



Knox Village Dentistry & Orthodontics  
Office 214.265.7771  
Fax 214.559.7078

---

## RECONOCIMIENTO NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

**\*Usted puede decidir no firmar\***

He recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de Knox Village Dentistry & Orthodontics. Entiendo que Knox Village Dentistry & Orthodontics tiene el derecho a cambiar las Prácticas de Privacidad de tiempo a tiempo y que yo puedo comunicarme con Knox Village Dentistry & Orthodontics en cualquier momento para obtener una copia de la Notificación más reciente de las Prácticas Privadas.

Nombre del Paciente (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma del paciente/ \_\_\_\_\_

Representante Legal  
Relacion al Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

---

### PARA USO DE LA OFFICINA

---

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)



**Knox Village Dentistry & Orthodontics**

**Office 214.265.7771**

**Fax 214.559.7078**

**Poliza Finacial**

Nombre del paciente : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias por escoger a Knox Village Dentistry & Orthodontics, como su proveedor dental lo siguiente es nuestra poliza financiera, Nuestra preocupacion es que usted reciba el tratamiento adecuado y optimos para mantener su salud dental. Por lo tanto si tiene alguna pregunta o preocupacion sobre nuestra poliza de pagos por favor no tarde en preguntarle a nuestro administrador de oficina. Le pedimos a todos nuestros pacientes que lean y firmen nuestra poliza financiera junto con la forma de informacion del paciente antes de ver al dentista.

El pago para los servicios es debido cuando se rinden los servicios. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de credito. Estaremos contentos en procesar su aseguranza para usted desde luego nos proporsienen con la informacion adecuada. Sin embargo usted debe entender lo siguiente.

1. Su poliza de seguro es un contrato entre usted y su empleo y la compania de seguro nosotros "no" estamos afiliados con ese contrato nuestra relacion es con usted no con su compania de seguro.
2. Todos los cobros seguro son su responsabilidad sin importar si su compania de segura pague todos los servicios estan cubiertos en todos los contratos . Algunas de las aseguranzas seleccionan arbitrariamente que servicio no cubren.
3. Cobro por los servicios, junto con deductibles y co- pagos tienen que ser rendidos a la hora del tratamiento. Nostotros aceptamos . Efectivo, cheques y tarjetas de credito.
4. Si su compania de seguro no paga el balance completo en 30 dias le pedimos que se comuniquen con su seguro para apresurar el procedmiento de su demanda.
5. Si su aseguranza de seguro no paga por completo en plazo de 45 dias , nosotros requerimos que pague el balance debido en efectivo, cheque o tarjeta de credito.
6. Usted sera responsable en notificarnos inmediatamente cual quier cambio de direccion estado de trabajo, o aseguranza y habilidad de beneficios una falta de hacer tal puede resultar en un balance deferente por cual usted sera responsable.

Por favor tome nota de no cancelar su cita con 24 horas de anticipo resultara con un cobro de \$25.00 por la cita perdida. Aganos el favor de llamar para cambiar su cita.

Nostotros entendemos que temporalmente problemas finaciales afectan el pago a tiempo de su balance le sugerimos que nos comunicqué algun problema para poder asistirte en el mantenimiento de su cuenta.

Una vez mas le agradecemos por elegirnos como su proveedor dental. Apreciamos su confianza en nosotros y la oportunidad de servirles.

---

Firma del paciente / padre/ guardian / (si el paciente es menor de 18 anos padre o guardian debe firmar.)



**Knox Village Dentistry & Orthodontics**  
**Office 214.265.7771**  
**Fax 214.559.7078**

**Informacion del Paciente**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido
Nombre

Masculino     Femenio   
  Casado/a     Soltero/a     Nino/a \_\_\_\_\_

Telefono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Alterno: \_\_\_\_\_

Cual es su preferencia de horario:  Manana     Tarde     Any Time     L     M     M     J     V

Direcion: \_\_\_\_\_

Calle Apartamento #

Ciudad Estado Codigo Postal

**Informacion Salud**

Razon de la Visita: \_\_\_\_\_

Favor responder a las siguientes preguntas lo mejor que pueda, tomando en cuenta que las respuestas correctas son importantes para la calidad del cuidado. Toda la informacion que usted prove sera confidencial.

FAVOR RESPONDA AL CIRCULAR Si O No PARA CADA PREGUNTA.

