

#### FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y HISTORIA DE SALUD

Sr.  Sra.  Srta.  Dr. Sexo:  Masculino  Femenino Apodo (si tiene) \_\_\_\_\_  
Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ DL# y estado \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ ¿Su celular acepta mensajes de texto?  Sí  No  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Familiar, pariente o amigo a contactar en caso de emergencia:  
Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

#### Propósito de su visita - Su conciencia de riesgo - Su estado de salud oral.

¿Qué problema dental/oral lo trajo a nuestra oficina hoy? (explique) \_\_\_\_\_  
 Sí  No ¿alguna vez ha sido informado sobre los problemas de salud relacionados con la enfermedad de las encías y las infecciones bacterianas dentales/orales que pueden causar ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, problemas diabéticos, daño cerebral, entre otros?  
¿Qué le gustaría lograr hoy (explique)? \_\_\_\_\_  
 Aliviar el dolor  Mejorar mi sonrisa  Conservar mis dientes  Eliminar la infección  Mejorar la confianza en mí mismo  Masticar mejor  
En una escala del 1 al 10, siendo 10 lo más importante, ¿qué tan importante es su salud dental/oral para usted? \_\_\_\_\_  
En una escala del 1 al 10, siendo 10 lo mejor, ¿dónde cree que se encuentra actualmente su salud dental/oral? \_\_\_\_\_  
Si su puntaje de salud dental/oral no es de 9 o superior, ¿qué es lo que le impide alcanzar su objetivo (por ejemplo, falta de tiempo, miedo, falta de conciencia)? \_\_\_\_\_

#### Otra información relacionada con la visita dental (marque todo lo que corresponda):

Mala experiencia dental en el pasado  Miedo al tratamiento dental  Miedo al dolor  Incapacidad para comer bien  
 No satisfecho con la apariencia dental o la sonrisa  No satisfecho con dentaduras o aparatos removibles/partial.  
¿Fecha de la última limpieza? \_\_\_\_\_ Frecuencia de limpieza: \_\_\_\_\_  
¿Fecha de la última limpieza profunda? \_\_\_\_\_ Frecuencia de limpieza profunda si se ha realizado más de una vez: \_\_\_\_\_  
 Estoy interesado/a en hacer el trabajo hoy, si la agenda de su consultorio lo permite  
Si tuvieras una varita mágica, ¿qué cambiarías en tu sonrisa/salud oral? (marca todas las opciones que correspondan):  
 Mantener mis dientes por más tiempo  Prevenir gastos enormes en trabajos dentales  Reemplazo permanente de dientes  
 Prevenir la pérdida ósea  Eliminar/arreglar mis dentaduras  Detener el sangrado de las encías  
 Detener la pérdida de dientes  Otro (mencionar) \_\_\_\_\_

#### ¡Un poco sobre MÍ!

Mis deportes y equipos favoritos: Deporte (mencionar) \_\_\_\_\_ Equipo (mencionar) \_\_\_\_\_  
Cosa favorita que hago en mi tiempo libre (marque todo lo que corresponda)  Películas  Música  Internet  Otro (mencionar) \_\_\_\_\_  
Mi lugar favorito para ir de compras es \_\_\_\_\_ Mi comida favorita y restaurante es \_\_\_\_\_  
Mi restaurante de comida rápida favorito es \_\_\_\_\_ y mi organización sin fines de lucro favorita (si hay alguna) es \_\_\_\_\_  
Mis regalos favoritos (marque todos los que correspondan):  Bolsa de mano  Perfume  Reloj  Gadget (mencionar) \_\_\_\_\_  
 Otro (mencionar) \_\_\_\_\_  
Tarjetas de regalo que me gustan (marque todas las que correspondan):  Starbucks  Target  Walmart  Amazon  
 Kohl's  Macy's  Best Buy  Home Depot  Otra (mencione) \_\_\_\_\_  
Idiomas que hablo (además del inglés) \_\_\_\_\_ Crecí en (lugar) \_\_\_\_\_  
Países que he visitado: \_\_\_\_\_ Mejor lugar que he visitado recientemente: \_\_\_\_\_

#### ¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? (fuente de referencia)

Dentista: Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_  
 Ortodoncista: Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_  
 Médico: Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_  
 Amigo/Familiar: Nombre \_\_\_\_\_  Anuncio en la calle/Por señalización en la calle  Internet (fuente) \_\_\_\_\_

- Google     Yahoo     Bing     Ask.com     ZocDoc     Facebook     Twitter     Yelp     Dr.Oogle  
 Healthgrades.com     Ratemds.com     Vitals.com     Otro (fuente)

