

INSCRIPCION # _____ PARA LAS CLINICAS DEL CENTRO DENTAL DE UCLA

Paciente _____ # de Seguro Social _____
Apellido Nombre Inicial

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Zona Postal

de Teléfono [Domicilio] (_____) [Trabajo] (_____) _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo: M F _____
de licencia para conducir/estado

Empleador _____
Compañía Calle Ciudad Estado Zona Postal

Nombre de Pariente o Amigo Más Cercano que No Viva con El Paciente _____

Parentesco _____ Nombre _____ Dirección _____ # de Teléfono _____

Dentista Anterior _____
Nombre Dirección # de Teléfono

Persona Que Refirió Al Paciente A UCLA _____
Nombre

Amigo(a) Pariente(ta) Dentista Médico Otro _____

¿ Ha recibido el paciente atención dental en UCLA en alguna otra ocasión? Sí No Año _____

Información Acerca de Medi-Cal y Compañía(s) de Seguro Dental: _____
de Medi-Cal

Persona asignada a la póliza de seguro principal _____ # de Seguro Social ____/____/____ M F
Sexo

Compañía de Seguros _____ # del Grupo _____ # de la Póliza _____

Empleador y dirección de la Persona asignada a dicha póliza principal _____

de licencia para conducir de la Persona asignada a dicha póliza principal _____ Estado: _____

Persona asignada a la póliza de seguro secundario _____ # de Seguro Social ____/____/____ M F
Sexo

Compañía de Seguros _____ # del Grupo _____ # de la Póliza _____

Empleador y dirección de la Persona asignada a dicha póliza secundaria _____

de licencia para conducir de la Persona asignada a dicha póliza secundaria _____ Estado: _____

¿ Participa el paciente en alguno de los siguientes programas? # de Identificación

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Genetically Handicapped Persons Program (GHPP)	_____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	California Children's Service (CCS)	_____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	A Regional Center	_____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	A Rehabilitation Center	_____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Champus (Seguro Militar)	_____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro (especifique) _____	_____

Cuestionario De Salud

Nombre: _____

Historia de Paciente

	SI	NO
Ha tenido cambios en su historial medico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiene algun problema dental mayor o alguna razon especial por la cual viene a UCLA?	_____	_____
Porfavor describa su situacion general de salud reciente	_____	_____
Peso actual:	_____	_____
Estatura actual:	_____	_____

Tiene usted o ha tenido alguna vez:

Lesion a la cabeza, cuello, mandibula, dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolores de cabeza recurrentes/ Dolores recurrentes en el cuello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad en abrir y cerrar la boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad reciente en deglutir o tragar/ Dolores de garganta y ronquera persistentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ampollas/ llagas/ úlceras en los labios o la boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encías sangrantes o infectadas/ Dientes flojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pientes cariados o quebrados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poco sueño, ronca, sin sueño de dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ataque al corazón y/o angina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palpitación rápida o irregular del corazon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marcapasos cardiaco o desfibrilador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad reumática o enfermedad reumática del corazón/ soplo cardiaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Válvula cardiaca artificial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colapso cardíaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ataque de apoplejía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emfisema o bronquitis crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma o enfisema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberculosis o tos persistente/ tos con sangre/ pulmonía o neumonía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le salen cardenales o se amorta facilmente/ sangra excesivamente despues de un corte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SIDA or CRS (complejo relacionado con el SIDA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad autoinmune/ Enfermedad de los huesos (Lupus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radioterapia o quimioterapia para el cancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transplante de organo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de la tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad adrenal o otra enfermedad endocrina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esta embarazada o lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colitis o úlceras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis u otra enfermedad del hígado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SI

NO

Enfermedad de los riñones/diálisis renal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguna enfermedad sexualmente transmitida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis reumatoide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Articulacion artificial, Implante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento de osteoporosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entumecimiento, hormigueo o parálisis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debilidad muscular/esclerosis multiple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desorden de movimiento (Parkinson's o otro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impedimiento cognitivo (Alzheimer's o otro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión, trastorno de ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condiciones siquiaticas (Schizophrenia o otro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fuma usted o usa tabaco? Si contesta que si, diga cuanto _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma usted bebidas alcohólicas? Si contesta que si, diga cuanto _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha usado alguna vez drogas intravenosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ALERGIAS

Penicilina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sulfa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anestesia dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metales (anillos/aretes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Latex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros (especifique) _____		

Alguien en su familia (abuelos, padres, hermanos, hijos) ha tiendo lo siguiente

Enfermedad del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastornos de hemorragia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberculosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastornos mentales/emocionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Medicamentos

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Lista de visitas al cuarto de emergencia

Visit 1 Date _____
 Visit 1 Reason _____
 Visit 2 Date _____
 Visit 2 Reason _____
 Visit 3 Date _____
 Visit 3 Reason _____



UCLA Endodontics Clinic

10833 Le Conte Ave. Rm 30-125 Los Angeles, CA 90095-1668

A Nuestros Pacientes:

El cuidado dental, en particular, para que tenga éxito requiere participación y cooperación de ambos: dentista y paciente. Esto es importante durante y después del tratamiento.

El Centro de Endodoncia de UCLA desea que usted obtenga el mejor tratamiento posible. Hay una demanda alta para cuidado dental en nuestra clínica y el tiempo es valioso. Para reducir el tiempo de espera entre citas, pedimos su cooperación en llegar quince minutos antes. Si necesita cancelar o cambiar su cita, favor de llamar con 24 horas de anticipación. Al faltar a su cita tendrá un cargo de \$57.00 y tendrá que pagarlo antes de su próxima cita. La póliza de la clínica indica que más de tres (3) ausencias es causa para terminación del tratamiento.

Esta póliza se encuentra en el Suplemento de Términos y Condiciones de Servicio que se provee a cada paciente al comenzar el tratamiento.

Gracias por su cooperación.

Nombre del Paciente.

Firma del Paciente (o Tutor).

Fecha.



Acuse de recibo de
“Notificación de Practicas de Privacidad”

La Notificación de la Universidad de California, Los Angeles Health System (UCLA HS) de practicas de privacidad como información medica sobre usted se puede usar y ser revelada.

Además de la copia que la proveeremos, la notificación actual se encuentra en nuestro sitio de web <http://www.dent.ucla.edu/hipaa> y también se consigue por todo UCLA HS.

Doy por recibida una copia de “Notificación de practicas de privacidad”

Firma del paciente o del representante de paciente

Fecha

Nombre completo en letra de molde

Parentesco con el paciente

Interprete (si es pertinente)

Información abajo es para uso únicamente para UCLA HS

WRITTEN ACKNOWLEDGEMENT NOT OBTAINED

Please document your efforts to obtain acknowledgement and reason it was not obtained.

- Notice of Privacy Practices Given – Patient Unable to Sign
- Notice of Privacy Practices Given – Patient Declined to Sign
- Notice if Privacy Practices and Acknowledgement Mailed to Patient
- Other Reason Patent Did Not Sign _____

Signature of UCLA HS Representative

Date

Print Name

Clinic