

CUIDADO DE HIGIENE DENTAL MoVIL

Consentimiento para el tratamiento

Denise Cozza, RDHAP, #189
P.O. Box 406
Arroyo Grande, CA 93421
(805) 441-0454
sdcozza@pacbell.net

www.smilecareprovider.com

Maureen Kaye, RDHAP, #171
P.O. Box 2357
Atascadero, CA. 93423
(805) 268-9874
mk@smilecareprovider.com

Nombre del paciente: _____

Sexo: Hombre Mujer

Domicilio del paciente: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

Fecha de nacimiento: _____ UCI # _____

Telefono: _____

Nombre del dentista: (si es aplicable) _____

Telefono del dentista: _____

Fecha de la Ultima visita al dentista: alio? _____

Condicion medica o discapacidad actual o de largo plazo: (circule todo lo que aplique)

Soplo cardiaco	Si No	Alta presion sanguinea	Si No	Terapia de radiacion	Si No
Marcapasos cardiac	Si No	Prolapso de la valvula mitral	Si No	Paralisis cerebral	Si No
Hemofilia	Si No	Reemplazo / articulacion de cadera	Si No	Esclerosis multiple	Si No
HIV positive	Si No	Hepatitis	Si No	Ceguera	Si No
Diabetes	Si No	Epilepsia o ataques de apoplejia	Si No	Sordo	Si No
Drogadiccion	Si No	Demencia	Si No	Enfermedad de Parkinson	Si No
				Enfermedad de Alzheimer	Si No

Otras condiciones medicas? _____

Especifique cualquier alergia: _____

Tiene una lista de medicamentos? _____

De acuerdo con las Regulaciones de Privacidad creadas por en Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Medicos de 1996 (HIPAA), estamos obligados a mantener la confidencialidad de su informacion de salud. Nos damos cuenta de que estas leyes son complicadas, pero debemos proporcionarle en siguiente informacion importante que describe como podemos usar y divulgar su informacion de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago de la operacion de atencien medica y para otros tines permitidos o requeridos por ley.

Utilizaremos y divulgaremos su informacion de salud protegida para proporcionar. coordinar o administrar su cuidado dental y cualquier servicio relacionado. Por ejemplo: su informacion de salud dental puede ser proporcionada a un dentista al que ha sido referido para asegurarse de que el dentista tenga la informacion necesaria para diagnosticarlo o tratarlo. Ademas, podemos divulgar

su informacion de salud protegida periodicamente a otro dentist, medico o proveedor de atencion media que participe en su atencion.

Firma del paciente: _____

Firma del padre, tutor o tutor: _____