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Esta usted bien de salud?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Ha habido algun cambio en su salud durante este ultimo ano?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Fecha del ultimo examen con el medico? _____  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. Esta usted actualmente bajo cuidado medico?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Si lo esta cual es la razon _____  |                             |                             |
| 5. Ha tenido alguna enfermedad seria, operaciones o ha estado hospitalizado?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Describa y anote fechas aproximadas _____  |                             |                             |
| 6. Ha tenido algun tipo de sedacion intravenosa o anestesia general?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tuvo algun tipo de efectos negativos? _____  |                             |                             |
| 7. Por lo general, tolera tratamientos dentales sin ningun problema?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. <b>TIENE O HA TENIDA ALGUNA VEZ;</b>  |                             |                             |
| A. Enfermedades del corazon detectadas desde su nacimiento?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| B. Fiebre reumatica o enfermedad del Corazon rematica?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| C. Enfermedades cardiovasculares?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| D. Enfermedades pulmonares (Asma, Enfisema, Tos cronica, bronquitis, Neumonia, tuberculosis, falta de aire, tos severa)? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| E. Desordenes neurologicos (ataques, epilepsia, desmayos, mareos o desordenes nerviosos)?                                | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| F. Enfermedades de la sangre (sangrando, amemia, transfusion de sangre, o le Salen moretes facilmente)?                  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| G. Enfermedades del higado (jaundice, hepatitis)?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| H. Enfermedades de rinon?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| I. Diabetes?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| J. Enfermedades de la tiroide (hiotiroidismo, tumors)?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| K. Artritis? En donde? _____   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| L. Ulceras estomacales o problemas intestinales?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| M. Glaucoma?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| N. Llagas o lesions frecuentes en la boca?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| O. Implantes / articial en cualquier parte del cuerpo? (Corazon, cadera, rodilla)?                                       | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| P. Radiacion (tratamiento de rayos x contra el cancer) en la cabeza o cuello?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

- Q. Ruidos en la mandibula, dolor cerca del oido cuando mastica? Si  No
- R. Problemas nasals o sinusitis? Si  No
- S. Alguna enfermedad medicina, cirugia de transplante o HIV que haya disminuido su sistema inmunologico? Si  No
- T. Infecciones constants de cualquier indole? Si  No

**9. ESTA USTED TOMANDO O UTILZANDO CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE?**

- A. Antibioticos? Si  No
- B. Anticoagulantes? Si  No
- C. Medicaciones para la tirode? Si  No
- D. Antihisaminicos, descongretonates? Si  No
- E. Presion alta o Corazon? Si  No
- F. Esterides? Si  No
- G. Tranquilizantes, antidepreisvos? Si  No
- H. Medicinas Estomacales (anti acidos)? Si  No
- I. Medicinas reducir ed colesterol? Si  No
- J. Asprina, ibuprofen NSAIDS o medicinas anti-inflamatorias, narcoticos, opio u otro medicamento para reducir el dolor? Si  No
- K. Pastillas para bajar de peso de dieta (sin prescripcion o natural)? Si  No
- L. Vitaminas, remedies natural (ginko biloba, efedra, ginseng, etc.) u otros suplementos? Si  No
- M. Marihuana, cocaine u otros drogas recreacionales? Si  No
- N. Algun otro medicamento, pastilles, suplementos o drogas? Si  No

FAVOR DE ANOTAR TODAS LOS MEDICAMENTOS QUE ACTUALMENTE INGIERE: \_\_\_\_\_

**10. ES USTED ALERGICO O HA TENIDO ALGUNA REACCION A:**

- A. Anestesia local (como nuvocania)? Si  No
- B. Penicilina, amoxicilina o cefalosporina? Si  No
- C. Barbituratos o sedantes? Si  No
- D. Codein, narcoticos u opio? Si  No
- E. Latex? Si  No
- F. Otras alergias o reacciones? Si  No

11. Tiene fiebre, piquetes o algerias en la piel, etc.? Si  No

12. Consume alcohol? Cuanto diariamente? Hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

13. Fuma? Si  No

14. Consume tabaco bucal? Si  No

15. Esta o ha estado en un programa de recuperacion alcholica o de drogas? Si  No

16. Tiene alguna otra enfermedad, condicion o problema que no haya sido listado que ustedpiense que el medico deba saber? Si  No

17. Algun comentario adicional? \_\_\_\_\_

**18. MUJERES:**

- A. Toma pastillas anticonceptivas? Si  No
- B. Esta embarazada, tratando de quedar embarazada o alguna posibilidad que pudiera Estar embarazada? Si  No
- C. Esta amamantando? Si  No
- D. Esta tomando algun reemplazo hormonal? Si  No

Entiendo la importancia de la historia de salud verdadera y se que informacion encompleta pueda tener algun efecto en mi tratamiento. De acuerdo a mi conocimiento, la informacion anteriormente desrita esta completa y es verdadera.

Fecha \_\_\_\_\_

Fima de la persona que complete la historia medico \_\_\_\_\_

**Referido Por:**

- Amigo       Othro paciente       Referido por miembro de la familia       Yellow Pages
- Periodico       Escuela       Trabajo       Ohtra \_\_\_\_\_

Nombre de persona ha referido a nuestro oficina: \_\_\_\_\_