

Aristidis Pontikas, D..M..D., M.S.,P.L.L.C.

Medical/Dental History

Nombre: Primero, Segundo, Apellido		Sexo	Fecha de Nacimiento	Estado Civil
Direccion (Calle, Ciudad, Estado, Codigo Postal)			Numero de Seguro Social	
Numero de Telefono en casa	Numero de Telefono en su Oficina	Telefono Celular/ Beeper		Direccion de Negocio
Persona Responsable de Pago de Cuenta		Relacion		Numero de Telefono c) t)
Nombre del Dentista	Referido a esta oficina por:	Ocupacion		Correo Electronico
En Caso de Emergencia- en Contacto con Nombre y Numero de Telefono				Preferido Hospital
Nombre y Direccion de la Compania de Primer Seguro Medico			Numero de Seguro Social Subscriptor	
Nombre del Subscriptor		Nombre de la Compania o grupo		
Numero de Grupo		Relacion con el Paciente al Subscriptor- Mismo Conyuge Nino		
Segunda Compania de Seguro		Numero de Seguro Social Subscriptor		
Nombre de Subscriptor		Nombre de la Compania o Grupo		
Numero de Grupo		Relacion con el Paciente al Subscriptor- Mismo Conyuge Nino		
Nombre del Doctor	Direccion		Telefono numero y numero de fax	
Mi Ultimo Examen Fisico fue en (Fecha)		Reesultados:		
Esta siendo visto por un Doctor en este momento? Si su respuesta es Si, Cual es la razon?				
Esta tomando algun medicamneto en este momento? (incluyendo Aspirina, Coumadin o Anticonceptivos) Si una lista de ellos sí.				
¿Es sensible o alérgico a algún medicamento? En caso afirmativo, indique las razones y las fechas:				
¿Es sensible o alérgico a algún medicamento? En caso afirmativo, indique las razones y las fechas:				
Alguna vez ha tenido implantes, trasplantes, o reemplazos articulares? En caso afirmativo ¿Cuándo?				
¿Are usted ahora, o que nunca han tomado medicamentos para la osteoporosis? En caso afirmativo, cuál y por cuánto tiempo?				

Do you currently or have you had

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Phen Phen/Redux | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Asma |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Tratamiento psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Prolapso de la valvula mitral | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Quimioterapia (cancer) | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiacion | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No SIDA |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Presion arterial baja | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Trazo- Fecha_____ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No VIH Positivo |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Esclerosis multiple | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Enfermedad tiroidea | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No La angina de pecho | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Lupus |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Desmayos o mareos | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Fiebre Escarlata | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Corazon murmer | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Alergia o urticaria | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Enfermedades venereas | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Anemia |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Enfermedades de la vesicular biliar | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Artritis |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Reemplazo de articulaciones | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Enfermedad de la vejiga | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Fumar/ Tabaca de uso | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Ataque al corazon -fecha_____ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Diabetes |

- Yes No ¿Tiene dificultad para respirar después de ejercicio suave?
- Yes No ¿Usa almohadas extra para dormir?
- Yes No ¿Á hinchon los tobillos?
- Yes No ¿Te hematomas con facilidad?
- Yes No ¿Alguna vez ha tenido ictericia?
- Yes No ¿Tienes que orinar (pasa el agua) a más de 6 veces al día?
- Yes No ¿Are sed que la mayor parte del tiempo?
- Yes No ¿Tiene la boca con frecuencia se seque?
- Yes No ¿Ha perdido o ganado peso (más de 10 libras) en el último año?
- Yes No ¿Are que a raíz de una dieta?
- Yes No ¿Tiene cataratas o glaucoma?
- Yes No ¿Tiene dificultad para tragar?
- Yes No Un médico siempre ha dicho que tiene cáncer o un tumor?
- Yes No ¿Alguna vez ha tenido exceso de sangrado de un corte o herida?
- Yes No ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o graves?
- Yes No ¿Le preocupa mucho?
- Yes No ¿Are bajo estrés anormal? (por ejemplo, civil, empresarial o social)
- Yes No ¿Se siente usted necesita atención psiquiátrica o asesoramiento?
- Yes No ¿Usted a veces, tomar medicamentos para aliviar el nerviosismo?
- Yes No ¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado arriba?

En caso afirmativo, explica: _____

- Yes No ¿Ha tenido graves problemas asociados con cualquier tratamiento dental?

En caso afirmativo, explica: _____

- Yes No ¿Te sangran en exceso después de una extracción dental?
- Yes No ¿Ha tenido radiografías dentales recientemente? En caso afirmativo, cuando: _____
- Yes No ¿Ha tenido reacciones indeseables a los anestésicos locales o generales? (por ejemplo, Novocaína o de gas)
- Yes No ¿Usted apriete o moler los dientes?
- Yes No ¿Are cualquiera de los dientes sensibles al frío o dulces?
- Yes No ¿Está usted satisfecho con la apariencia de sus dientes?
- Yes No ¿Ha tenido excesiva hinchazón o dolor después de la cirugía oral?
- Yes No Los dientes han sido limpiadas recientemente? En caso afirmativo, cuando : _____
- Yes No ¿Tiene sangrado de encías?
- Yes No ¿Tiene usted un mal sabor en la boca?
- Yes No Paquete de alimentos no entre los dientes?
- Yes No ¿Tiene dolor con la masticación?
- Yes No ¿Su mandíbula o haga clic en el pop al masticar?
- Yes No ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para la enfermedad periodontal?
- Yes No Tiene un dentista nunca terreno en los dientes para corregir su mordida?
- Yes No ¿Está usted dispuesto a participar activamente en el tratamiento de su enfermedad periodontal?

