

## ¡BIENVENIDO A NUESTRA CLÍNICA!

Gracias por escogernos como sus expertos en el cuidado Periodontal e Implantes Dentales. Queremos hacer todo lo posible para servirle más allá de sus expectativas. En un esfuerzo por saber más acerca de sus preferencias en la prestación de su cuidado dental, le pedimos que considere darnos sus expectativas a continuación.

### **Opciones de confort: (Opciones para su comodidad)**

Desde los cálidos colores de nuestra oficina hasta nuestras cómodas mantas y almohadas, nuestra oficina está diseñada teniendo en mente su comodidad tratando de crear un ambiente hogareño. Sabemos que el tratamiento dental puede ser estresante para muchos de nuestros pacientes. Por esto es que también ofrecemos varias opciones para calmar cualquier ansiedad que usted pudiera tener en cuanto a su cuidado. Díganos si está interesado en:

- A. Óxido nitroso (gas de la risa)
- B. Sedación oral (similar al Valium)
- C. Sedación consciente intravenosa (sueño crepuscular)

### **Discusiones del Tratamiento:**

Sabemos que considerar todas las opciones y posibilidades del cuidado necesario algunas veces puede ser abrumador, especialmente cuando se trabaja con varios doctores durante el curso del tratamiento. En un esfuerzo por proporcionarle toda la información necesaria para que usted pueda hacer la mejor decisión a largo plazo, le damos información detallada del tratamiento en relación con sus opciones.

Por favor ayúdenos a entender mejor cómo prefiere que le demos su información clínica:

- A. Muchos detalles, por favor
- B. Fotos o información visual
- C. Al punto y déjeme hacer las preguntas

### **Discusiones Financieras:**

Antes de brindarle nuestros servicios siempre revisaremos las tarifas y conversaremos sobre sus expectativas en cuanto a un reembolso potencial del seguro. Es importante recordar que el seguro dental es diferente del seguro médico. Con frecuencia la cobertura de beneficios es mucho más limitada y las compañías de seguro dental nunca garantizan su nivel de reembolso antes de que se realice el servicio. Haremos todo lo posible para verificar sus beneficios potenciales antes de brindarle servicio, pero nunca podremos darle antes del servicio la cantidad real que su seguro cubrirá.

### **Reservación de Citas:**

A diferencia de algunas clínicas médicas o dentales que sobre reservan su agenda de citas, nosotros estamos totalmente comprometidos a proporcionarle un cuidado individualizado, compasivo y de alta calidad en cada visita. Nos preparamos anticipadamente a su visita para estar seguros de que el resultado de su tratamiento sea excelente y duradero.

Usted disfrutará de la comodidad y resultados clínicos que podemos lograr al invertir en su cuidado el tiempo, enfoque y dedicación de nuestro equipo completo. Por favor planee su calendario cuidadosamente cuando haga citas con nuestra clínica. Le echaremos de menos si no viene a su cita.

Es un privilegio para nosotros que nos haya escogido para su cuidado Periodontal y de Implantes Dentales. Si tiene alguna pregunta o preocupación, por favor pregúntele a nuestro amable y competente personal de oficina.

Firma: Parte Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Por favor no firme hasta que haya leído este formulario. Gracias)

**PATIENT REGISTRATION**

ID: \_\_\_\_\_

Chart ID: \_\_\_\_\_

First Name: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Middle Initial: \_\_\_\_\_

Patient Is:  Policy Holder  Responsible Party

Preferred Name: \_\_\_\_\_

Responsible Party ( if someone other than the patient )

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Cellular: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_ Soc Sec: \_\_\_\_\_ Drivers Lic: \_\_\_\_\_

Responsible Party is also a Policy Holder for Patient  Primary Insurance Policy Holder  Secondary Insurance Policy Holder

Patient Information

Address: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State / Zip: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Cellular: \_\_\_\_\_

Sex:  Male  Female Marital Status:  Married  Single  Divorced  Separated  Widowed

Birth Date: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Soc Sec: \_\_\_\_\_ Drivers Lic: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_  I would like to receive correspondences via e-mail.

