

## COVID-19 – DIVULGACIONES AL PACIENTE

Este formulario de divulgación del paciente busca información de usted que debemos tener en cuenta antes de tomar decisiones de tratamiento en las circunstancias del virus COVID-19.

Un sistema inmunitario debilitado o comprometido (que incluye, entre otros, afecciones como diabetes, asma, EPOC, tratamiento contra el cáncer, radiación, quimioterapia y cualquier enfermedad o afección médica previa o actual) puede aumentar el riesgo de contraer COVID-19.

Infórmenos sobre cualquier afección que comprometa su sistema inmunitario y comprenda que podemos pedirle que considere la posibilidad de reprogramar el tratamiento después de hablar con nosotros sobre dichas afecciones.

También es importante que revele a esta oficina cualquier indicio de haber estado expuesto a COVID-19, ó si ha experimentado algún signo o síntoma asociado con el virus COVID-19.

	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Ha tenido recientemente una reducción en su sentido de olor?</b>		
<b>Tiene dolor en la garganta?</b>		
<b>Ha estado en contacto con alguna persona que ha estado positive para COVID-19??</b>		
<b>Usted ha estado positivo para COVID-19?</b>		
<b>Usted tiene fiebre ó su temperature esta más alta de lo normal?</b>		
<b>Ha tenido dificultad para respirar?</b>		
<b>Tiene tos seca?</b>		
<b>Le han hecho una prueba médica para COVI-19 y está esperando por lor resultados?</b>		
<b>Tiene secreción nasal?</b>		
<b>Usted ha viajado afuera de los USA en los ultimos 14 dias? Si "si," a donde? _____</b>		

Reconozco y entiendo que existe un mayor riesgo de que COVID-19 pueda transmitirse en cualquier lugar de alojamiento público, incluido un consultorio dental, y me han informado que mi dentista desea proteger la seguridad del consultorio dental y de los pacientes, personal y otras personas que vienen a las instalaciones.

Entiendo completamente y reconozco la información anterior, los riesgos y las precauciones con respecto a un sistema inmunitario comprometido y he revelado a mi proveedor cualquier condición en mi historial de salud que pueda resultar en un sistema inmunitario comprometido.

Al firmar este documento, reconozco que las respuestas que proporcioné anteriormente son verdaderas y preciso.

Firma del Paciente ó Responsable

Relación

Fecha

## INFORMACIÓN MEDICA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Indicar cuál de las siguientes enfermedades tiene ó ha tenido. Marcar "Si" ó "No".

Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Articulaciones Artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Emfisema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ataques al corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tos Crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad cardíaca congénita	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Presión Alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alergias o Urticaria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problema de la Sinus	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Prolapso de Válvula Mitral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Terapia de Radiación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Válvula Cardíaca Artificial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Marcapasos Cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cirugía Cardíaca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alergia al Latex	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades Venéreas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Reumatismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	SIDA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tratamiento de Cortisona	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Adicción a la droga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes labial ó Ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problema del Riñon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Úlceras	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia de Células Falciformes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ictericia Amarilla	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desmayos ó Mareos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tumores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas Nerviosos ó Ansiedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Discapacidades de Desarrollo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Usa drogas recreacionales?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fuma cigarillos ó usa tabaco?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Toma alcohol?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Usted tiene ha tenido una enfermedad, condición, ó problema que no se ha mencionado en la lista?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si "si," por favor describir: _____			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ha tomado alguna medicina ó droga durante los últimos dos años?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Está tomando alguna medicina ahora? Si "si," por favor liste los nombres de las medicinas:			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No



Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social ó ID \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SEGURO DENTAL: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El Seguro pertenece a una Union?      Si  No

Nombre de la Union: \_\_\_\_\_ Local No. \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO (Como una cortesía, nosotros podemos submitir su reclamacion al seguro secundario. Aún debe presentar su copago y deducible que corresponde por su seguro primario)**

**Acepto que mi información de salud protegida (PHI) se pueda compartir con las siguientes personas:**

\_\_\_\_\_

**La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su Información de salud protegida (PHI). También estamos obligados a proporcionarle nuestro aviso de prácticas de privacidad que describe nuestras responsabilidades legales y sus derechos con respecto al uso y divulgación de su PHI. Su firma a continuación es un reconocimiento de que ha recibido nuestro aviso de prácticas de privacidad. (Si lo desea, solicite su copia).**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente ó Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Relación**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

### **CONSENTIMIENTO GENERAL**

1. Autorizo al personal de The Attentive Dentist, LLC a tomar radiografías, estudiar modelos, fotografías, examinar el cuello y los tejidos blandos de la boca para detectar el cáncer oral y las infecciones. También los autorizo a usar cualquier otra ayuda de diagnóstico para brindar atención dental adecuada de acuerdo con mis necesidades.
2. Autorizo al Dr. Patiño a completar el tratamiento recomendado siempre que yo, el paciente o tutor, esté de acuerdo y use la medicación adecuada y la terapia indicada. Entiendo que el uso de anestésicos puede tener riesgos. Autorizo al Dr. Patiño a elegir y usar cualquier ayuda necesaria para proporcionar el tratamiento recomendado.
3. Entiendo que soy responsable de pagar los costos de los servicios dentales proporcionados en esta oficina para mí o mis dependientes. Los cargos se cancelan el mismo día que se prestan los servicios. Si los pagos no se reciben cuando finaliza el tratamiento, entiendo que habrá un cargo del 1.5% (18% de interés) que se agregará a mi cuenta y a los cargos de cobro. La cuenta se remitirá a los servicios de cobranza cuando haya un saldo superior a \$ 100 a los seis meses. Estoy de acuerdo en cubrir los gastos de los procesos de acciones legales debido a los cargos de cobro.
4. Entiendo que es mi responsabilidad informar a The Attentive Dentist, LLC sobre cualquier cambio en la información que he proporcionado anteriormente.