Término de búsqueda utilizado durante la búsqueda en línea: \_\_\_\_\_

Tengo una cuenta de usuario con (marque todo lo que corresponda):  Yelp     Angie's List     Gmail

Flyer     Folleto     Tarjeta de presentación    Recogí su folleto/folleto/tarjeta de presentación de la (nombre del lugar):

Dentista \_\_\_\_\_  Médico \_\_\_\_\_  Otro (mencionar) \_\_\_\_\_

**Pasa la voz... ¿A quién puedes ayudar/referir? Los grupos de apoyo moral de bienestar ayudan a las personas a vivir más tiempo.**

¿Quién puede necesitar tu ayuda con una referencia para una consulta dental gratuita?

Nombre, número de celular y correo,& electrónico 1) \_\_\_\_\_

Nombre, número de celular y correo,& electrónico 2) \_\_\_\_\_

Nombre, número de celular y correo,& electrónico 3) \_\_\_\_\_

Nombre, número de celular y correo,& electrónico 4) \_\_\_\_\_

Nombre, número de celular y correo,& electrónico 5) \_\_\_\_\_

**Persona responsable de esta cuenta**

¿Quién es responsable de esta cuenta?     Yo mismo/a     Otro/a    Si es otro, por favor complete lo siguiente:

Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Parentesco:     Esposo/a     Padre     Madre     Otro

SSN \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ DL# \_\_\_\_\_

Número de casa \_\_\_\_\_ Número de trabajo \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ Número de celular \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la anterior) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

**Seguro dental y/o médico principal (proporcione solo la información del titular de la póliza)**

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Sexo:     Masculino     Femenino    Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de casa \_\_\_\_\_ Número de trabajo \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ Número de celular \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Teléfono de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ Nombre del grupo/empleador \_\_\_\_\_

**Lista de condiciones médicas**

**Marque todas las siguientes condiciones que haya tenido en el pasado o que se apliquen actualmente a usted:**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio _____           | <input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla _____   | <input type="checkbox"/> Síndrome de intestino irritable       | <input type="checkbox"/> Neumonía                              |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho al hacer esfuerzos | <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera _____  | <input type="checkbox"/> Colitis                               | <input type="checkbox"/> Artritis                              |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire                        | <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga                   | <input type="checkbox"/> Trastornos del tejido conectivo       |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta                | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA   | <input type="checkbox"/> Diabetes                              | <input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos               |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial baja                | <input type="checkbox"/> Recibió transfusión de sangre  | <input type="checkbox"/> Diabetes dependiente de insulina      | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos                  |
| <input type="checkbox"/> Ataque isquémico transitorio         | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática o ictericia  | <input type="checkbox"/> Diabetes descontrolada                | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza crónico/migrañas      |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar   | <input type="checkbox"/> Bajo nivel de azúcar en sangre        | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones _____          |
| <input type="checkbox"/> Prótesis de válvula cardíaca         | <input type="checkbox"/> Anemia/Leucemia  | <input type="checkbox"/> Terapia de radiación                  | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental             |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral        | <input type="checkbox"/> Trastorno de la coagulación  | <input type="checkbox"/> Quimioterapia                         | <input type="checkbox"/> Fatiga crónica                        |
| <input type="checkbox"/> Lesión cardíaca congénita            | <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad  | <input type="checkbox"/> Historial de cáncer                   | <input type="checkbox"/> Pérdida/recuperación reciente de peso |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                     | <input type="checkbox"/> Hemofilia  | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                       | <input type="checkbox"/> Glaucoma                              |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal   | <input type="checkbox"/> Uso de dispositivo de apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Usar lentes de contacto               |
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca dañada              | <input type="checkbox"/> Diálisis activa  | <input type="checkbox"/> Asma                                  | <input type="checkbox"/> Visión borrosa/impedida               |
| <input type="checkbox"/> Latido cardíaco irregular            | <input type="checkbox"/> Función renal deteriorada  | <input type="checkbox"/> Bronquitis                            | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                       |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia                          | <input type="checkbox"/> Reflujo esofágico  | <input type="checkbox"/> Enfisema                              | <input type="checkbox"/> Condición tiroidea                    |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca                     | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los senos paranasales   | <input type="checkbox"/> Cáncer, tumor o crecimientos          |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco                  | <input type="checkbox"/> Úlcera de estómago   | <input type="checkbox"/> Toser sangre                          |  |
| <input type="checkbox"/> Lupus Eritematoso Sistémico (LES)    | <input type="checkbox"/> Anorexia o bulimia   | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                          |  |

