

MEDICAL HISTORY FORM



Date _____

Patient Information:

Patient's Name: _____
Last First Middle Initial

Address: _____
Address City State Zip Code

Email Address: _____ SSN: _____ - _____ - _____ Date of Birth: ____/____/____ Age: _____

Sex: M F Home No: _____ Cell No: _____ Alt. No: _____

Parent/Guardian Insurance Information: Relationship to Patient: _____ SELF

Name: _____
Last First Middle Initial

SSN: _____ - _____ - _____ Insurance No.: _____ Driver License No.: _____

Date of Birth: ____/____/____ Insurance Telephone No.: _____ Group No.: _____

Employer: _____ Address: _____

Home No: _____ Cell No: _____ Work No: _____

Name and Number of nearest relative not living with you: _____

How did you hear about us? Please mark below:

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Yellow Pages | <input type="checkbox"/> Friend / Relative | <input type="checkbox"/> Flyers / Mail | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Sign | <input type="checkbox"/> THMP-Medicaid | <input type="checkbox"/> Health Fairs / Screenings | <input type="checkbox"/> Other (Specify) |
| <input type="checkbox"/> Employee | <input type="checkbox"/> Insurance / Employer | <input type="checkbox"/> TV Ad-Which Station? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Bill Board | | | |

Reason for today's dental visit: _____ Date of last dental visit: _____

Have you ever had an experience in a dental office that you would like to tell us about? Yes No

Please explain if yes: _____

Are you nervous about dental treatment? Yes No
Do your gums bleed, feel tender or irritated? Yes No
Are you unhappy with appearance of your teeth? Yes No

Are your teeth sensitive? Yes No
Do you have discolored teeth that bother you? Yes No

If yes, to what? Sweets Hot Cold Pressure

Are you now seeing a physician? Yes No The name & telephone number of your physician(s) _____

If so, what is the condition being treated? _____

Are you taking any medications? Yes No If yes, please list: _____

Have you or are you currently taking Aspirin? Yes No

If female, are you or do you suspect to be pregnant? Yes No Months: _____

Have you or are you currently taking oral Bisphosphates? Actonel Boniva Fosamax Skelif Didrone Other _____

Have you had any joint replacements? Yes No If yes, when? _____

Is there anything else we should know about your health that was not covered on this form? Yes No

If yes, Please explain: _____

Please mark any of the following which you have had or have at present:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heart Disease | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Nervousness | <input type="checkbox"/> NONE |
| <input type="checkbox"/> Heart Murmur | <input type="checkbox"/> Kidney Trouble | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease | <input type="checkbox"/> HIV + AIDS |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Bone Loss | <input type="checkbox"/> Chemo: (Cancer, Leukemia) | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease | <input type="checkbox"/> Epilepsy or Seizures | <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Hemophilia |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Ulcers | <input type="checkbox"/> Rheumatism | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease |
| <input type="checkbox"/> Venereal Disease | <input type="checkbox"/> Emphysema | <input type="checkbox"/> Cortisone Medicine | <input type="checkbox"/> Bruise Easily |
| <input type="checkbox"/> Heart Pacemaker | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Joint Replacement | <input type="checkbox"/> Pain in Jaw Joint |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever | <input type="checkbox"/> Hay Fever | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| | | | <input type="checkbox"/> Glaucoma |

Please mark any of the following medical allergies:

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Local Anesthetics | <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Codeine or other narcotics | <input type="checkbox"/> NONE |
| <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Other antibiotic: | <input type="checkbox"/> Barbiturates or sedatives | <input type="checkbox"/> Fen-Phen |
| <input type="checkbox"/> Iodine | <input type="checkbox"/> Sulfa Drugs | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

To the best of my knowledge, all of the preceding answers are true and correct. If I ever have any change in my health, or if any medicines change, I will inform my dentist at the next appointment.

Signature of Patient/Parent/Guardian

Medical History Update: _____

Dr. _____ Date _____

Dr. _____ Date _____

Dr. _____ Date _____



Información Del Paciente:

Nombre Del Paciente: _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____
Dirección Ciudad Estado Código

Correo Electrónico: _____ No. Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____

Sexo: [] M [] F Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ No. Alt: _____

Información del Padre/Guardián: Relación al Paciente: [] Si Mismo

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

No. Seguro Social: _____ - _____ - _____ No Seguro Dental: _____ No. Licencia: _____

Fecha De Nacimiento: _____ / _____ / _____ Teléfono de Seguro Dental: _____ Group No.: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Nombre y teléfono de un pariente que no viva con usted: _____

Como Escucho De Nuestra Oficina? Por Favor Marque abajo:

