

Ronald G. Packham, D.M.D.

**bienvenido a nuestra practica**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SS#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil (favor de marcar con un circulo): Casado Soltero Hijo Otro

Correo Electronico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto De Emergencia (nombre y telefono):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A quien Podemos agradecer por remitirlo a nuestra practica?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informacion de Parte responsable

 *Porfavor complete esta seccion si el paciente* ***no*** *es el garante*

Nombre del garante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Num de ID#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primer Seguro Dental

*Porfavor completar si esta usando seguro dental. Completar solo aquellos aspectos no enumerados anteriormente*

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion de Suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador del Suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre De la Compañia de Seguro Dental: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono De la Compañia de Seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Segundo Seguro Dental

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion del Suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador del Suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Compañia de seguro Dental:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono de la Compañia de Seguro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Historial de salud dental

Cual es su preocupacion inmediata? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como calificaria la condicion de su boca? (favor de marcar con un circulo)

Excelente Bueno Justo Pobre

Nombre del Dentista anterior y numero de telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha del examen dental mas reciente y radiografias dentales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo rutinariamente veo a mi dentista cada: (favor de marcar con un circulo)

3 meses. 4 meses. 6 meses. 12 meses. No rutinariamente

Marque todas la que apliquen:

* Tuvo complicaciones de tratamiento dental pasado
* Tuvo problemas para adormecerse
* Tuvo alguna reaccion al anestesico local
* Tenia/tiene tratamiento de ortodoncia
* Usa retenedor
* Usted experimenta boca seca
* Cualquier diente sensible al morder, frio, caliente, dulces o evita cepillarse cualquier parte de la boca
* Comida se atrapa entre los dientes
* Se a blanqueado los dientes
* Experimentado estallido o clic de la aticulacion de la mandibula
* Dificultad para masticar
* Aprieta o rechina los dientes
* Usar o haber usado un aparato de mordida
* Las encias sangran al usar hilo o cepillarse los dientes
* Fue tratado para las encias o le dijieron que habia perdido hueso de los dientes
* Nota un olor o sabor desagradable en la boca
* Experimenta recession de las encias
* Algunos de los dientes se aflojo por si solo (sin lesiones)
* Experimento una sensacion de ardor en la boca
* Ronca o se despierta con frecuencia durante la noche

Historial Medico

**Indique cual de las siguientes condiciones tiene o ha tenido marcando la casilla:**

* \*Pre-Med
* Anemia
* Asma
* Artritis
* Articulaciones Artificiales
* Autismo
* Enfermedad de sangre
* Cancer
* Quimioterapia
* Diabetes
* Mareo
* Desmayos
* Epilepsia/
* Convulsion
* Sangrado excesivo
* Glaucoma
* Crecimientos/Tumores
* Fiebre
* Dolores de Cabeza
* Lesion en la Cabeza
* Problemas del Corazon
* Hemofilia
* Alta presion Sanguinea
* HIV/SIDA
* Ictericia
* Nefropatia
* Enfermedad del higado
* Desordenes Mentales
* Trastornos Nerviosos
* Pacificador
* Prediabetes
* Radiacion
* Problemas Respiratorios
* Fiebre Reumatica
* Problemas Nasales
* Sjogrens
* Problemas de Estomago
* Derrame Cerebral
* Tiroides
* Uso de Tabaco/ Alcohol/ Drogas
* Tuberculosis
* Enfermedad Venerea
* Lupus
* **FEMENINO**: embarazada o Planificando el embarazo
* **FEMENINO**: Lactante
* Sin condiciones medicas

Tiene alguna **alergia (incluidas alergias a medicamentos)**? En caso afirmativo, expliquelo porfavor:

**Alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Alguna condicion no mencionada anteriormente o alertas seleccionadas anteriormente que necesiten mas aclaraciones, porfavor describa:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta tomando alguna **medicacion (prescripcion y no-prescripcion)** incluyendo dosis regulares de aspirina o pildoras anticonceptivas? En caso afirmativo, enumere a continuacion:

**Medicamentos \*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

A tomado o esta tomando **Bisphosphonate drug usado para tratar osteoporosis** o enfermedad de paget? Por ejemplo: Fosamax, Actonel, Boniva, Reclast, Didronel, Zometa, etc. en caso afirmativo, indique el medicamento y la fecha en que lo tomo:

**Bisphosphonates: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Describir cualquier tratamiento alcual, hospitalizaciones recientes y cirugia reciente o inminente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Medico** nombre y numero de telefono**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Farmacia que prefiere** nombre y numero de telefono**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Al firmar acontinuacion, reconozco que he revisado todas las preguntas/alertas en este questionario y e respondido en consecuencia. No hay otras condiciones medicas o medicamentos/alergias que no se hayan incluido. Soy consciente que debo notificar ala practica cualquier cambio futuro.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Paciente:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Respresentante del paciente:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha**

 Consentimiento para servicios y poliza financial

La mayoria de los planes de Seguro estan diseñados para pagar parte de su tratamiento dental, pero no todo. Normalmente se aplican deducibles y otros co-pagos. Requirimos el pago de su parte de las tarifas en el momento del servicio. Haremos todo lo possible para estimar con precision su co-pago segun la informacion que nos proporcione. Para su comodidad aceptamos efectivo, debito, Visa/MC y Discover. Es possible que tenga disponible un contrato de pago a traves de CareCredit tras la aprobacion del credito.

