

--	--	--	--	--	--	--

NUMERO PACIENTE

PACIENTE _____
 Apellido Nombre

Fecha _____ Fecha Nac. _____ Masc Fem

NOMBRE DEL PADRE
 O APODERADO _____
 Apellido Nombre

SEGURO DENTAL PRIMARIO

NOMBRE DEL EMPLEADO _____

COMO DESEA QUE
 SE LE LLAME _____

FECHA NACIM. EMPLEADO _____

EMPLEADOR _____ # ANOS _____

Soltero Casado Divorciado Viudo Menor

NOMBRE DEL SEGURO _____

DIRECCION _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

TELEFONO _____

DIRECCION-TRABAJO _____

PROGRAMA O POLIZA # _____

TELEFONO : RES. _____ BUS. _____

UNION LOCAL O GRUPO _____

CELULAR _____ FAX. _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

EMAIL ADDRESS _____

EMPLEADO POR _____

SEGURO DENTAL SECUNDARIO

POSICION ACTUAL _____ CUANTO TIEMPO _____

NOMBRE DEL EMPLEADO _____

NOMBRE DEL ESPOSO(A) _____

FECHA NACIM. EMPLEADO _____

ESPOSO(A) EMPLEADO POR _____

EMPLEADOR _____ # ANOS _____

POSICION ACTUAL _____ CUANTO TIEMPO _____

NOMBRE DEL SEGURO _____

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA _____

DIRECCION _____

LICENCIA # _____

TELEFONO _____

FORMA DE PAGO: Seguro Credit Card Cash

PROGRAMA O POLIZA # _____

OTROS FAMILIARES EN NUESTRA PRACTICA _____

UNION LOCAL O GRUPO _____

A QUIEN AGRADECEMOS POR SU REFERIDO _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

PACIENTE/PADRE SOCIAL SECURITY NO. _____

ESPOSO(A)/APOD. SOCIAL SECURITY NO. _____

A QUIEN CONTACTAR EN CASO DE
 EMERGENCIA (QUE NO VIVA CON UD.) _____

AUTORIZACION:

Yo autorizo al dentista a realizar procedimientos diagnosticos y tratamiento necesario para un cuidado dental apropiado
 Yo autorizo se entregue informacion concerniente a mi salud (o de mi hijo-a) o tratamiento propuesto o realizado con el proposito
 de evaluar o administrar reclamos de beneficios a su seguro.

Yo autorizo se comparta la informacion concerniente a mi salud (o de mi hijo-a) o de tratamiento, con otro dentista.

Por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro directamente al dentista o grupo dental.

Yo entiendo que mi compania de seguro dental o el pagador de mis beneficios dentales puede pagar menos de la curenta real por
 los servicios prestados.

Yo entiendo que soy economicamente responsable del pago completo de todas las cuentas. Medianted mi firma, revoco todo
 arregloprevio contrario y accedo ser responsable del pago de servicios no pagados, en totalidad o en parte por mi pagador de
 cuidado dental.

Certifico que la informacion dada en este documento es cierta.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN _____ FECHA _____

REGISTRATION

NOMBRE _____

Apellido

Nombre/s

Fecha de Nacimiento

**MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA, SI NO ESTA SEGURO, POR FAVOR
ESCRIBA "NO SE" EN LA LINEA DE LA PREGUNTA.**

COMENTARIOS

1. Nombre de sue Medico _____
Direccion _____

2. Esta bajo cuidado medico?_ _ _ _ _ -SI NO
Desde cuando? _____ Por que? _____

3. Cuando fue su ultimo examen fisico completo? _____

4. Esta tomando algun medicamento o sustancia?_ _ _ _ _ .SI NO
(Escriba la lista de medicamentos en recuadro de comentarios a la derecha)