- [] Páginas Amarillas [] Amigo / Paciente [] Anuncio/Correo [] Internet
[] Letrero [] THMP-Medicaid [] Feria de Salud [] Otro (Especifique)
[] Empleado de Nosotros: [] Seguro Dental/ Empleador [] Comercial de TV. Cual? _____
[] Cartelera

Razón de su visita hoy: _____ Fecha de su última visita dental: _____

Ha tenido alguna vez una situación que no le gusto en una oficina dental que nos quiera decir? [] Si [] No

Si es así, favor de explicar: _____

¿Estás nervioso por el tratamiento dental? [] Si [] No ¿Le sangran las encías, están sensibles o irritadas? [] Si [] No
Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? [] Si [] No

¿Son sus dientes sensibles? [] Si [] No ¿Tiene dientes descolorados que le molestan? [] Si [] No

En caso afirmativo, ¿a qué? [] Dulce [] Caliente [] Fría [] Presión

¿Estás viendo a un médico? [] Si [] No El nombre y número de teléfono de su médico (s) _____

Si es así, ¿cuál es la enfermedad que padece? _____

¿Está tomando algún medicamento? [] Si [] No En caso afirmativo, indique: _____

¿Ha tomado o estás tomando aspirina? ~~[] Si [] No~~

¿Si es mujer, usted esta o sospecha que está embarazada? ~~[] Si [] No~~ Months: _____

¿Usted a tomado o está tomando actualmente Bisphosphonates orales? [] Actonel [] Boniva [] Fosamax [] Skelif [] Didrone [] Otro _____

¿Ha tenido algún reemplazo de articulaciones? [] Si [] No Si es así, ¿cuándo? _____

¿Hay algo más que debemos saber sobre su salud que no esté previsto en este formulario? ~~[] Si [] No~~

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Por favor marque condiciones que usted ha tenido o tiene en la actualidad: [] NINGUNO

- [] Enfermedad del corazón [] Enfermedad de los riñones [] Enfermedad de la Tiroides [] Enfermedad de células falciformes
[] Soplo cardíaco [] La pérdida de hueso [] Quimioterapia: (Cáncer,leucemia) [] Hipertensión
[] Epilepsia o convulsiones [] Contusión fácilmente en la piel [] Enfermedad de la Sangre [] Úlceras [] Hemofilia
[] Artritis [] Fiebre reumática [] Enfisema [] Reumatismo
[] Dolor en la articulación de la mandíbula [] Enfermedad venérea [] Tuberculosis
[] Reemplazo de Articulaciones [] Marcapasos del Corazón [] Asma [] La Cortisona Medicina
[] Hepatitis [] Diabetes [] Fiebre de heno [] Glaucoma
[] Escarlatina [] VIH + SIDA [] Anemia [] Nerviosismo

Por favor marque cualquiera de los siguientes elementos a cual le tiene alergia: [] NINGUNO

- [] Anestésicos locales [] Penicilina [] Codeína u otros narcóticos [] Fen-Phen
[] Aspirina [] Yodo [] Los barbitúricos o sedantes [] Otro: _____
[] Iodine [] Sulfatos [] Látex [] Otros antibióticos: _____

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez t... algún cambio en mi salud, o cualquier cambio de medicamentos, informaré a mi dentista en la próxima cita.

Firma del Paciente / Padre / Tutor

Medical History Update: _____



Oral Health Questionnaire

Child's Name _____ Date _____

Child's Age _____ Child's Date of Birth _____

HEALTH HISTORY

Yes No

- Did the birth mother have any problems during pregnancy? Yes No
- Was your child premature? Yes No
- Was your child's birth weight low? Yes No
- Were there any complications at birth? Yes No
- Has your child been ill? Yes No
- Is your child on any medications? Yes No

DIET AND NUTRITION

- Is/was your child breastfed? Yes No
- Does your child sleep with a bottle? Yes No
- Does your child drink from a cup? Yes No
- Does your child walk around drinking from a bottle or cup? Yes No
- Is your child on a special diet? Yes No
- How many times does your child snack each day? _____
- How many bottles does your child have each day? _____

FLUORIDE ADEQUACY

- Do you know the fluoride level of your water? Yes No
- Do you have well water? Yes No
- Do you use bottled water? Yes No
- Do you use a water conditioner or filtration system? Yes No
- If yes, please list _____
- Do you use fluoride toothpaste for your child? Yes No

ORAL HABITS

- Does your child use a pacifier? Yes No
- Does your child suck a thumb or fingers? Yes No
- Does your child grind his/her teeth day or night? Yes No

INJURY PREVENTION

- Is your child walking? Yes No
- Is your home childproofed? Yes No
- Do you use a car seat for your child? Yes No
- Has your child had an injury to his/her mouth or face? Yes No