Presentaremos sus reclamos de Seguro por usted. Tambien trabajaremos en estrecha colaboracion con usted y su compañia de seguro para maximizar los beneficios a los que tiene derecho. Porfavor recuerde, su poliza de Seguro es un acuerdo entre usted y su compañia de seguro. Cualquier saldo impago por su compañia de seguros es su responsabilidad.

Se puede aplicar cargo por servicio sobre cualquier saldo impago que exceda los 60 dias, a menos que se hayan hecho arreglos financieros por escrito previamente.

Entiendo que cualquier estimacion dental solos se puede extender por un periodo de seis meses a partir de la fecha del examen del paciente.

Doy mi permiso al medico y al personal de Aloha Dental Group para que me llamen por telefono para discutir esta declaracion o mi tratamiento.

**Reconozco que soy financieramente responsable de todos los cargos. Por lo presente autorizo al medico a divulgar la informacion necesaria para asegurar el pago de beneficios.**

**Autorizo los beneficios dentales que de otro modo me pagarian directamente a Aloha Dental Group, P.C.**

Cancelacion de poliza

Pedimos respetuosamente que las citas programadas sean **canceladas al menos dos dias habiles antes**. (por ejemplo, la cancelacion de una cita del Lunes tendria que ocurrir a mas tardar el Jueves anterior). Haremos cumplir una poliza de cobrar $75 por las citas que no se presenten y aquellas citas no canceladas con al menos dos dias habiles de anticipacion.

**Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Del Representante Del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha:**

Reconocimento de hippa

He recibido y revisado una copia de prodecimientos de notificacion de violaciones, seguridad y privacidad de Aloha Dental Group. (disponible en alohadentalgroup.com o en nuestra oficina.)

Entiendo que en cualquier momento esta autorizacion puede ser revocada, cuando la oficina que recibe esta autorizacion reciba una revocacion por escrito, aunque esa revocacion no sera efectiva en cuanto a la divulgacion de registros cuya divulgacion he autorizado previamente, o donde se haya realizado otra accion. Se ha tomado en base a una autorizacion que he firmado. Entiendo que mi atencion medica y el pago de mi atencion medica no se veran afectados si me niego a firmar este formulario.

Entiendo que la informacion utilizada o divulgada, de conformidad con esta autorizacion, podria estar sujeta a una nueva divulgacion por parte del destinatorio y, de ser asi, podria no estar sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.

Entiendo que debo preguntarle al official de privacidad si tengo alguna pregunta sobre estas polizas y procedimientos.

**Con quien Podemos dejar informacion sobre sus citas: (nombre y numero de telefono)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Con quien Podemos dejar informacion sobre su tratamiento dental: (nombre y numero de telefono): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Consentimiento para Communicaciones por internet

Doy mi permiso a Aloha Dental Group, P.C. para cargar y almacenar informacion confidencial del paciente (incluida la informacion de la cuenta, la informacion de citas y de la clinica) al sitio web seguro. Entiendo que, por motivos de segurida, el sitio require una ID de usuario y una contraseña para acceder y usar. Tambien entiendo que Aloha Dental Group, p.c. y yo somos responsables de mantener la estricta confidencialidad de cualquier ID y contraseña que se me asigne; y que Aloha Dental Group, p.c. no es responsable de ningun cargo, daño o Perdida que se pueda incurrir o sufrir como resultado de mi incumplimiento de mantener la confidencialidad. Entiendo que Aloha Dental Group, p.c. no es responsable de ningun daño relacionado con el robo de mi identificacion y contraseña, mi divulgacion de contraseña, o mi autorizacion para permitir que otra persona o entidad acceda y utilice el sitio de web de Aloha Dental Group, p.c. con mi ID y contraseña. Tambien acepto notificar inmediatamente a Aloha Dental Group, p.c. de cualquier uso no autorizado de mi ID o cualquier otra necesidad de desactivar mi identificacion debido a problemas de seguridad.

Tambien entiendo que las leyes estatales y federales, asi como los requisitos eticos y de licencia, imponen obligaciones con respecto a la confidencialidad del paciente que limitan la capacidad de hacer uso de ciertos servicios o transmitir cierta informacion a terceros. Entiendo que Aloha Dental Group, p.c. representara y garantizara que, en todo momento durante los terminos de este acuerdo y en lo sucesivo, cumplira con todas las leyes directa o indirectamente aplicables que, en lo sucesivo, puedan regir la recopilacion, el uso, la transmission, el procesamiento, la recepcion la presentacion de informes, la divulgacion, el mantenimiento, y almacenamiento de mi informacion, y hacer todo lo posible para hacer que todas las personas o entidades bajo su direccion o control cumplan con dichas leyes. Estoy de acuerdo en que Aloha Dental Group, p.c. tiene derecho a monitorear, recuperar, almacenar, cargar y usar mi informacion en relacion con el funcionamiento de dichos servicios, y actua en mi nombre al cargar la informacion de mi paciente. Entiendo que Aloha Dental Group, p.c. hara esfuerzos comercialmente razonables para mantener la confidencialidad de toda la informacion del paciente que se cargue en el sitio web in mi nombre. Entiendo que Aloha Dental Group, p.c NO PUEDE Y NO ASUME NINGUNA RESPONSABILIDAD POR MI USO O MAL USO DE LA INFORMACION DEL PACIENTE U OTRA INFORMACION TRANSMITIDA, MONITOREADA, ALMACENADA, CARGADA O RECIBIDA UTILIZANDO EL SITIO O LOS SERVICIOS.

**Firma Del Paciente:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de Representante del Paciente:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha**