



BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA TÓMESE UN MOMENTO PARA INGRESAR SU INFORMACIÓN Y AYUDARNOS A GARANTIZAR QUE LA CALIDAD DE SU ATENCIÓN SEA EXCELENTE. ESPERAMOS CON INTERÉS TRABAJAR CON USTED.

## Hometown Dental Care

### Información del paciente

Nombre : \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F SSN: \_\_\_\_\_  
Estado Familiar: Soltero/ Casado/ Divorciado/ Viudo  
Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_  
No de licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Empleador / Ocupación: \_\_\_\_\_ Dirección del empleado: \_\_\_\_\_  
¿A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestra práctica? \_\_\_\_\_  
Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Seguro Dental Primario

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ Suscriptor ID: \_\_\_\_\_ NO. Grupo: \_\_\_\_\_  
SSN: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

### Seguro Dental Secundario

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ Suscriptor ID: \_\_\_\_\_ NO. Grupo: \_\_\_\_\_  
SSN: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

### Autorización de seguro:

Al marcar esta casilla,

Autorizo a mi seguro a pagar mis beneficios directamente al dentista para todos los servicios realizados.

Autorizo esta práctica a presentar formularios de reclamación de seguros y recibir el pago directamente de la compañía de seguros con la notación "firma en el archivo"

Autorizo al dentista a que libere toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios.

Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos, sea o no pagado por el seguro.

Firma del paciente/padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Información dental

¿Cuál es la razón de esta cita? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su preocupación inmediata? \_\_\_\_\_

Fecha de los exámenes/rayos x dentales más recientes: \_\_\_\_\_

¿tienes miedo al tratamiento dental? Qué miedo, en una escala de 1 (menos) a 10 (la mayoría) \_\_\_\_\_

¿Cómo calificaría la condición de su boca?  Excelente  Buena  Fera  Pobre

### Marque todos los que apliquen:

- ¿Alguna vez has blanqueado tus dientes?  Problemas con la articulación de la mandíbula  Problemas para masticar
- Aprieta los dientes durante el día/ noche  Caries en los últimos 3 años  Sensible a caliente, frío, dulces
- Las encías sangran fácilmente al cepillarse o usar hilo dental  Mal aliento crónico o mal gusto  Sufre de ronquidos
- Sensación ardiente experimentada en la boca  Problemas para adormecerse  tenía/ tiene frenillos, tratamiento ortodóntico

Si alguno de los círculos marcados necesita una explicación más detallada, describa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia te cepillas? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

¿Sufres de ronquidos y apnea del sueño? \_\_\_\_\_ Si es así, por favor complete el formulario "escala de Somnolencia Epworth".

## Consentimiento para el tratamiento del paciente

Al marcar esta casilla, autorizo a los dentistas que me tratan a mí o a mis dependientes a realizar el tratamiento y los procedimientos recomendados. Entiendo que durante el tratamiento, pueden surgir condiciones imprevistas que pueden requerir procedimientos diferentes a los discutidos antes del tratamiento. Por lo tanto, doy mi consentimiento para la realización de cualquier tratamiento adicional que el dentista considere necesario y mutuamente acordado

Firma del paciente/padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Historial médico

Para ayudarle a servirle mejor por favor complete el siguiente formulario confidencial. La información que usted da es importante para su salud dental.

**Indique cuál de los siguientes ha tenido o tiene en la actualidad. Por favor marque todos los que apliquen.**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> Cualquier problema cardíaco   | <input type="radio"/> Soplo cardíaco                 | <input type="radio"/> Válvula mitral prolapso      | <input type="radio"/> Defecto de la válvula cardíaca       |
| <input type="radio"/> Fiebre reumática              | <input type="radio"/> Articulación artificial        | <input type="radio"/> Angina                       | <input type="radio"/> Stroke                               |
| <input type="radio"/> Ataque cardíaco               | <input type="radio"/> Cirugía de bypass              | <input type="radio"/> Marcapasos                   | <input type="radio"/> Presión arterial alta                |
| <input type="radio"/> Presión arterial baja         | <input type="radio"/> Cualquier desorden de sangrado | <input type="radio"/> Anemia                       | <input type="radio"/> Hemofilia                            |
| <input type="radio"/> Rasgo de la célula falciforme | <input type="radio"/> Transfusiones de sangre        | <input type="radio"/> ¿Fumas?                      | <input type="radio"/> Problemas pulmonares / respiratorios |
| <input type="radio"/> Asma                          | <input type="radio"/> Enfisema                       | <input type="radio"/> Tuberculosis                 | <input type="radio"/> Problemas sinusales                  |
| <input type="radio"/> Dificultad en la curación     | <input type="radio"/> Diabetes                       | <input type="radio"/> Problemas de la tiroides     | <input type="radio"/> Problemas suprarrenales/pituitarias  |
| <input type="radio"/> Problemas del hígado          | <input type="radio"/> Hepatitis / ictericia          | <input type="radio"/> Problemas renales            | <input type="radio"/> Problemas estomacales, úlceras       |
| <input type="radio"/> Enfermedad Nervioso o mental  | <input type="radio"/> Epilepsia o convulsiones       | <input type="radio"/> Alcoholismo                  | <input type="radio"/> Abuso de drogas                      |
| <input type="radio"/> Cáncer / Tumor                | <input type="radio"/> Otros crecimientos             | <input type="radio"/> Quimioterapia / radioterapia | <input type="radio"/> Enfermedades de transmisión sexual   |
|   | <input type="radio"/> VIH / SIDA                     | <input type="radio"/> ¿Estas embarazada?           | <input type="radio"/> ¿Estás amamantando?                  |
|   |  |  | <input type="radio"/> Otras enfermedades infecciosas       |

**Reacción alérgica (urticaria/hinchazón) a: (marque todos los que apliquen)**

- Penicilina     Eritromicina     Sulfa     Codeína     Níquel u otros metales  
 Aspirina     Látex     Anestesia local (novocaína)  
 ¿Otros medicamentos o sustancias? Por favor, enumere: \_\_\_\_\_

Si alguna condición o alerta seleccionada anteriormente necesita más aclaraciones, explique a continuación: \_\_\_\_\_

¿Necesita tomar antibióticos antes de las citas con el dentista?  Si  No **Nombre de Antibiótico:** \_\_\_\_\_

¿Estás actualmente bajo cuidado médico? \_\_\_\_\_ Por qué razón: \_\_\_\_\_

Nombre del médico, dirección y número de teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Actualmente está tomando algún medicamento, píldora o tónico?**  Si  No

| Medicación | Para | Medicación | Para |
|------------|------|------------|------|
|            |      |            |      |
|            |      |            |      |

Certifico que la información anterior es completa y precisa según mi leal saber y entender. Informaré al dentista de cualquier cambio en mi estado de salud o mis medicamentos.

Firma del paciente / padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Formulario de evaluación de sonrisa del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Para ayudar a diagnosticar y crear un plan de tratamiento basado en sus preocupaciones, tómese un momento y responda las siguientes preguntas. Por favor circule su respuesta.*

¿No le gusta el color de sus dientes?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Tienes espacios entre los dientes que te molestan?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Tienes astillas o bordes irregulares en tus dientes?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Sientes que tus dientes son demasiado largos o cortos?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Tienes empastes oscuros que muestran cuando sonríes?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Tus encías muestran demasiado cuando sonríes?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Sus dientes están atestados o torcidos?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Tiene coronas existentes o trabajos dentales que considera "feos"?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Eres consciente de tus dientes y / o sonrisa?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Alguna vez alguien (miembro de la familia, amigo, etc.) sugirió que se debe hacer algo con los dientes o la sonrisa?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Evitas sonreír cuando te toman una foto?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Te gustaría mejorar tu sonrisa actual?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Desearías tener una "nueva sonrisa"?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

Por favor marque al lado cuál de las siguientes opciones son preocupaciones que usted tiene sobre el tratamiento dental para mejorar su sonrisa:

Miedo al tratamiento:

Tiempo de tratamiento:

Preocupaciones financieras:

Distancia a la oficina:

No entender el tratamiento:

Vergüenza:

Otros:

## Escala de somnolencia de Epworth

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tu edad (años) \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

¿Qué tan probable es que se duerma en las siguientes situaciones, en contraste con la sensación de cansado?

Esto se refiere a tu forma de vida habitual en los últimos tiempos

Incluso si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, intente averiguar cómo le habrían afectado

Use la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

0= **nunca** dormiría

1= **ligera posibilidad** de dormirse

2= **posibilidad moderada** de dormirse

3= **alta probabilidad** de dormirse

### Situación

### Posibilidad de adormecimiento (0-3)

Sentado y leyendo \_\_\_\_\_

Viendo la televisión \_\_\_\_\_

Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o una reunión) \_\_\_\_\_

Como pasajero en un automóvil durante una hora sin descanso \_\_\_\_\_

Acostarse para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitan \_\_\_\_\_

Sentado y hablando con alguien \_\_\_\_\_

Sentarse tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol \_\_\_\_\_

En un automóvil, mientras se detiene durante unos minutos en el tráfico \_\_\_\_\_

**HOMETOWN DENTAL CARE**

**Arezou Daneshvar, DDS**

**821 S. King Street, Suite E  
Leesburg VA 20175**

**Reconocimiento**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente reconozco que he recibido y revisado una copia de HOMETOWN DENTAL CARE HIPAA Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que HOMETOWN DENTAL CARE, la Notificación de Prácticas de Privacidad de HIPAA puede cambiar periódicamente y que tengo derecho a recibir una copia de HOMETOWN DENTAL CARE revisado Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA bajo petición.

Entiendo que, si tengo preguntas sobre HOMETOWN DENTAL CARE HIPAA Aviso de prácticas de privacidad, puedo comunicarme con la Dr. Arezou Daneshvar.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar este Reconocimiento si así lo quisiera, y que HOMETOWN DENTAL CARE no me rechazará el tratamiento si me rehúso a firmar este Reconocimiento.