Section 2

Section 3

Employment Status:  Full Time  Part Time  Retired

Student Status:  Full Time  Part Time

Medicaid ID: \_\_\_\_\_ Pref. Dentist: \_\_\_\_\_

Employer ID: \_\_\_\_\_ Pref. Pharmacy: \_\_\_\_\_

Carrier ID: \_\_\_\_\_ Pref. Hyg: \_\_\_\_\_

Primary Insurance Information

Name of Insured: \_\_\_\_\_ Relationship to Insured:  Self  Spouse  Child  Other

Insured Soc. Sec: \_\_\_\_\_ Insured Birth Date: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Ins. Company: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Address 2: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_ City, State, Zip: \_\_\_\_\_

Rem. Benefits: \_\_\_\_\_ Rem. Deduct: \_\_\_\_\_

Secondary Insurance Information

Name of Insured: \_\_\_\_\_ Relationship to Insured:  Self  Spouse  Child  Other

Insured Soc. Sec: \_\_\_\_\_ Insured Birth Date: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Ins. Company: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Address 2: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_ City, State, Zip: \_\_\_\_\_

Rem. Benefits: \_\_\_\_\_ Rem. Deduct: \_\_\_\_\_

Lorenzana Periodontics  
**Medical History Form**

INITIALS: \_\_\_\_\_

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

BIRTH DATE: \_\_\_\_\_

DATE CREATED: \_\_\_\_\_

Although dental personnel primarily treat the area in and around your mouth, your mouth is a part of your entire body. Health problems that you may have, or medication that you may be taking, could have an important interrelationship with the dentistry you will receive. **Thank you for answering ALL of the following questions.**

<b>Are you currently under a physician's care?</b>	O Yes   O No
If YES:	
<b>Have you ever been hospitalized or had a major operation?</b>	O Yes   O No
If YES:	
<b>Have you ever had a serious head or neck injury?</b>	O Yes   O No
If YES:	
<b>Are you taking any medications, pills, or drugs?</b>	O Yes   O No
If YES:	
<b>Do you take, or have you taken, Phen-Fen or Redux?</b>	O Yes   O No
If YES:	
<b>Have you ever taken Fosamax, Boniva, Actonel or any other medications containing bisphosphonates?</b>	O Yes   O No
If YES:	
<b>Are you on a special diet?</b>	O Yes   O No
If YES:	
<b>Do you use tobacco? How long? How much?</b>	O Yes   O No
If YES:	
<b>Do you use controlled substances?</b>	O Yes   O No
If YES:	
<b>Are you diabetic? Latest HbA1c?</b>	O Yes   O No
If YES:	
<b>Family history of diabetes?</b>	O Yes   O No
If YES:	

<b>WOMEN: Are you...</b>		
<input type="checkbox"/> Pregnant/Trying to get pregnant?	<input type="checkbox"/> Nursing?	<input type="checkbox"/> Taking oral contraceptives?

Lorenzana Periodontics  
**Medical History Form**

INITIALS: \_\_\_\_\_

<b>Are you ALLERGIC (rash, hives, swollen throat, anaphylaxis) to any of the following?</b>			
<input type="checkbox"/> Aspirin	<input type="checkbox"/> Penicillin	<input type="checkbox"/> Codeine	<input type="checkbox"/> Acrylic
<input type="checkbox"/> Metal	<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Sulfa drugs	<input type="checkbox"/> Local anesthetics
<input type="checkbox"/> Food allergy	<input type="checkbox"/> Other? O Yes O No If YES:		

<b>Do you have or have you had any of the following? (Circle Y or N for each)</b>					
AIDS/HIV Positive	Y / N	Excessive Bleeding	Y / N	Lung Disease	Y / N
Alzheimer's Disease	Y / N	Excessive Thirst	Y / N	Mitral Valve Prolapse	Y / N
Anaphylaxis	Y / N	Fainting Spells/Dizziness	Y / N	Osteoporosis	Y / N
Anemia	Y / N	Frequent Cough	Y / N	Pain in Jaw Joints	Y / N
Angina	Y / N	Frequent Diarrhea	Y / N	Parathyroid Disease	Y / N
Arthritis/Gout	Y / N	Frequent Headaches	Y / N	Psychiatric Care	Y / N
Artificial Heart Valve	Y / N	Genital Herpes	Y / N	Radiation Treatments	Y / N
Artificial Joint	Y / N	Glaucoma	Y / N	Recent Weight Loss	Y / N
Asthma	Y / N	Hay Fever	Y / N	Renal Dialysis	Y / N
Blood Disease	Y / N	Heart Attack/Failure	Y / N	Rheumatic Fever	Y / N
Blood Transfusion	Y / N	Heart Murmur	Y / N	Rheumatism	Y / N
Breathing Problems	Y / N	Heart Pacemaker	Y / N	Scarlet Fever	Y / N
Bruise Easily	Y / N	Heart Trouble/ Disease	Y / N	Shingles	Y / N
Cancer	Y / N	Hemophilia	Y / N	Sickle Cell Disease	Y / N
Chemotherapy	Y / N	Hepatitis A	Y / N	Sinus Trouble	Y / N
Chest Pains	Y / N	Hepatitis B or C	Y / N	Spina Bifida	Y / N
Cold sores/Fever Blisters	Y / N	Herpes	Y / N	Stomach/Intestinal Disease	Y / N
Congenital Heart Disorder	Y / N	High Blood Pressure	Y / N	Stroke	Y / N
Convulsions	Y / N	High Cholesterol	Y / N	Swelling of Limbs	Y / N
Yellow Jaundice	Y / N	Hives or Rash	Y / N	Thyroid Disease	Y / N
Cortisone Medicine	Y / N	Hypoglycemia	Y / N	Tonsillitis	Y / N
Diabetes	Y / N	Irregular Heartbeat	Y / N	Tuberculosis	Y / N
Drug Addiction	Y / N	Kidney Problems	Y / N	Tumors or Growths	Y / N
Easily Winded	Y / N	Leukemia	Y / N	Ulcers	Y / N
Emphysema	Y / N	Liver Disease	Y / N	Venereal Disease	Y / N
Epilepsy or Seizures	Y / N	Low Blood Pressure	Y / N		

