



## Bienvenido a nuestro oficina!

Por favor tome unos minutos para llenar este formulario tan completamente como sea posible. Si usted tiene alguna pregunta, estaremos encantados de ayudarle.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Genero: M / F  
Apellido Nombre de Pila  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero de Seguro Socail: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Ocupacion: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Padre or Guardian: \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

### Informacion del Contacto

Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal  
 Celular: \_\_\_\_\_ Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Correo Electronico: \_\_\_\_\_  
 Preferencia de Contacto : Celular Casa Trabajo Correo Electronico Texto  
 Como supiste de nosotros? Conducir/Caminar por Seguro Google Facebook / Twitter / Yelp / YouTube / Instagram Envio Iglesia Zocdoc Television / Radio Amigo/Relativo: \_\_\_\_\_

### Informacion de seguro primaria

Quien es el Suscriptor? Usted Esposo/a Padre *(Por favor llena suscriptor informacion si no es usted)*  
 Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Identificacion: \_\_\_\_\_  
 Nombre del grupo: \_\_\_\_\_ Identificacion del grupo: \_\_\_\_\_

### Informacion de auto

Empleador / Escuela: \_\_\_\_\_ Numero de Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_  
 Dirreccion de Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_  
 Condicion de estudiante *(dependientes de 19 y mas)*: No Estudiante Tiempo Completo Medio Tiempo

### Informacion del Suscriptor

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimineto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido Nombre de Pila  
 Numero de Seguro Socail: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Dirreccion del Suscriptor (Si es diferente): \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal  
 Empleador de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Telefono de Empleador: \_\_\_\_\_  
 Dirreccion de Empleador: \_\_\_\_\_

### Tienes Seguro secundario? Si / No Quien es el suscriptor? Usted Esposo/a Padre

Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Identificacion: \_\_\_\_\_  
 Nomber del Grupo: \_\_\_\_\_ Indentification de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Numero de Seguro Socail: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Dirreccion del Suscriptor (Si es diferente): \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal  
 Empleador de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Telefono de Empleador: \_\_\_\_\_  
 Dirreccion de Empleador: \_\_\_\_\_

## Salud Dental

**Por favor, compruebe si alguno de los siguientes problemas se aplican a usted:**

- Sensibilidad
- Dolor de dientes o molestias al masticar
- Dolores de cabeza, dolores de oído, dolor de cuello
- Ulceras bucales o herpes labial
- Dolor en las articulaciones de la mandíbula
- Dientes o rellenos roto
- Apretar o rechinar los dientes
- Sangrado, irritadas o inflamación de las encías
- Los dientes flojos, depositado o desplazados
- Mal aliento o mal sabor en la boca

**Tiene usted o ha tenido alguna de las siguientes situaciones?**

- Dentadura completa
- Dentaduras parciales
- Tirantes
- Tratamientos de las encías
- Implantes
- Requiere tomar antibióticos antes del tratamiento dental**

**Fuma o usa tabaco de mascar?  sí  no**

**Cuanto? \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_**

**Si pudiera cambiar su sonrisa , haría:**

- Hacer mis dientes más blancos
- Hacer mis dientes rectos
- Cerrar espacios
- Fijar apiñamiento
- Reemplazar los empastes metálicos con rellenos de color del diente
- Reparación de dientes astillados
- Reemplazar los dientes perdidos
- Vuelva a colocar coronas viejas que no coinciden
- Tener un cambio de imagen sonrisa

**Por favor, comparta las siguientes fechas :**

Su última limpieza: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Su última detección del cáncer oral: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Su última serie de radiografías completas: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dentista anterior / Oficina Dental \_\_\_\_\_

**Qué es lo más importante para usted acerca de su futuro sonrisa y salud dental?**

**Qué es lo más importante para usted acerca de su visita al dentista hoy?**

## Historial Médico

Aunque el personal dental tratan principalmente el área en y alrededor de la boca , la boca es una parte de su cuerpo entero . Los problemas de salud que pueda tener , o medicamentos que esté tomando , podrían tener una importante interrelación con la odontología que recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- o Estás bajo el cuidado de un médico ahora?  si  no  
**Nombre y Número:** \_\_\_\_\_
- o Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una gran operación?  si  no  
**Por favor explique:** \_\_\_\_\_
- o Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o el cuello grave?  si  no  
**Por favor explique:** \_\_\_\_\_
- o Está tomando medicamentos, pastillas o drogas?  si  no  
**Anote todos los medicamentos :** \_\_\_\_\_
- o Alguna vez ha tomado Fosamax , Boniva , Actonel , o cualquier medicamento que contenga los bisfosfonatos ?  si  no
- o Está usted en una dieta especial?  si  no  
**Por favor explique:** \_\_\_\_\_
- o Utiliza sustancias controladas?  si  no  
**Por favor enumere:** \_\_\_\_\_

### Mujeres: Estas?

- Embarazadas / Tratando de quedar embarazada?       Tomando anticonceptivos orales?  
 Amamantando un niño?