5. Rutinariamente toma sustancias para su salud? _ _ _ _ _ .SI NO

6. Es alergico a algun medicamento o sustancia?_ _ _ _ _ .SI NO

7. Tiene alguna otra alergia?_ _ _ _ _ .SI NO

8. Tiene algun problema con penicilina, anestesicos, antibioticos u
otros medicamentos?_ _ _ _ _ .SI NO

9. Eres sensible a algun metal o latex?_ _ _ _ _ .SI NO

10. Esta embarazada o sospecha que lo esta?_ _ _ _ _ .SI NO

11. Usa algun medicamento anticonceptivo?_ _ _ _ _ .SI NO

12. Ha sido tratado o se la ha dicho que puede tener problemas
Cardiacos?_ _ _ _ _ .SI NO

13. Tiene un marcapaso o un implante artificial de valvula del corazon?_ _ _ _ _ .SI NO

14. Ha tenido fiebre reumatica?_ _ _ _ _ .SI NO

15. Tiene algun soplo cardiaco?_ _ _ _ _ .SI NO

16. Tiene la presion alta o baja?_ _ _ _ _ .SI NO

17. Ha tenido alguna enfermedad seria o cirugia mayor?_ _ _ _ _ .SI NO
Explique _____

18. Ha tenido tratamiento de radiacion o quimioterapia para un tumor,
crecimiento u otra condicion?_ _ _ _ _ .SI NO

19. Tiene enfermedades inflamatorias como artritis o reumatismo?_ _ _ _ _ .SI NO

20. Tiene articulaciones artificiales o protesicas?_ _ _ _ _ .SI NO

21. Tiene desordenes sanguineos como anemia, leucemia, etc.?_ _ _ _ _ .SI NO

22. Sangra excesivamente luego de un corte o herida?_ _ _ _ _ .SI NO

23. Tiene problemas estomacales?_ _ _ _ _ .SI NO

24. Tiene problemas con los rinones?_ _ _ _ _ .SI NO

25. Tiene problemas con el higado?_ _ _ _ _ .SI NO

26. Tiene diabetes?_ _ _ _ _ .SI NO

27. Tiene asma?_ _ _ _ _ .SI NO

28. Tiene epilepsia o convulsiones?_ _ _ _ _ .SI NO

29. Tiene o ha tenido enfermedades venereas?_ _ _ _ _ .SI NO

30. Es usted HIV positivo?_ _ _ _ _ .SI NO

31. Tiene sida?_ _ _ _ _ .SI NO

32. Ha tenido o es positivo a la hepatitis?_ _ _ _ _ .SI NO

33. Tiene o ha tenido tuberculosis?_ _ _ _ _ .SI NO

34. Fuma o masca alguna otra forma de tabaco?_ _ _ _ _ .SI NO

35. Consume bebidas alcoholicas?_ _ _ _ _ .SI NO

36. Habitualmente usa sustancias controladas?_ _ _ _ _ .SI NO

37. Ha tenido tratamiento psiquiatrico?_ _ _ _ _ .SI NO

38. Ha usado preccripciones fenfluramine, fenfluramine combinada con phentermine (fen-phen,
dexfenfluramine (redux), u otro producto para la perdida de peso?_ _ _ _ _ .SI NO

39. Ha tomado algun medicamento para un trastorno oseos o ha sido tratado con Bifosfonatos
como Zometa, Aredia, Actonel, Fosamax o Boniva?_ _ _ _ _ .SI NO

40. Tiene alguna enfermedad, condicion o problema no listado?_ _ _ _ _ .SI NO
Explique _____

41. Hay algo mas acerca de su salud que no hayamos cubierto con este
cuestionario?_ _ _ _ _

42. Desearia hablar con el Doctor en privado acerca de algun problema?_ _ _ _ _ .SI NO
CERTIFICO QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA ES COMPLETA Y CIERTA FIRMA
FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN _____

FIRMA DEL DENTISTA _____
FECHA _____

FECHA _____

ANEST.