Lorenzana Periodontics  
**Medical History Form**

Have you ever had any serious illness not listed above? Y / N      If YES: \_\_\_\_\_

---

---

**Comments:**

---

---

**To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my (or patient's) health. It is my responsibility to inform the dental office of any changes in medical status.**

**Signature of Patient, Parent or Guardian: X \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_**

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN MÉDICA

## Lorenzana Periodontics and Dental Implants

*Este aviso describe cómo puede ser usada y revelada su información médica y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad.*

### **Entendiendo Su Expediente / Información Médica**

Cada vez que usted visita un hospital, médico u otro proveedor de cuidados de salud, se hace un registro de su visita. Típicamente, este registro contiene sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para su cuidado o tratamiento futuro. Esta información, llamada a menudo expediente de salud o médico, sirve como:

- base para planear su cuidado y tratamiento
- medio de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a su cuidado
- documento legal que describe el cuidado que usted recibió
- medio por el cual usted o un tercero responsable de pago pueden verificar que realmente se brindaron los servicios facturados
- herramienta para educar a profesionales de la salud
- fuente de datos para investigación médica
- fuente de información para funcionarios de salud pública responsables de mejorar la salud de la nación
- fuente de datos para planificación y mercadeo de la institución
- herramienta con la cual podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar el cuidado que prestamos y los resultados que logramos

Entender lo que está en su expediente y cómo se usa su información médica le ayuda a

- asegurar que la información es exacta
- entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y porqué otros puede tener acceso a su información médica
- hacer decisiones más informadas cuando autorice la divulgación a otros

### **Derechos sobre su Información Médica**

Aunque su expediente médico es propiedad física del profesional de salud o institución que lo ha recopilado, la información le pertenece a usted. Usted tiene el derecho de:

- solicitar la restricción de ciertos usos y divulgaciones de su información, como lo establece el Código de Regulaciones Federales (CFR por sus siglas en inglés) Título 45, Parte 164.522. Las solicitudes de restricción en la divulgación de Información Médica Protegida (PHI por sus siglas en inglés) a su plan de salud para asuntos de cuidado de salud o servicios por los que usted ha pagado de su bolsillo, deben aceptarse
- obtener una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad al solicitarlo
- inspeccionar y obtener una copia impresa o electrónica de su expediente médico, como se establece en Título 45 del CFR, Parte 164.524
- enmendar su expediente médico, como se establece en Título 45 del CFR, Parte 164.528 y HB300 (impreso o electrónico)

- obtener un informe de las divulgaciones que se han hecho de su información médica, como se establece en Título 45 del CFR, Parte 164.528
- solicitar comunicaciones de su información médica por medios o sitios alternativos
- recibir aviso de violación de información médica protegida no asegurada
- revocar su autorización para el uso o divulgación de información médica excepto hasta donde ya se haya tomado acción

### **Nuestras Responsabilidades**

Esta organización está obligada a:

- mantener la privacidad de su información médica
- notificarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recolectamos y mantenemos de usted
- regirnos por los términos de este aviso
- notificarle si no podemos estar de acuerdo con una restricción solicitada
- acomodar solicitudes razonables que usted pueda tener para comunicar información médica por medios o en sitios alternativos
- notificarle de violación de información médica protegida “no asegurada”

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer efectivas las nuevas disposiciones para toda información médica protegida (PHI) que mantenemos. Si cambiaran nuestras prácticas de información, le enviaremos un aviso revisado a la dirección que usted nos haya dado.

No usaremos o divulgaremos o venderemos su información médica sin su autorización escrita, excepto según se describe en este aviso.

### **Denunciar un Problema**

Si tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse con esta clínica y hablar con nuestro Oficial de Privacidad al (210) 492-3519.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en esta oficina o con el secretario de Salud y Servicios Humanos. No habrá represalias por presentar una queja.