### Es alérgico a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina    Penicilina    Codeína    Anestésicos locales    Acrílico    Metal    Latex    Sulfamidas     
 Otro **Si otro, por favor explique:** \_\_\_\_\_

### Por favor, compruebe si tiene o ha tenido alguna de las siguientes opciones:

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH Positivo             | <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular            | <input type="checkbox"/> Hinchazón de las extremidades                                       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Drogadicción                 | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón                      |  |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia                      | <input type="checkbox"/> Boca seca                    | <input type="checkbox"/> Leucemia                                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides  |
| <input type="checkbox"/> Anemia                          | <input type="checkbox"/> Enfisema                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado                   | <input type="checkbox"/> Amigdalitis   |
| <input type="checkbox"/> Angina                          | <input type="checkbox"/> Epilepsia                    | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja                   | <input type="checkbox"/> Tuberculosis  |
| <input type="checkbox"/> Artritis / Gota                 | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo            | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar                     | <input type="checkbox"/> Tumores o crecimientos  |
| <input type="checkbox"/> Válvula de Salud artificial     | <input type="checkbox"/> Desmayos / Mareos            | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral           | <input type="checkbox"/> Úlceras   |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial         | <input type="checkbox"/> Ataque del corazón / Fracaso | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                            | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea  |
| <input type="checkbox"/> Asma                            | <input type="checkbox"/> Soplo del corazón            | <input type="checkbox"/> Dolor en articulaciones de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Ictericia amarilla  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre         | <input type="checkbox"/> Corazón de marcapasos        | <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea                 | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades graves no mencionados anteriormente , explican : |
| <input type="checkbox"/> Problema respiratorio           | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón        | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica                   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad         | <input type="checkbox"/> Hemofilia                    | <input type="checkbox"/> Tratamientos de radiación               | _____  |
| <input type="checkbox"/> Cancer                          | <input type="checkbox"/> Hepatitis A                  | <input type="checkbox"/> Diálisis renal                          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C              | <input type="checkbox"/> Reumatismo                              | _____  |
| <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho             | <input type="checkbox"/> Herpes                       | <input type="checkbox"/> Shingles                                | _____  |
| <input type="checkbox"/> Herpes labial                   | <input type="checkbox"/> Presion Alta                 | <input type="checkbox"/> Enfermedades Celle falciformes          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno congénito del corazón | <input type="checkbox"/> Colesterol alto              | <input type="checkbox"/> Sinusitis                               | _____  |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                    | <input type="checkbox"/> Urticaria o erupción         | <input type="checkbox"/> Enfermedades del estómago / intestino   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Medicina de cortisona           | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia                 | <input type="checkbox"/> Ataque de apoplejía                     | _____  |

A lo mejor de mi conocimiento , las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión . Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico .

Firma del paciente, padre, o guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Las Políticas Generales de Oficina

### Política Financiera

Nuestro objetivo principal es proporcionar el mejor cuidado dental. Si usted tiene seguro dental, haremos todo lo posible para maximizar los beneficios de su plan proporcionado. Si hay un saldo restante o si usted no tiene seguro, que hará que todos los cargos restantes lo más asequible posible. Nuestra oficina utiliza los mejores materiales y la última tecnología, y nuestros honorarios son lo que es normal y habitual para nuestra zona.

**Por favor, lea y escriba sus iniciales junto a cada declaración:**

\_\_\_\_ Soy responsable de todos los cargos en Yonkers Avenue Dental, con independencia de los beneficios de seguro dental. Yonkers Avenue Dental presentará todas las reclamaciones de seguros en mi nombre, seguirá todas las regulaciones y las peticiones de mi compañía de seguros, y deducirá todos los pagos recibidos de mi seguro de mi cuenta, pero todos los cargos restantes son mi responsabilidad y yo les pagaré en una de manera oportuna.

