es mi responsabilidad informar a Art's Family Dentistry de cualquier cambio en mi estado médico. Con toda la verdad,revele todos los aspectos de la historia de salud de mi /mi hijo y me doy cuenta de que el no haberlo hecho puede tener consecuencias negativas para la salud de mi/mi hijo y el éxito del tratamiento de mi /mi hijo.

**Estoy de acuerdo en cooperar plenamente con las recomendaciones del Dentista** e Higienista Dental y me doy cuenta de que el no hacerlo puede resultar en resultados menos que óptimos y comprometer la vida del tratamiento de mi / mi hijo. También estoy de acuerdo en seguir las recomendaciones para el cuidado en el hogar y el horario para la limpieza de dientes y chequeos futuros. Me doy cuenta de que el hecho de no hacer mi parte en el mantenimiento de la salud bucal de mi hijo / hija pondrá en peligro el éxito de cualquier tratamiento dental recibido.

**Por la presente autorizo ​​a Art's Family Dentistry** y al personal a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías intraorales o cualquier otra herramienta de diagnóstico, todo lo que el dentista considere apropiado para hacer un diagnóstico completo de las necesidades dentales del paciente. También autorizo ​​al dentista a realizar todas y cada una de las formas de tratamiento incluyendo limpieza, fluoruro y selladores (los dientes posteriores tienen ranuras y hoyos en los que por lo general comienzan las caries). Un asistente sellará las ranuras con un revestimiento de plástico para ayudar a prevenir la descomposición No se necesita anestesia, es importante mantener una buena higiene bucal y evitar la presencia de alimentos y velas pegajosos y duros para mantener los selladores).

**Y además autorizar y consentir que el dentista elija y emplee la asistencia que juzgue conveniente**. Entiendo que los antibióticos, la anestesia local ("inyecciones") y todos los demás medicamentos administrados al paciente antes, durante y después del tratamiento, pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón de tejido, dolor, picazón, vómito y / o shock anafiláctico. Reacción alérgica grave). La administración de anestesia local ("inyecciones") puede causar daño nervioso (parestesia) que puede durar días, meses o indefinidamente. Las mujeres en edad fértil necesitan saber que los antibióticos pueden hacer que los medicamentos anticonceptivos sean ineficaces y necesitan confiar en otros métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo.

**Entiendo y reconozco que puedo elegir no ser tratado por el dentista**. El dentista me ha explicado los riesgos razonablemente previsibles asociados con no tratar mi condición. Se me han presentado adecuadamente planes de tratamiento alternativo con sus previsibles riesgos y beneficios asociados.

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

Nuestra oficina es HIPAA complaciente y se compromete a cumplir o exceder los estándares de control de infección ordenados por OSHA, el CDC y la ADA.

****

**Política de Privacidad HIPAA**

Entiendo que como parte de mi cuidado de la salud , esta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi historial médico , síntomas , exámenes y pruebas, diagnósticos , tratamiento y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

● una base para planear mi cuidado y tratamiento

● un medio de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a mi cuidado

● una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi

cuenta.

● un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados

fueron proporcionados realidad.

● y una herramienta para operaciones de atención médica de rutina, tales como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud

Entiendo y he estado siempre con un Aviso de Prácticas de Información que proporciona una descripción más completa de información de usos y revelaciones. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización

se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas, y antes de su implementación se enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado . Yo entiendo que tengo el derecho de oponerse al uso de mi información de salud para fines de

directorio. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento , pago u

operaciones de atención médica y que la organización no está obligada a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas . Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la organización ya ha tomado medidas en relación a lo mencionado .

**Nombre del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Relación a Paciente : Yo mismo o Guardián (por favor circule uno)**