Si ha marcado alguna de las opciones anteriores o tiene alguna enfermedad, problema o condición no mencionada anteriormente, por favor explique: \_\_\_\_\_

## Historial Médico

Médico actual (si lo tiene): Nombre \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está en buena salud? Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Ha sido tratado recientemente por alguna enfermedad por su médico? Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_  
Si es así, ¿por qué está siendo tratado? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha estado hospitalizado en los últimos cinco años?  
Si es así, describa: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Tiene lesiones no curadas/recurrentes o áreas inflamadas, crecimientos o puntos dolorosos en o alrededor de su boca?  
Si es así, describa: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Tiene una articulación protésica u otro implante metálico? Si es así, explique: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Ha tenido un stent cardíaco? Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Ha tenido un marcapasos? Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Ha tenido una sustitución de válvula cardíaca o injerto vascular? Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Le ha dicho su cardiólogo, médico o dentista que tome antibióticos antes de tener cualquier tipo de procedimiento dental, **para cualquier enfermedad o afección relacionada con el corazón (como una válvula cardíaca dañada/filtrante)?**

Sí  No ¿Le ha dicho su cirujano ortopédico, médico o dentista que tome antibióticos antes de tener cualquier tipo de procedimiento dental, **para cualquier enfermedad o afección relacionada con la ortopedia (como una prótesis total de cadera/rodilla)?**

Sí  No **¿Está tomando actualmente algún medicamento anticoagulante (por ejemplo, Aspirina)?** Si es así, ¿qué, cuánto y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Le ha indicado su dentista que tome antibióticos antes de tener cualquier tipo de procedimiento dental, rutinariamente? Si es así, para qué afección o enfermedad (explique)? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Fuma usted? Si es así, ¿cuánto? \_\_\_\_\_  al día  semana  mes

Sí  No ¿Usa tabaco sin humo? Si es así, ¿en qué forma? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto? \_\_\_\_\_  al día  semana  mes

Sí  No ¿Ha usado tabaco en el pasado? Si es así, ¿cuánto? \_\_\_\_\_  al día  semana  mes  
Fecha de abandono: Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Bebe alcohol?  Regularmente  Ocasionalmente  
Si es así, ¿cuánto? \_\_\_\_\_  al día  semana  mes

Sí  No ¿Tiene algún historial de abuso de alcohol? Si es así, explique: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Tiene algún historial de abuso de sustancias o consume drogas recreativas actualmente?  
Describa la forma, uso o historial de abuso: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Ha tomado alguna vez o está tomando actualmente alguno de los siguientes medicamentos por vía oral (marque todos los que correspondan)?  Pastillas para adelgazar Fen-Phen  Otras pastillas para adelgazar (explique) \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Hay antecedentes familiares de:  Cáncer  Diabetes  Enfermedad cardíaca  Problemas con la anestesia

Sí  No ¿Ha recibido alguna vez radioterapia en la cabeza y el cuello?  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de cáncer? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Ha recibido tratamiento de quimioterapia para algún tipo de cáncer?  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de cáncer? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Se le propagó el cáncer a los huesos y recibió tratamiento para esta propagación ósea (metástasis)? Si es así, explique: \_\_\_\_\_

Para **cualquier enfermedad o condición relacionada con los huesos, ¿alguna vez se le ha administrado o está tomando actualmente alguno de los siguientes medicamentos** (marque todos los que correspondan)?

Me dieron este medicamento para tratar:  osteoporosis / osteopenia  otro problema óseo.

Me dieron este medicamento durante la quimioterapia contra el cáncer para tratar el cáncer óseo o la propagación de mi cáncer en el hueso

Vía de administración:  píldoras orales  intravenosas (IV)  intramusculares (IM)

Alendronato (Fosamax)  Risedronato (Actonel)  Ibandronato (Boniva)  Pamidronato (Aredia)

Zometa (Zolendronato)  Reclast (Zolendronato)  Xgeva (Denosumab)  Prolia (Denosumab)

Didronel  Bonefos  Skelid  Bisfosfonatos orales / IV

Sunitinib (Sutent)  Sorafenib (Nexavar)  Bevacizumab (Avastin)  Sirolimus (Rapamune)

Oncólogo (si corresponde): Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**NOTA PARA MUJERES** (marque todas las que correspondan): Estoy tomando píldoras anticonceptivas E estoy embarazada Estoy amamantando

Algunos medicamentos (por ejemplo, la penicilina) pueden alterar la efectividad de las píldoras anticonceptivas. Consulte a su médico para obtener ayuda sobre los métodos alternativos de control de la natalidad. Al firmar este formulario, acepto informar a la oficina sobre mi estado de embarazo antes de realizarme radiografías.