MED. ALERT

HISTORIA MEDICA

NUMERO PACIENTE

NOMBRE

Apellido

Nombre

2do. Nombre

Fecha Nacimiento

COMENTARIOS

- 1. Proposito de esta visita
2. Tiene algun problema?
3. Cuando fue su ultima visita dental?
4. Que se hizo en esa visita?
5. Nombre de su dentista anterior
6. Cuando fue la ultima vez que tuvo una limpieza dental?
7. Ha hecho visitas regulares al dentista?
8. Se le tomaron radiografias?
9. Ha perdido algun diente o se lo han extraido?
10. Se los ha reemplazado?
11. Como los ha reemplazado?
12. Esta descontento con la restauracion?
13. Desea saber acerca de un reemplazo permanente?
14. Ha tenido oribkenas i cinokucacuibes cib tratamientos detales previos?
15. Aprieta los dientes?
16. La mandibula suena al abrir la boca?
17. Ha tenido dolor en musculos de la cara o alrededor de los oidos?
18. Tiene dolores de cabeza, cueloo u hombros?
19. Se le queda comida entre los dientes?
20. Tienealgun diente sensible a:
21. Le sangran o duelen las encias?
22. Con que frecuencia cepilla sus dientes?
23. Usa el hilo dental?
24. Tiene algun diente flojo, roto o movido?
25. Esta descontento con la apariencia de sus dientes?
26. Que opina de sus dientes en general?
27. Piensa que su aliento es ofensivo en ocasiones?
28. Ha tenido tratamiento o cirugia en las encias?
29. Ha tenido ortodoncia?
30. Ha tenido alguna experiencia desagradable o hay algo de la odontologia a que usted le tenga temor?
31. Tiene alguna pregunta?

Large empty box for patient comments.

CERTIFICO QUE LA INFORMACION DADA ES COMPLETA Y CIERTA
FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN

FECHA

FIRMA DEL DOCTOR

FECHA

ANEST.

HISTORIA DENTAL

MED. ALERT

VICTOR DONGO D.M.D

3307 West 80th Street Hialeah, FL 33018

Releasing Information / Patients Rights and Acknowledgment of Receipt of Notice of Privacy Practices

The Department of Health and Human Services Has established a "Privacy Rule" to help insure that personal health care information is protected for privacy and is only to be used or shared in the minimum necessary fashion. Healthcare providers are to obtain their patient's consent for uses and disclosure of health information about the patient to carry out treatment, payment, or health care operations. By signing this consent, you understand that your physician may need to provide necessary medical information to other appropriate physicians, pharmacies, hospitals, insurance companies, laboratories, and billing agencies. Refusing to consent to the use or disclosure of your personal health information prohibits the doctor from billing for their services; scheduling your care at a hospital; or calling in a prescription to a pharmacy; or medical need. Under this law we have the right to refuse to treat you should you choose to refuse to disclose your Personal Health information (PHI). If you choose to give consent in this document, at some future time you may request to refuse all or part of your PHI. You may not revoke any actions that have already been taken which relied on this or a previously signed consent.

If you have any objections to this form, please ask to speak with our Office Manager.

El departamento de Servicios Humanos y de Salud ha establecido una Regia De Privacidad con miras de asegurar que se proteja la privacidad de la informacion sobre la atencion personal de la salude y que se use o se comparta solamente la minima Informacion que sea necesaria con el fin de proporcionarles una norma a revelaciones de informacion acerca de la salud de usted para fines de tratamientos, pagos, y operaciones de cuidado de la salud. El negarse a dar su consentimiento al uso o revelacion de informacion personal sobre su salud le prohíbe al medico facturar sus servicios, programar la atencion que se le vaya a dar a usted en el hospital, llamar a una farmacia par que le despachen una receta asi como satisfacer otras necesidades medicas. En virtud de esta ley, tenemos el derecho de negamos a dar tratamiento si usted decide negarse a revelar Informacion Personal sobre la Salud (PHI Pershonal Health Information por sus siglas en ingles). Si usted decide dar su consentimiento mediante este informacion a partir de la fecha en que usted le presente dicha revocacion al doctor.

Si tiene alguna pregunta acerca del presente formulario, pida hablar con nuestro gerente de oficina.

Patient Consent for use and disclosure of Protected Health Information as required and/or permitted by law.

Consentimiento del Paciente par usar y compartir Informacion Personal sobre la Salud como lo permitad y/o requiera la ley.