ORAL DEVELOPMENT

- Does your child have any teeth? Yes No
- Child's age (in months) when the first tooth came in? _____
- Has your child had teething problems? Yes No
- Have you noticed any problems with your child's mouth or teeth? Yes No
- Does your child complain of mouth pain? Yes No
- Have any of your children ever had cavities? Yes No
- Have you or your children ever had a bad dental experience? Yes No

ORAL HYGIENE

- Do you clean your child's gums/teeth? Yes No
- Do you use a toothbrush to clean your child's teeth? Yes No
- Do you use toothpaste to clean your child's teeth? Yes No

PRIVACY NOTIFICATION: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.state.tx.us> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)



Cuestionario sobre la salud oral

Nombre del niño _____ Fecha _____

Edad del niño _____ Fecha de nacimiento del niño _____

HISTORIAL MÉDICO

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tuvo la madre de nacimiento algunos problemas durante el embarazo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Nació prematuro su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Fue bajo el peso natal de su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hubo algunas complicaciones durante el parto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha estado enfermo su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está tomando medicamentos su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DIETA Y NUTRICIÓN

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Le dio (le da) leche de mamá a su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Duerme su niño con un biberón? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Bebe de una tasa su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Siempre camina bebiendo de un biberón o tasa su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Sigue su niño una dieta especial? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuántas veces durante el día come botanas su niño? _____ | | |
| ¿Cuántos biberones toma su niño durante el día? _____ | | |

SUFICIENCIA DE FLUORURO

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Conoce usted el nivel de fluoruro en su agua? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene agua de pozo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa agua embotellada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa un acondicionador de agua o sistema de filtración? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contestó sí, indíquelo _____ | | |
| ¿Usa pasta de dientes con fluoruro para su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HÁBITOS ORALES

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Usa su niño un chupete? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Chupa su niño el pulgar o los dedos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le rechinan los dientes su niño durante el día o la noche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PREVENCIÓN DE LESIONES

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Camina su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está su casa a prueba de niños? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa su niño un asiento para niños? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sufrido su niño una lesión a la boca o la cara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DESARROLLO ORAL

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene su niño unos dientes ya? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Edad del niño (en meses) cuando salió su primer diente _____ | | |
| ¿Ha tenido su niño problemas de dentición? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha notado usted algún problema con la boca o los dientes de su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se queja su niño de dolor en la boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido alguno de sus niños caries? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha tenido usted o han tenido sus niños una mala experiencia con el dentista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HIGIENE ORAL

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Limpia usted las encías o los dientes de su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa un cepillo de dientes para limpiar los dientes de su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa pasta de dientes para limpiar los dientes de su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Dental Risk Assessment Questionnaire



Parents and caregivers – use this form to tell us about the oral health of your child. This will be part of your child’s health record.

Parent/Guardian Name _____ Date _____

Child’s Name _____ Child’s Age _____

- | | Yes | No | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Does your family drink water with fluoride in it or do your children take fluoride tablets? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Does your child use a toothpaste with fluoride in it? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Do you help your child with toothbrushing? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Have you or your children ever had a bad dental experience? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Have any of your children ever had cavities? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Does your child complain of mouth pain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Does your child take a bottle to bed? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Does your child walk around drinking from a bottle or cup? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. How many times does your child eat a snack each day? _____ | | | |
| 10. How many bottles does your child have each day? _____ | | | |
| 11. How is your own dental health? | <input type="checkbox"/> Good | <input type="checkbox"/> Fair | <input type="checkbox"/> Poor |
| 12. Do you have any cavities? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Do your gums bleed? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Did you know?

For every 100 school children, more than 5 days of school per year are lost due to dental disease.

Good dental health is important!

PRIVACY NOTIFICATION: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.state.tx.us> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)

Cuestionario para evaluar el riesgo dental



A los padres y personas que cuidan a niños: utilice este formulario para decirnos sobre la salud oral de su niño. La presente será parte del expediente médico de su niño.

Nombre de Padre / Madre / Tutor legal _____ Fecha _____

Nombre del niño _____ Edad del niño _____

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Toma su familia agua que contiene fluoruro, o toman sus niños tabletas de fluoruro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Usa su niño una pasta de dientes que contiene fluoruro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ayuda usted a su niño a cepillarse los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido usted o han tenido sus niños una mala experiencia con el dentista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tenido caries alguno de sus niños? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Se queja su niño de dolor en la boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Lleva un biberón a la cama su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Siempre camina su niño bebiendo de un biberón o tasa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Cuántas veces durante el día come bocadillos su niño? _____ | | |
| 10. ¿Cuántos biberones toma su niño cada día? _____ | | |
| 11. ¿Cómo está su propia salud dental? <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Pasable <input type="checkbox"/> Mala | | |
| 12. ¿Tiene caries usted? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Se le sangran las encías? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Sabía usted?