**Lista de medicamentos que está tomando actualmente con la razón / Alergias a medicamentos**

Nombre del medicamento, hierbas medicinales, medicamentos de venta libre, vitaminas o drogas callejeras	Dosificación (mg/mcg/ml)	Con qué frecuencia se toma	Enfermedades en tratamiento o razón por la que se toma	Recetado por el médico o auto recetado
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Auto

**Alergias a Medicamentos** Marque cualquier medicamento al que sea alérgico/a: Penicilina Tetraciclina Demerol Versed Tylenol Advil Eritromicina Sulfas Vicodin Halcion Ibuprofeno Anestésicos Dentales Keflex Codeína Lortab Valium Acetaminofén Látex Doxiciclina Hidrocodona Darvocet Aspirina Aleve Yodo

¿Algún otro? \_\_\_\_\_

**Honorarios y Pagos**

En ToothHQ, su salud oral, salud en general y el costo de su atención dental es muy importante para nosotros. Se pueden hacer arreglos financieros con nuestra oficina para cualquier tratamiento realizado. Si tiene algún seguro dental y/o médico, estaremos encantados de completar los formularios adecuados para un reembolso apropiado. Recuerde que el seguro dental o médico es una forma de beneficio y se considera un método para reembolsar al paciente por las tarifas pagadas al médico y no es un sustituto del pago. Algunas compañías pagan una asignación fija para ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. ToothHQ hará todo lo posible para estimar los beneficios de su aseguradora. Sin embargo, es su responsabilidad final pagar el monto del deducible, la co-seguro, el beneficio estimado no pagado por su aseguradora o cualquier otro saldo en su cuenta. Será responsable por todos los costos de agencias de cobro, honorarios de abogados, costos judiciales, tarifas administrativas y de procesamiento misceláneas. Por la presente autorizo el pago a ToothHQ de cualquier beneficio del seguro de otro modo pagadero a mí. Por la presente entiendo que se aplicará una tarifa de \$45.00 (cuarenta y cinco dólares), o la cantidad máxima permitida por la ley, por cada cheque devuelto. ToothHQ se reserva el derecho de reprogramar, cancelar, acortar o alargar una cita ya programada y cobrar cualquier depósito no reembolsable según sea necesario. Reconozco haber recibido información para mi cita de procedimiento del mismo día que requiere una tarifa de depósito de hasta \$250 (doscientos cincuenta dólares) y por la presente acepto pagar esta cantidad para asegurar mi cita que se aplicará como crédito en mi cuenta. Todas las citas requieren un mínimo de 48 horas antes de la cita para cancelar o reprogramar y evitar la tarifa de cancelación o reprogramación que puede variar hasta un máximo de \$250 y ToothHQ se reserva el derecho de aplicar este cargo a su cuenta ya sea que sea un paciente nuevo o un paciente establecido. ToothHQ se reserva el derecho de aplicar cargos financieros según corresponda, o la cantidad máxima permitida por la ley, a todos los saldos de cuentas después de 90 días según lo permitido por la ley estatal. Todos los servicios deben ser pagados en su totalidad en el momento del servicio, si el paciente o el garante se niegan a proporcionar información de identidad como copia de la licencia de conducir o número de seguro social.