### **Ejemplos de Divulgación para Tratamiento, Pago y Operaciones de Salud**

**Tratamiento:** La información obtenida por una enfermera, un médico o algún otro integrante de su equipo de atención médica será registrada en su expediente y usada para determinar el curso de tratamiento que funcionaría mejor para usted. Su médico va a documentar en su expediente las expectativas que él/ella tenga de los miembros de su equipo médico. Luego los miembros de su equipo médico van a registrar las acciones que tomaron y sus observaciones. De esa manera, el médico sabrá cómo está usted respondiendo al tratamiento. Nosotros también les daremos a los profesionales de salud subsiguientes copias de varios informes que les ayudarían en tratarle a usted.

**Pago:** Se le puede enviar una factura a usted o a un tercero. La información en la factura o adjunta a ella, puede incluir información que le identifique a usted, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados.

### **Actividades Relacionadas con Salud:**

1. **Gestión de Riesgo** – Los miembros del personal médico o personal de riesgo o mejoramiento de calidad pueden usar información contenida en su expediente médico para evaluar la atención y los resultados en su caso y otros similares. Luego, esta

información será utilizada en un esfuerzo para mejorar continuamente la calidad y eficiencia de la atención médica y servicio que brindamos.

2. **Socios Comerciales** – Hay algunos servicios que prestamos en nuestra organización por medio de contactos con socios comerciales. Ejemplos de éstos incluyen radiología, laboratorio, servicio de copias, servicios de transcripción, servicios de facturación, etc. Cuando se contratan estos servicios, es posible que divulguemos su información médica a nuestro socio comercial para que puedan realizar el trabajo que les hemos encomendado y le facturen a usted o su tercera parte por servicios prestados. Sin embargo, para proteger su información médica, exigimos que el socio comercial salvaguarde debidamente su información.
3. **Notificación** – Podemos usar o divulgar información para notificar o asistir en notificarle a un miembro de la familia, representante personal, u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación y condición general.
4. **Comunicación con la Familia** – Según su mejor criterio, profesionales de la salud, podrían divulgar a un miembro de la familia, a otro pariente, a un amigo íntimo suyo o a cualquier otra persona que usted decida, información médica pertinente a la participación de esa persona en su atención o pago relacionado con su atención.
5. **Investigación** – Podemos divulgar información a investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por una junta de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica.
6. **Directores de Funerales** – Podemos divulgar información médica a directores de funerales, siempre que sea consistente con la ley vigente, para el desempeño de sus funciones.
7. **Organizaciones de Adquisición de Órganos** – De conformidad con las leyes pertinentes, podemos divulgar información médica a organizaciones de adquisición de órganos u otras entidades dedicadas a la adquisición, almacenamiento o trasplante de órganos con fines de donación y trasplante de tejido.
8. **Mercadeo** – Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o darle información en persona acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con salud, que pudieran interesarle.
9. **Administración de Alimentos y Drogas (FDA por sus siglas en inglés)** – Podemos divulgar a la FDA información médica en relación a eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos y productos, así como defectos, retiros, reparaciones o reemplazo de productos.
10. **Compensación de los Trabajadores** – Podemos divulgar información médica en la medida que esté autorizado y hasta el punto que sea necesario para cumplir con leyes relacionadas a compensación de los trabajadores o programas similares establecidos por la ley.
11. **Salud Pública** – Como lo requiere la ley, podemos divulgar su información médica a las autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades.
12. **Cumplimiento de la Ley** – Podemos divulgar información médica para fines de cumplimiento de la ley, según lo requiere la ley o en respuesta a una citación.
13. **Escuelas** – Podemos divulgar registros de vacunación infantil a las escuelas.

La ley federal tiene disposiciones para que su información médica se revele a una agencia apropiada de supervisión de salud, autoridad de salud pública o abogado, siempre que un miembro de la fuerza laboral o asociado comercial crea de buena fe que nos hemos involucrado



en alguna conducta ilícita o hemos violado estándares profesionales o clínicos y estemos potencialmente poniendo en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o el público.

**Fecha Efectiva:** Enero 1, 2009

**Oficial de Privacidad:** Samantha Garcia

**Telephone:** (210) 492-3519

**Address:** 3519 Paesano's Parkway, Suite 103  
San Antonio, TX 78231

Acuse de Recibo  
Del  
Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo, \_\_\_\_\_ he recibido una copia del  
(Nombre del Paciente)

Aviso de Prácticas de Privacidad de **Lorenzana Periodontics Group, P.A.**

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente/Padre o Responsable)

**Nuestro Personal Completará Esta Sección Si No Se Obtiene Firma**

Nuestra oficina hizo un esfuerzo de buena fe para obtener Acuse de Recibo de Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no pudo obtenerse por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_ El paciente se negó a firmarlo.

\_\_\_\_\_ Situación de emergencia nos impidió obtener la firma del paciente.

\_\_\_\_\_ Barreras de idioma nos impidieron obtener la firma del paciente.

\_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_