Entre cada 100 niños de edad escolar, se pierden más de 5 días de escuela por año debido a enfermedades dentales.

¡Una buena salud dental es importante!

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)



First Dental Home Visit Documentation

| | | |
|--|-----------------------|------------------------------|
| Patient's Name: | | |
| Age (in months): | Date of Visit: | |
| Parent/Guardian at Appointment: | | |
| Visit Component | √ | Comments/Observations |
| Review of Health History | | |
| Review of Dental History | | |
| Oral Health of Primary Caregiver | | |
| Oral Evaluation | | |
| Caries Risk Assessment | | |
| Toothbrush Prophy or Prophylaxis | | |
| Oral Hygiene Instruction with parent/caregiver | | |
| Anticipatory Guidance | | |
| ❖ Oral Health and Home Care | | |
| ❖ Oral Health of Primary Caregiver/Other Family Members | | |
| ❖ Development of mouth/teeth | | |
| ❖ Oral Habits | | |
| ❖ Diet/Nutrition | | |
| ❖ Fluoride Needs | | |
| ❖ Injury Prevention | | |
| ❖ Medications and Oral Health | | |

Please note: Abnormal findings should be documented in the patient's record.

Fluoride varnish applied

Referral made to: Dental Specialist _____
Name of Dental Specialist

Including this visit, how many times has the child had a First Dental Home visit in your office? _____

PRIVACY NOTIFICATION: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.state.tx.us> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL/PROTECTED HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

SUMMARY:

By law we are required to provide you with our Notice of Privacy Practices (NPP). This notice describes how your medical information may be used and disclosed by us. It also tells you how you can obtain access to this information.

As a patient you have the following rights:

1. The right to inspect and copy your information;
2. The right to request corrections to your information;
3. The right to request that your information be restricted;
4. The right to request confidential communications;
5. The right to report of disclosures of your information; and
6. The right to a paper copy of this Notice.

We want to assure you that your medical/protected health information is secure with us. This Notice of Privacy Practice contains information about how we will insure that your information remains private.

Please list all telephone numbers where we may contact you:

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

PLEASE LIST THE NAMES OF ALL PEOPLE (e.g. SPOUSE, PARENTS, GRANDPARENTS, ETC...) YOU AUTHORIZE US TO RELEASE YOUR HEALTH INFORMATION TO, INCLUDING COPIES OF YOUR RECORDS IF NEEDED:

Name _____ Relationship _____
Name _____ Relationship _____
Name _____ Relationship _____
Name _____ Relationship _____

Acknowledgement of Notice of Privacy Practice

I hereby acknowledge that I have reviewed this practice's Notice of Privacy Practice. I further understand that the practice will offer me updated to this Notice of Privacy Practice. Should it be amended, modified or changed in any way I will receive a copy.

Printed Name of Patient

Signature of Patient/Parent/Guardian

FOR OFFICE USE ONLY

Patient refused to sign

Patient was unable to sign because: _____

Date: _____ Signature: _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SA INFORMACIÓN MÉDICA / DE SALUD ESTA PROTEGIDA Y COMO PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

RESUMEN:

Por ley estamos obligados a ofrecerle nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP). Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada por nosotros. También le explica cómo puede obtener acceso a esta información.

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información;
2. El derecho a solicitar correcciones de su información;
3. El derecho a solicitar que su información sea restringido;
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales;
5. El derecho a informar de las divulgaciones de su información, y
6. El derecho a una copia en papel de este aviso

Queremos asegurarle que su información médica / esta protegida es segura con nosotros. El Aviso de Prácticas de Privacidad contiene información acerca de cómo vamos a asegurar que su información permanezca privada.

A noté todos los números de teléfono donde podamos comunicarnos con usted:

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

INDIQUE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS (por ejemplo, cónyuge, padres, abuelos, etc ...) Que usted autoriza PARA DIVULGAR SU INFORMACIÓN incluyendo las copias de sus registros SI ES NECESARIO:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Reconocimiento recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo declaro que he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad. Además, entiendo que la práctica me ofrecerá notificaciones acerca de los Aviso de Prácticas de Privacidad. ¿Debe ser enmendada, modificada o alterada de alguna manera voy a recibir una copia.

Nombre Del Paciente

Firma de Paciente/Padre/Tutor

FOR OFFICE USE ONLY

Patient refused to sign

Patient was unable to sign because: _____

Date: _____ Signature: _____