\_\_\_\_ Se me dará una estimación de los cargos y lo que mi plan de seguro cubrirá, pero esto no es una garantía de que mi compañía de seguros pagará exactamente según lo estimado. Entiendo que mi compañía de seguros impone muchas limitaciones, exclusiones, períodos de espera, límites de frecuencia, las restricciones de edad, etc, que afectan a la cantidad que se pagará en mi nombre. Como resultado de ello, lo que paga el seguro puede ser diferente de lo que fue estimado por la avenida Yonkers dental y yo soy responsable de la balanza.

\_\_\_\_ Los planes de seguro suelen tardar 30-60 días para hacer el pago después de que se presentó una reclamación. Si su seguro no ha realizado el pago dentro de los 60 días, le pedimos que llame se espera que su seguro para verificar el pago del seguro. Si el pago no se recibe dentro de los 60 días o su reclamo es negado, usted será responsable del pago de la cantidad correspondiente en ese momento.

\_\_\_\_ Todos los deducibles de seguros y los co-pagos son debidos en el momento del tratamiento. Los pacientes no seguros también deben hacer el pago de servicios al momento del tratamiento a menos que un plan de pago u otros arreglos se han hecho tales como la financiación a través de Care Credit.

\_\_\_\_ Por la presente autorizo el pago de beneficios dentales directamente a la avenida Yonkers dental que de otro modo habría que pagar a mí.

\_\_\_\_ Voy a estar sujetos a una tarifa de \$ 25 por cheques devueltos, y \$ 35 cuota mensual tarde a los saldos de cuenta más de 90 días

*Aceptamos el pago a través de dinero en efectivo, cheque, tarjeta de crédito, o el care credit .*

### Notificación Tardía / No-show Política

Entendemos que se presentan situaciones en las que debe cambiar su cita , pero sí solicitamos que proporcionará al menos 24 horas de antelación de la cancelación. Nuestra práctica cree firmemente que la buena relación médico paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación.

\_\_\_\_ Voy a ofrecer al menos 24 horas de antelación si tengo que volver a programar una cita. Voy a estar sujeto a un cargo por cancelación de \$ 25 por día de la semana y una tarifa de \$ 50 para las citas los sábados por paciente cuando le doy menos de 24 horas de antelación o simplemente no se muestran. Las excepciones son raras y serán considerados caso por caso. La cuota debe pagarse en la siguiente cita antes se representará el tratamiento futuro.

\_\_\_\_ Si yo simplemente no se muestran para las citas dos veces, sin notificación , que podrá ser relevado de la práctica .

**He leído y entendido las políticas de notificación financieros y tarde en la avenida Yonkers Dental.**

**Firmacion \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**

## Política de HIPAA y Consentimientos de Oficina

Vamos a utilizar su información de salud dentro de nuestra oficina para ofrecerle el mejor cuidado dental posible. Esto puede incluir procedimientos de la oficina administrativa y clínicos diseñados para optimizar la programación y la coordinación de la atención entre higienista, asistente dental, dentista, y el personal de la oficina de negocios. Además, podemos compartir su información médica con médicos, dentistas referencia, laboratorios clínicos y dentales, farmacias u otro personal de cuidado de salud que le proporcionan tratamiento. También se puede utilizar:

### PARA OBTENER PAGO

Podemos incluir su información de salud con una factura utilizada para recoger el pago del tratamiento que recibe en nuestra oficina . Podemos hacer esto con los formularios de seguros presentadas por usted en el correo o enviados electrónicamente . Vamos a estar seguro para trabajar sólo con las empresas con compromiso similar con la seguridad de nuestra información de salud.

### PARA CONDUCTAR OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Su información médica puede ser usada durante los programas de formación y programas de evaluación. También es posible que la información médica será revelada durante las auditorías de las compañías de seguros o agencias de gobierno nombró como parte de su garantía de calidad y de cumplimiento opiniones. Su información médica puede ser revisada durante el proceso rutinario de las actividades de certificación, licencia o credenciales.