También entiendo que puedo contactar con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos en caso de que tenga preocupaciones con respecto a las políticas y procedimientos de privacidad HOMETOWN DENTAL CARE. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, consulte al Dr. Arezou Daneshvar, indicado anteriormente, para obtener asistencia.

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| _____                            | _____  |
| Firma del paciente               | Fecha  |
| _____                            | _____  |
| Firma del representante personal | Imprimir nombre del representante personal         |
|                                  | _____  |
|                                  | Relationship of Personal Representative to Patient |

**Sólo para uso de Office**

*HOMETOWN DENTAL CARE hizo un esfuerzo de buena fe para obtener el Reconocimiento, del paciente mencionado anteriormente del recibo de su aviso de su Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA. A pesar de estos esfuerzos, HOMETOWN DENTAL CARE no pudo obtener un Reconocimiento firmado por la (s) siguiente (s) razón (es):*

- Negativa de firmar Reconocimiento en \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.
- Las barreras de comunicaciones nos prohibieron obtener un Reconocimiento firmado.
- Una situación de emergencia nos prohibió obtener un Reconocimiento firmado.
- Otro (Describa): \_\_\_\_\_

|                    |    |                 |
|--------------------|----|-----------------|
| Fecha de recepción | De | ID del paciente |
|--------------------|----|-----------------|

## Formulario de consentimiento del paciente para cumplimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar o divulgar la información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted asegura que con su firma ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, usted será notificado en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Usted tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento tras la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos telefonarle, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

¿Podemos discutir su condición médica con algún miembro de su familia?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

Si la respuesta es **SÍ**, indique los miembros permitidos:

---

---

---

Este consentimiento fue firmado por: \_\_\_\_\_

(IMPRIMIR NOMBRE POR FAVOR) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## **HOMETOWN DENTAL CARE**

### **DR. AREZOU DANESHVAR**

821 South King Street  
Suite E  
Leesburg, VA 20175  
571-363-2244 (Office)  
571-363-2255 (Fax)  
[info@hometown.dental](mailto:info@hometown.dental) (Email)  
[www.hometown.dental](http://www.hometown.dental) (Website)

## **POLÍTICA DE OFICINA**

### **BIENVENIDO**

La Dra. Arezou Daneshvar se graduó de la Universidad de West Virginia en 2004. Después de la graduación, La Dra. Daneshvar trabajó para varias clínicas privadas y para varias clínicas dentales gratuitas que brindaban servicios dentales para los pacientes desatendidos. En julio de 2017, la Dra. Daneshvar abrió su propia práctica "HOMETOWN DENTAL CARE".

### **MISIÓN**

Mi misión es brindar atención dental de calidad que exceda todas las expectativas de mis pacientes. Creo en mantener saludable a mi comunidad. Me comprometo a proporcionar a mis pacientes servicios de vanguardia, información y conocimiento que necesitarán para lograr y mantener su mejor salud dental. Personalizaré sus necesidades dentales para el tratamiento que se merece.

### **CITAS**

Todas las citas están programadas para cuando el paciente esté disponible. La confirmación de citas se proporciona como cortesía y no está garantizada. Comuníquese con la oficina antes de su cita con cualquier cambio actualizado, como seguro y / o información de contacto.

### **CANCELACIONES**

"HOMETOWN DENTAL CARE" sabe que su tiempo es valioso como el nuestro. En un esfuerzo por brindar atención ininterrumpida a cada paciente, no reservamos ninguna cita a menos que sea una verdadera emergencia dental. Si tiene 15 o más minutos de retraso en su cita programada, es posible que tengamos que reprogramarla para no interferir con la siguiente cita del paciente. HOMETOWN DENTAL CARE requiere un aviso de cancelación de 48 horas o se puede cobrar una tarifa de cita de **\$50**.

### **FINANCIAL**

TODOS LOS PAGOS SE ESPERAN AL MOMENTO DEL SERVICIO QUE INCLUYE CUALQUIER DEDUCIBLE DE SEGUROS Y COPAGOS. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito y crédito. SI SE RECIBEN CHEQUES DEBIDOS A FONDOS INSIGNIFICANTES, SE CARGARÁ UNA CUOTA DE CHEQUE DE DEVOLUCIÓN DE \$ 25. Si tiene seguro dental, procesaremos sus reclamos dentales como cortesía. Todos los copagos "ESTIMADOS" no son garantía de pago del seguro. Le recomendamos a usted, el paciente, contactar a su compañía de seguros directamente con cualquier pregunta relacionada con su cobertura.

### **EMERGENCIAS**

HOMETOWN DENTAL CARE está siempre disponible para atender a nuestros pacientes ante cualquier emergencia dental real durante el horario de atención habitual y ocasionalmente después del horario comercial normal. MUY ORGULLOSOS POR OFRECER EL MEJOR CUIDADO DENTAL PARA NUESTROS PACIENTES.

---

**Nombre/Menor del Paciente**

**Fecha**

---

**Firma del paciente/Tutor**

**Fecha**