Exponer sus sentimientos hacia la prótesis: _____

¿Cuál es su principal queja relativa a la boca o los dientes? _____

Mujeres:

- Yes No ¿Tiene problemas con sus períodos? (Si no menstruación, sin respuesta.)
- Yes No ¿Tuvo alguna complicación durante el embarazo (si no han quedado embarazadas, ninguna respuesta.)
- Yes No ¿Está embarazada? Fecha de entrega: _____
- Yes No ¿Está tomando anticonceptivos orales (píldoras de control de la natalidad)?

A mi leal saber y entender todo lo anterior respuestas son verdaderas y correctas, si tengo algún cambio en mi salud, me informará Aristidis Pontikas Dr. en mi próxima cita.

Firma

Date

Aristidis Pontikas, D.M.D., M.S., P.L.L.C.

Liberación y Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Entiendo que soy personalmente responsable por el pago completo de todos los servicios, tratamientos y productos en el momento en los servicios dentales son prestados, a menos que, los arreglos financieros han sido realizadas con anterioridad a la consulta y que me ha presentado por escrito, acompañada de la firma del personal autorizado en la práctica del Dr. Aristidis Pontikas. Entiendo que en su caso, informes de crédito puede ser obtenido, a fin de facilitar las modalidades de pago, si así lo desea.

Por la presente autorizo el pago directamente al Dr. Aristidis Pontikas de beneficios dentales si las hubiere, de otro modo pagadero a mí para los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de las tarifas no cubiertas por mi proveedor de seguro dental. También entiendo que cualquier co-pago o el dinero pagado a los tratamientos dentales y procedimientos realizados en la instalación es sólo una estimación, las cantidades adeudadas y efectivo se determinará en el momento reclamaciones de pagos de seguro dental se han pagado en su totalidad.

En el caso de que en mi nombre por defecto de este acuerdo, estoy de acuerdo en pagar los intereses, honorarios de abogados, gastos de recaudación, y los honorarios del abogado incurridos como resultado de falta de pago. Yo entiendo que si la totalidad del saldo de mi cuenta no es abonado en su totalidad (30) días calendario siguientes a la recepción de la notificación de la delincuencia, cargos por financiamiento será evaluada, y mi cuenta con el Dr. Aristidis Pontikas será ajustado para reflejar las mencionadas. Entiendo que es mi responsabilidad para actualizar mi registro en el Dr. Aristidis Pontikas oficina en caso de cualquier dirección, número de teléfono o de seguros los cambios inmediatamente. Voy a ser responsable de cualquier repercusión como resultado de mi falta de informe de dichos cambios.

Yo entiendo que ofrecerá el Dr. Aristidis Pontikas notificación con al menos una semana antes de procedimientos quirúrgicos, y dos días hábiles antes de los nombramientos no quirúrgico de cualquier otro modo que no sean emergencias.

Por la presente autorizo al Dr. Aristidis Pontikas para liberar toda la información adquirida en el curso del examen o el tratamiento a mi seguro dental o de otro tipo / los profesionales de la medicina.

Firma de Paciente / Guardian
(Requerido si un menor de edad)

Personal de la firma Testigos

Fecha

Aristidis Pontikas, D.M.D., M.S., P.L.L.C.

Consentimiento para el uso y divulgación de la información sanitaria

Propósito: En los casos en que el Dr. Aristidis Pontikas tal como no confiar en los acuses de recibo, como base para usar o revelar información de salud, esta forma se utiliza para obtener el consentimiento del paciente para usar y divulgar el estado del paciente la información de salud protegida para llevar el tratamiento, actividades de pago, y operaciones de atención de salud, tal como se describe con más detalle en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

SECTION A: PATIENT GIVING CONSENT

Nombre: _____

Dirreccion: _____

Telefono: _____ Correo Electronico: _____ Numero de Seguro Social: _____

SECCIÓN B: AL PACIENTE, POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES.

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted su consentimiento para nuestro uso y divulgación de su información protegida de salud para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago, y operaciones de atención de salud.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si firmar este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago, y operaciones de atención de salud, de los usos y las revelaciones que puedan hacer de su información protegida de salud, y de otros asuntos importantes acerca de su información protegida de salud. Una copia de nuestro aviso está disponible bajo petición. Le recomendamos que lea cuidadosamente y completamente antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad que se describen en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas, se publicará una versión revisada del Aviso de Prácticas, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad incluida cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento poniéndose en contacto con:

Persona de Contacto: Sunny, or Dr. Aristidis Pontikas
7725 North 43rd Avenue Suite #724
Phoenix, Arizona 85051
Telephone (623) 934-1676 Fax (623) 934-6630

Derecho a revocar: Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dando aviso escrito de su revocación presentado a la persona de contacto mencionados arriba. Por favor, comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará a cualquier acción que tomamos en la confianza en este consentimiento antes de recibir su revocación, y que puede negarse a tratamiento médico o para continuar el tratamiento si usted revocar este consentimiento.

Firma

Yo _____, Me han tenido plena oportunidad de leer y examinar el contenido de este formulario de consentimiento y su aviso de prácticas de privacidad. Yo entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, yo estoy dando mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información protegida de salud para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidado de salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si un representante personal en nombre de la paciente signos de este consentimiento, realice los siguientes:

Nombre del Representante Personal: _____ Relación con el Paciente : _____

Usted tiene derecho a una copia de este Consentimiento después de firmarlo.

Incluir en el consentimiento del paciente gráfico.