_____	_____	_____
Patients Name / Nombre del Paciente	Patient or Legal Representative Signature Firma del Paciente o Representante Legal	Date / Fecha

And I also acknowledge that I have been provided with the "Notice Of Privacy Practices"
Y tambien confirmo haber recibido la "Noticia De Las Practicas de Privacidad"

Compliance Assurance Notificaton for our Patient's

The misuse of PHI has been identified as a national problem causing inconvenience, aggravation, and money. We want you to know that all of our employees, managers, and doctors continually undergo training so that they may understand and comply with the government regulations regarding HIPAA with particular emphasis on the "Privacy Rule". We strive to achieve the very highest standars of eithics and integrity in performing service for our patients. It is our policy to properly determine appropriate use of PHI in accordance with the governmetal rules, laws and regulations. We want to ensure that our upractice never contributes in any way to the growing problem of improper use of PHI. As part of this plan, we ahave implemented a Compliance Program that we beieve will help us prevent any inappropriate use of PHI. We also know that we are not perfect. Because of this fact, our policy is to listen to our employees and our patients without any thought of penalization if they feel that an even in any way compromoises our policy and integrity. More so, we welcome your input regarding any service problem so that we may remedy the situation promptly.

El mal uso de la PHI ha sido identificado como un problema nacional que causa molestias, exasperacion y gasto de dinero. Quere-mos que sepa que todos nuestros empleados, geretes y doctores continuamente reciben entrenamietno para que sepan comprender y cumplir las reglas y regulaciones gubernamentales con respecto a HIPAA dandole especial enfasis a la Regla de Privacidad. Nos esforzamos por alcanzar las mas elevadas normas de etica e integridad en la prestacion de servicios a nuestros pacientes. Nuestra politica es el determinar adecuadamente los usos apropiados de la informacion Personal sobre la Salud en conformidad con las reglas, leyes y regulaciones gubernamentales. Queremos asegurar que nuestra practica nunca contribuya de manera alguna al creciente problema de la revelacion inapropiada de dicha informacion. Como parte de este plan, hemos implementado un Programa de Cumplimiento que creemos no ayudara a impedir cualquier uso inapropiado de PHI. Tambien sabemos que no somos perfectos, a causa de ello, nuestra politica es escuchar a nuestros empleados y pacientes sin intecion alguna de sancionarios ni penalizarlos si ellos son de la opinion que un evento compromete nuestra politica de integridad de algun modo. Mas aun, acogemos las ideas que usted tenga acera de qualquier problema que tenga el servicio para poder resolver esa situacion prontamente. Gracias por ser nuestro valioso paciente.

NUMERO PACIENTE

PACIENTE _____
Apellido Nombre 2do.Nombre Fecha Nacimiento

Yo, autorizo a _____
Nombre del Doctor

y a quienes el designe como sus asistentes, para realizarme el siguiente procedimiento (s):

Yo le autorizo para hacer lo que crea que sea necesario si alguna condicion inesperada se presneta durante la realizacion de los procedimientos designados, y si fuera necesario realizar procedimientos adicionales o diferentes a los ya planteados.

Yo acepto el tratamiento planteado luego de haber sido informado acerca de los riesgos, ventajas y desventajas de este mismo y las consecuencias que este puede traer.

Yo acepto el tratamiento planteado luego de haber sido informado acerca de las alternativas de las alternativas de tratamiento que existen con sus riesgos, ventajas y desventajas.

Ademas, autorizo la aplicacion de anestesia local o general, la administracion de antibioticos, analgesicos o algun otro medicamento que sean necesario en mi caso; tambien acepto el leve riesgo concerniente a la administracion de algun medicamento (Alergias), aspiracion, paro cardiaco, tromboflebitis (Irritacion o inflamacion de una vena), dolor, cambio de color o dano en los vasos sanguineos y nervios que pueden ser causados por la inyccion de algun medicamento.