### RECORDATORIOS AL PACIENTE

Porque creemos que el cuidado regular es muy importante para su salud oral y general, vamos a recordarle una cita programada o que es el momento para que usted pueda ponerse en contacto con nosotros y concertar una cita. Además, podemos contactar con usted para dar seguimiento a su cuidado y le informará de las opciones de tratamiento o servicios que puedan ser de interés para usted o su familia. Estas comunicaciones son una parte importante de nuestra filosofía de modelando con nuestros pacientes para asegurarse de que reciban el mejor cuidado de la odontología moderna de prevención y restauración proporcionan. Ellos pueden incluir tarjetas postales, cartas, recordatorios telefónicos, correo electrónico o mensajes de texto.

### SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD NACIONAL

Podemos requerir a revelar a los funcionarios federales o información médica autoridades militares necesarios para completar una investigación relacionada con la salud pública o la seguridad nacional. La información de salud puede ser importante cuando el gobierno cree que la seguridad pública podría beneficiarse cuando la información podría conducir al control o prevención de una epidemia o la comprensión de los nuevos efectos secundarios de un tratamiento farmacológico o un dispositivo médico.

### FAMILIA, AMIGOS Y CUIDADORES

Podemos compartir su información de salud con los que nos diga estará ayudando con la higiene del hogar, el tratamient, la medicación, o el pago. Nos aseguraremos de que pedir permiso primero. Si hay una emergencia, en el que no puede decirnos lo que quiere, usaremos nuestro mejor juicio al compartir su información de salud sólo cuando será importante para aquellos que participan en la prestación de su cuidado.

### Copia de los registros

Usted tiene derecho a una copia de su historia de nuestra oficina. Usted puede estar sujeto a una cuota de producción de registros de \$ 0.75 por página impresa , y \$ 10 por página impresa para radiografías u otras imágenes de diagnóstico . Por favor espere de 7-10 días laborales para estos registros para ser preparados y enviados por correo . Una opción de copia por correo electrónico también está disponible .

## CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS Y LA FOTOGRAFIA

Durante el curso del tratamiento, es posible que someterse a procedimientos en todas las fases de la odontología, incluyendo periodoncia (tratamiento de las encías y cirugía), cirugía oral, endodoncia (tratamientos de conducto), fijos y prostodoncia removibles (coronas, puentes y dentaduras postizas), implantología, reconstituyentes odontología, tratamiento temporomandibular trastorno, el tratamiento de la apnea del sueño , patología oral , odontología pediátrica , y la radiografía .

No se pueden ofrecer garantías sobre los resultados del tratamiento, la longevidad, la restauración o pronósticos. Entiendo que cualquier rama de la medicina, incluyendo la odontología, puede implicar resultados inesperados. Yonkers Avenida dental hará todo lo posible para minimizar los resultados no previstos o no deseados.

**ANESTESICOS:** La mayoría de los procedimientos se realizan con un anestésico local (comúnmente referido como novocaína y Zyllocaine ) . En casos raros, pueden ocurrir reacciones alérgicas, por lo que se le solicita que informe a nuestro personal de la oficina de alguna alergia que pueda tener. Algunos sedantes o medicamentos para el dolor puede provocar somnolencia. Por lo tanto, cuando se utilizan estos medicamentos, lo que tendría que hacer arreglos para el transporte con otra persona.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AURTHORIZATION:** Certifico que he leído y entendido este Consentimiento Informado, que resume las consideraciones generales de tratamiento, así como los posibles problemas y complicaciones del tratamiento dental. Entiendo que las complicaciones y problemas potenciales pueden incluir, pero no se limitan a los descritos en el tratamiento y discutido conmigo. Entiendo que durante y después del tratamiento, y en el futuro, las condiciones pueden llegar a ser evidente que requiere de tratamiento adicional o alternativa pertinente para el éxito del tratamiento integral. Reconociendo los problemas y riesgos potenciales de tratamiento dental, la autorización se da para el tratamiento dental que deba prestar el personal dentista y la oficina. También apruebo ninguna modificación en el diseño materiales, o cuidado, si se considera que esto es para mi bien.

**FOTOGRAFÍA:** Autorizo al médico y / o el personal para tomar fotografías y / o videos de mi mismo o dependiente. Autorizo a éstos se utilizan para el diagnóstico, para entender y mejorar el resultado de mi caso, y / o para la demostración o comercialización al efecto en o fuera de línea a través de la publicación impresa o en medios sociales. Mi nombre será confidencial. No espero que la compensación, financiera o de otro modo, para el uso de estas fotografías.  Marque esta casilla si sólo se desea utilizar fotos / vídeo para el diagnóstico y el único tratamiento .

Firma del paciente, padre o guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_