## Autorización y Consentimiento

Por la presente, doy mi consentimiento a ToothHQ para usar, compartir y divulgar Información de Salud Protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo Tratamiento, Pago y Operaciones de atención médica (TPO), tal como lo regula la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). La PHI incluye información que es creada y recibida por la práctica y puede estar en forma escrita, electrónica o hablada. El Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA (NoPP) mantenida por ToothHQ describe tales usos y divulgaciones de manera más completa. Tengo el derecho de revisar el NoPP antes de firmar este consentimiento. ToothHQ se reserva el derecho de revisar su NoPP en cualquier momento. Un NoPP revisado puede ser obtenido enviando una solicitud por escrito a ToothHQ. Con este consentimiento, ToothHQ puede comunicarse con mi hogar u otro lugar designado y dejar un mensaje en el buzón de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de citas, cuestiones de seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros. Entiendo que las modalidades de comunicación de ToothHQ pueden incluir correo, llamadas telefónicas, correos electrónicos o mensajes de texto. También entiendo que cualquier modalidad de comunicación incluye riesgos como entrega incorrecta, robo, piratería, monitoreo, interceptación, alteración, entre otros. Acepto y entiendo los riesgos asociados con este tipo de comunicaciones. Al firmar esta autorización, confirmo que refleja con precisión mi deseo de recibir información de salud por los medios mencionados anteriormente y no responsabilizaré a ToothHQ por cualquier divulgación involuntaria de mi información de salud o cualquier costo que pueda incurrir asociado con el envío o recepción de este tipo de comunicaciones. Tengo el derecho de solicitar que ToothHQ restrinja cómo usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. Entiendo que tengo el derecho de terminar o revocar este consentimiento presentando una revocación escrita a ToothHQ en cualquier momento. ToothHQ puede no estar obligado a aceptar mis restricciones solicitadas y puede explicarlo. Al firmar este formulario, estoy dando mi consentimiento para permitir que ToothHQ use y divulgue mi PHI para llevar a cabo TPO tal como se explica aquí y en el NoPP. También reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de ToothHQ. Acepto y entiendo que ToothHQ no será responsable, independientemente de la forma de acción o teoría de recuperación, por ningún daño directo, indirecto, incidental, consecuencial, especial, punitivo o ejemplar relacionado con, o de cualquier manera relacionado con esta Autorización o el uso de ToothHQ de estos tipos de comunicaciones autorizadas aquí.

Por medio de la presente, autorizo y doy mi consentimiento para que los médicos y el personal de ToothHQ realicen un examen oral con el fin de diagnóstico y planificación del tratamiento. Además, autorizo la realización de todas las radiografías, tomografías computarizadas o fotografías, testimonios, videos, filmaciones, grabaciones (colectivamente conocidos como "elementos") necesarios como parte necesaria de este examen, cuidado continuo, investigación y desarrollo (I&D) o cualquier forma de promoción del cuidado del paciente y de la práctica. Entiendo que estos elementos, así como los documentos de atención al paciente, pueden ser utilizados para I&D, fines educativos en conferencias, demostraciones, publicidad y promoción, y publicaciones profesionales. Si alguno de estos elementos forma parte de la atención clínica, se le recomienda pero se niega, podemos hacer una nota de ello en su registro que libera a ToothHQ o al médico tratante de cualquier responsabilidad relacionada con su examen o tratamiento. Además, si es médicamente necesario, autorizo la divulgación de cualquier información adquirida en el curso de mi examen y tratamiento. Entiendo que este formulario no puede ser alterado o modificado de ninguna manera, excepto por escrito y suscrito por el paciente y un empleado autorizado de ToothHQ. Además, acepto que en caso de una renuncia por cualquier violación de cualquier término o condición en virtud de este documento no constituirá una renuncia de cualquier otro término o condición. Si alguna de las disposiciones contenidas en este Acuerdo se considera inválida, ilegal o inaplicable por cualquier organismo o un cuerpo judicial, tal decisión no afectará la validez y aplicabilidad de las demás disposiciones aquí contenidas. Tenemos el derecho de negar el tratamiento a cualquier persona si consideramos que este formulario está incompleto y contiene información inexacta o contradictoria con la documentación (como la licencia de conducir o la tarjeta de seguro) proporcionada. No responsabilizaré a ningún médico o personal de ToothHQ por ningún error u omisión que haya cometido en la cumplimentación de este formulario. Si soy una paciente mujer y, si corresponde, también acepto informar al personal que toma las radiografías y al médico tratante sobre mi estado de embarazo antes de cualquier procedimiento de radiografía que se realice, entiendo mis derechos para negar o aceptar cualquier procedimiento de radiografía recomendado si actualmente estoy embarazada, y no responsabilizaré a ningún médico o personal de ToothHQ por las consecuencias si consiento en tener el procedimiento de radiografía, mientras estoy, estaba o puedo haber estado embarazada. Yo, como paciente o tutor de un paciente menor de edad, acepto los términos, condiciones, declaraciones y políticas establecidos en este formulario al convertirme en paciente o garante del paciente en ToothHQ. Certifico que he recibido asesoramiento sobre cualquier pregunta relacionada con este formulario, entiendo completamente, reconozco y acepto la información anterior y estoy de acuerdo con mi firma a continuación.

Firma del paciente (padre o tutor si es menor)

Fecha

Revisión del médico / Notas:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Firma del médico: \_\_\_\_\_