Estos informado y comprendo que durante ciertas cirugias pueden surgir complicaciones inesperadas. En la cirugia oral las complicaciones mas comunes incluyen: Sangramiento postoperatorio, Hinchazon o molestia, mandibulas desenchajadas, perdida o aflojamiento de restauraciones dentales. Complicaciones menos comunes incluyen infeccion, perdida o dano adientes adyacentes y tejidos blandos, disturbios nerviosos (Adormecimiento de tejidos en labios y boca), fracturas mandibulares, exposicion de senos maxilares, aspiracion o deglucion de dientes y restauraciones o fragmentos pequenos de raices que pueden quedar introducidos en la mandibula y necesiten cirugia extensiva para su extraccion.

Comprendo que a pesar de las posibles complicaciones y riesgos, el tratamiento planteado es necesario y deseo realizario. Soy conciente de que la practica de la odontologia y cirugia oral no es una ciencia exacta y no se me ha dado garantia acerca de los resultados de esta operacion o procediemento.

He completado mi informacion medica y personal de la mejor manera incluyendo los antibioticos, medicamentos o alimentos que me producen alergias. Seguire todas y cada una de las instrucciones y direcciones como me sean explicadas y permitire que se me realicen los procedimientos diagnosticos necesarios.

He tenido la opurtunidad de hacer preguntas y recibi las respuestas y explicaciones necesarias acerca de mi condicion medica, he contemplado tratamientos alternativos y los riesgos y complicaciones potenciales de estos antes de firmar esta forma.

Firma del Paciente o Guardian _____ Fecha _____

Firma del Doctor _____ Fecha _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO

NUMERO PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

Apellido Nombre Inicial Fecha de Nac.

NOMBRE DEL PADRE/APODERADO

HISTORIA DENTAL - MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA

COMMENTS

- 1. Es esta la primera visita dental de su hijo(a)?
2. Cuando fue la ultima visita al dentista?
3. Se le tomaron radiografias en la visita anterior al dentista?
4. Su hijo(a) come entre comidas?
5. Su hijo(a) come dulces, caramelos, sodas, o masca chicles?
6. En que momento se cepilla los dientes?
7. En que forma recibe el fluor?
8. Ha tenido caries en el pasado?
9. Ha tenido extracciones (dientes de leche o permanentes)?
10. Ha tenido algun accidente en los dientes: caidas, golpes, etc.?
11. Ha tenido problemas con tratamientos dentales pasados?
12. Alguien en la familia ha tenido ortodoncia?
13. A su hijo(a) se le ha puesto anestesia local?
14. A su hijo(a) se le han puesto sellantes?
15. Su hijo(a) piensa que hay algo malo con sus dientes?

HISTORIA MEDICA

- 1. Su hijo(a) tiene algun problema de salud?
2. Su hijo(a) esta bajo cuidado medico?
3. Nombre de su medico Telefono
4. Su hijo(a) esta tomando algun medicamento?
5. Su hijo(a) es alergico(a) a la penicilina, antibiotics u otra droga?
6. Su hijo(a) tiene alguna otra alergia?
7. Su hijo(a) ha tenido alguna enfermedad grave?
8. Su hijo(a) ha tenido alguna cirugia?
9. Su hijo(a) tiene un soplo cardiaco?
10. Espera tener cirugia?
11. Tiene sangrados severos o excesivos?
12. Su hijo(a) tiene SIDA o es HIV positivo?
13. Su hijo(a) es positivo a la hepatitis?
14. Su hijo(a) tiene algun desorden neurologico?
15. Su hijo(a) sufres de dolores de cabeza frecuentes?
16. Su hijo(a) tiene historia de: (marque la respuesta apropiada) diabetes, problemas cardiacos, asma, infeccion renal, fiebre reumatica, epilepsia, paralisis cerebral, problemas del higado, defectos congenitos, retardo mental, prob. de la vista, cancer, infecciones, prob. del habla, perdida de audicion.

CERTIFICO QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA ES COMPLETA Y CIERTA FIRMA FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN

FECHA

FIRMA DEL DENTISTA

FECHA

ANEST.

CHILD DENTAL MEDICAL HISTORY

MED. ALERT