



MURPHY ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY

ARIC A. MURPHY, DDS, MD

HIPAA FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACEINTE

Nuestro aviso de prácticas privadas proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida acerca de usted. El aviso contiene una sección que describe sus derechos según la ley. Usted tiene el derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de este aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia actualizada después de contactar nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos cómo su información de salud protegida es usada o divulgada para tratamiento, pago, u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, honraremos ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información de salud protegida para el tratamiento, pagos, y operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento en escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectaría ninguna divulgación que ya hayamos realizado en función de su consentimiento previo. La practica proporciona este formulario para cumplir con la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro medica de 1996 (HIPAA).

- La Práctica tiene un aviso de prácticas privadas y el paciente tiene la oportunidad de revisar el aviso.
- Información de salud protegida puede ser divulgada o usada para tratamiento, pago, u operaciones de atención médica.
- La practica reserva el derecho de cambiar el aviso de prácticas privadas.
- El paciente puede revocar este consentimiento en escrito en cualquier instante y divulgaciones del futuro cesarán.
- La practica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- La práctica puede condicionar el recibimiento de este tratamiento al firmar este consentimiento.

Nombre del paciente _____

¿Podremos dejarles un mensaje con información de salud y financiera en su celular? Sí No

¿Podremos hablar sobre su procedimiento médico, historial de salud, e información financiera con cualquier otro miembro de su familia? Sí No

Si escogió sí, nombra los miembros aceptados: _____

Este consentimiento está firmado por:

Nombre del paciente o representativo _____

Firma y Fecha: _____

Relación al paciente: _____

Firma del representativo de la práctica: _____



MURPHY ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY

ARIC A. MURPHY, DDS, MD

Fecha: _____

Primer Nombre _____ Apellido(s) _____

Sexo : Mujer Varón Otro

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____ SS# _____

Cellular # _____ Email _____

Manera de Contacto Preferido Texto Celular Email

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Doctor _____ Dentista _____

Farmacia (y dirección) _____

Contacto Emergencia (Nombre & Número de teléfono) _____

Relación: _____

EL RESPONSIBLE DE SU CUENTA () Usted Mismo/a () Padres () Otro

Nombre (Primero & Apellido) _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

SS# (requerido) _____ Número de teléfono # _____

Email _____ Número de Licencia: _____

Empleado (Requerido) _____ Dirección _____

SEGURO DENTAL: (O una COPIA de la tarjeta de Seguro)

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Fecha efectiva: _____

Nombre del Asegurado: _____

ID or SS# del Asegurado : _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

de Grupo: _____

Si se solicita –SEGURO MEDICO : (O una COPIA de la tarjeta de Seguro)

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

ID or SS# del Asegurado: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta):

1. Sí No ¿Está en buena salud general?
2. Sí No ¿Han habido cambios en su salud durante el último año?
3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?
¿Si Sí, por qué? _____
4. Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____
Fecha de su último examen médico: _____ Fecha de su última cita dental: _____
5. Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. Sí No ¿Tiene algún dolor ahora?

II. HA NOTADO:

- | | |
|---|---|
| 7. Sí No ¿Dolor de pecho (angina)? | 18. Sí No ¿Mareos? |
| 8. Sí No ¿Los tobillos hinchados? | 19. Sí No ¿Ruidos o zumbidos en los oídos? |
| 9. Sí No ¿Falta de aliento? | 20. Sí No ¿Dolores de cabeza? |
| 10. Sí No ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? | 21. Sí No ¿Desmayos? |
| 11. Sí No ¿Tos persistente o tos con sangre? | 22. Sí No ¿Vista borrosa? |
| 12. Sí No ¿Problemas de sangramiento, moretes? | 23. Sí No ¿Convulsiones? |
| 13. Sí No ¿Problemas nasales (sinusitis)? | 24. Sí No ¿Sed excesiva? |
| 14. Sí No ¿Dificultad al tragar? | 25. Sí No ¿Orina con frecuencia? |
| 15. Sí No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces? | 26. Sí No ¿Boca seca? |
| 16. Sí No ¿Vómitos con frecuencia, náuseas? | 27. Sí No ¿Ictericia? |
| 17. Sí No ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina? | 28. Sí No ¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |

III. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|---|--|
| 29. Sí No ¿Enfermedades del corazón? | 40. Sí No ¿SIDA? |
| 30. Sí No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? | 41. Sí No ¿Tumores, cáncer? |
| 31. Sí No ¿Soplos en el corazón? | 42. Sí No ¿Artritis, reuma? |
| 32. Sí No ¿Fiebre reumática? | 43. Sí No ¿Enfermedades de los ojos? |
| 33. Sí No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | 44. Sí No ¿Enfermedades de la piel? |
| 34. Sí No ¿Presión sanguínea alta? | 45. Sí No ¿Anemia? |
| 35. Sí No ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares? | 46. Sí No ¿Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)? |
| 36. Sí No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? | 47. Sí No ¿Herpes? |
| 37. Sí No ¿Problemas del estómago, úlceras? | 48. Sí No ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga? |
| 38. Sí No ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos látex? | 49. Sí No ¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales? |
| 39. Sí No ¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores? | 50. Sí No ¿Diabetes? |

VI. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 51. Sí No ¿Tratamiento psiquiátrico? | 56. Sí No ¿Hospitalizaciones? |
| 52. Sí No ¿Tratamientos de radiación? | 57. Sí No ¿Transfusiones de sangre? |
| 53. Sí No ¿Quimioterapia? | 58. Sí No ¿Cirugías? |
| 54. Sí No ¿Válvula artificial del corazón? | 59. Sí No ¿Marcapasos? |
| 55. Sí No ¿Articulación artificial? | 60. Sí No ¿Lentes de contacto? |

V. ESTÁ TOMANDO:

- | | |
|---|---|
| 61. Sí No ¿Drogas de uso recreativo? | 63. Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo? |
| 62. Sí No ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)? | 64. Sí No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)? |

Liste por favor: _____

VI. SÓLO PARA MUJERES:

- | | |
|--|--|
| 65. Sí No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho? | 66. Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? |
|--|--|

VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

67. Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

REVISIÓN SUPLEMENTARIA:

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 1. Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |
| 2. Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |
| 3. Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |



MURPHY ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY

ARIC A. MURPHY, DDS, MD

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Hipaa Form

Yo, _____, voluntariamente autoriza así la divulgación de información de mi historial de salud.

Nombre del paciente: _____ Número de registro: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información que será divulgada: _____

La información será facilitada a: Nombre de la persona/Organización/Instalación: _____

Número de teléfono: _____ Dirección: _____

Esta información ha de ser divulgada con el fin declarado arriba y no puede ser usada por el receptor para ningún otro fin. Bajo la ley de HIPAA con petición escrita del paciente, los datos pueden ser facilitados hasta 30 días después de la petición.

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y RECIBIR CORREO ELECTRÓNICO.

Yo, _____ (Nombre del paciente) quiero comunicarme por correo electrónico con _____ (Nombre de la consulta) sobre asuntos relacionados con my salud y/o mi tratamiento médico.

Entiendo que cualquier información confidencial de salud personal que envío a la consulta no es segura y la envío bajo mi responsabilidad. No consideraré la consulta ni ninguno de los miembros del personal responsable por la pérdida de confidencialidad asociada con la información transmitida por correo electrónico. También entiendo que no es la política de la consulta encriptar ninguna información confidencial de salud personal que pido que me envíen por correo electrónico. Porque esta información no está encriptada entiendo que no es segura. Reconozco el riesgo y no considero a la consulta ni a ninguno de los miembros del personal responsables por ninguna pérdida de confidencialidad asociada con tales transmisiones.

AUTORIZACIÓN PARA DEJAR MENSAJES EN EL BUZÓN DE VOZ

Yo, _____ (Nombre del paciente) autorizo el uso de mensajes en el buzón de voz como una forma de comunicar Información de Salud Personal y Confidencial. Pueden dejar mensajes de voz en las siguientes líneas telefónicas: Casa:

_____ Celular: _____ Otros: _____

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso al paciente:

Se requiere que le demos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual afirma como podemos o no podemos divulgar su información de salud. Por favor, firme este formulario para reconocer el recibimiento del Aviso. Puede negarse a firmar este reconocimiento si lo desea.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN

Hemos hecho todo lo posible para conseguir el reconocimiento escrito de nuestro Aviso de Privacidad de este paciente pero no ha sido posible por:

- El paciente se negó a firmar.
- Debido a una situación de emergencia no fue posible conseguir reconocimiento.
- Otros (por favor, incluya detalles específicos): _____

Firma del empleado

Fecha