

Brook Dental Associates

373 Vosseller Ave Bound Brook, NJ 08805

Thomas J. Pluhar D.D.S. Douglas S. Ely D.M.D. Louis M. Scibelli D.M.D.

Es un gran orgullo para nosotros que usted nos haya elegido para el cuidado dental suyo y el de su familia

Informacion del Paciente

Fecha _____
Nombre _____
Apellido Paterno _____ Nombre _____
Direccion _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Telefono de su casa _____ Fecha de nacimiento _____ CELL _____
Si el paciente es menor de edad, nombre de su padre, madre o tutor _____
Nombre de la persona que lo refirio a nuestra oficina _____
Nombre de su pariente mas cercano pero que no vive con usted _____
Correo electronico _____ Numero de Seguro Social _____

Informacion de la Persona Responsable

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____
Residencia _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Numero de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Relacion con el paciente _____
Lugar de Empleo _____ Ocupacion _____ Numero de anos empleado _____
Nombre del esposo (a) _____ Relacion con el paciente _____
Lugar de Empleo _____ Ocupacion _____ Numero de anos empleado _____
Numero de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ # telefono del trabajo _____

Informacion del Seguro

Nombre del Asegurado _____ Numero de Seguro Social del Asegurado _____
Nombre de la Compania de Seguro _____ Numero del Grupo _____
Direccion de la Compania de Seguro _____ Numero de Telefono _____
Tiene usted doble seguro? Si ___ No ___ Si la respuesta es si, llene la informacion seguida
Nombre del Asegurado _____ Numero de Seguro Social del Asegurado _____
Nombre de la Compania de Seguro _____ Numero de Grupo _____
Direccion de la Compania de Seguro _____ Numero de Telefono _____
Lugar de Empleo _____ Numero de Telefono _____

Informacion Odontologica

Le sangran las encias cuando se cepilla los dientes? Si _____ No _____
Son sus dientes sensibles al frio o al calor. Si _____ No _____ Presion Si _____ No _____ Dulces Si _____ No _____
Usted rechina o presiona sus dientes? Si _____ No _____
Tiene usted miedo al trabajo dental Si _____ No _____
Fecha de su ultimo examen bucal? _____ Que tratamiento le hicieron en esta visita? _____
Como describe usted su presente problema dental? _____
Como se siente usted acerca de la apariencia de sus dientes? _____

Informacion Medica

1. Tiene usted algun dolor en este momento? _____ SI NO
 2. Ha estado de paciente en el hospital en los pasados dos años? _____ SI NO
 3. Ha estado bajo el cuidado de un doctor en los pasados 2 años? _____ SI NO

Nombre de su Doctor _____ numero de telefono _____

4. Ha estado usted tomando medicamentos durante los pasados 2 años? _____ SI NO

Por Favor escribalos _____

5. Tiene usted alergias a medicamentos o anestésicos? _____ SI NO

Por Favor escribalos _____

Por Favor indique cual de las siguientes enfermedades tiene o ha tenido en le pasado, marque "SI" o "NO"

Problemas del Corazon.....	SI	NO	Rodilla, Cadera, Codos artificiales.....	SI	NO
Hepatitis B.....	SI	NO	Enfermedades del Corazon/Ataque.....	SI	NO
Problemas con los Rinones.....	SI	NO	Enfermedad Venerea	SI	NO
Angina Pectoris.....	SI	NO	Ulceras	SI	NO
S.I.D.A.	SI	NO	Enfermedades Hereditarias del Corazon	SI	NO
Diabetes.....	SI	NO	HIV Positivo.....	SI	NO
Murmullo en el Corazon... ..	SI	NO	Problemas con la Tyroides.....	SI	NO
Bejigas en la Boca	SI	NO	Presion Alta.....	SI	NO
Glaucoma.....	SI	NO	Transfucion de sangre.....	SI	NO
Arteriosclorosis.....	SI	NO	Emphysema.....	SI	NO
Anemia.....	SI	NO	Valva Mitral.....	SI	NO
Cancer.....	SI	NO	Hemophilia	SI	NO
Valva Artificial del Corazon.....	SI	NO	Tos Cronica.....	SI	NO
Enfermedades de celulas	SI	NO	Marcapasos.....	SI	NO
Tuberculosis.....	SI	NO	Moretes Faciles.....	SI	NO
Cirugia del Corazon.....	SI	NO	Asthma.....	SI	NO
Fiebre Reumatica.....	SI	NO	Alergia al polvo.....	SI	NO
Amarillo del Hgado.....	SI	NO	Artritis.....	SI	NO
Allergias o Salpullido.....	SI	NO	Epilepsia o Ataques.....	SI	NO
Reumatismo.....	SI	NO	Problemas de Sinusitis.....	SI	NO
Desmayos o Mareos.....	SI	NO	Medicina d Cortisona.....	SI	NO
Terapia de Radiacion.....	SI	NO	Nerviosismo.....	SI	NO
Adiccion de Drogas.....	SI	NO	Quimoterapia.....	SI	NO
Tumores.....	SI	NO	Demarrame Cerebral.....	SI	NO
Hepatitis A (Infecciosa).....	SI	NO	Incapacitado.....	SI	NO

8. Cuando usted camina o sube escaleras se tiene que parar por dolor en el pecho, le falta aire o porque esta cansado.....SI NO
 9. Se le hinchan los tobillos durante el dia.....SI NO
 10. Usa usted mas de dos almohadas para dormir.....SI NO
 11. Ha perdido o ganado mas de 10 libras durante el pasado año..... SI NO
 12. Se ha despertado corto de aire.....SI NO
 13. Esta usted en una dieta especial.....SI NO
 14. A tenido o tiene usted cualquier clase de enfermddades o problemas que no han sido mencionados?.....SI NO

Por Favor escribalos _____

PARA MUJERES SOLAMENTE:

- Esta usted enbarazada?.....SI, cual mes?.....NO
 Esta usted dandole de mamar a su bebe?....SI.....NO
 Esta usted tomando pastillas anticonceptivas SI.....NO

Entiendo que toda la informacion descrita arriba es necesaria para que me puedan proveer con el mejor cuidado, seguro y eficiente en mi tratamiento dental.

FIRMA DEL PACIENTE..... FECHA.....

Notificacion y Consentimiento al paciente.

Yo _____, autorizo al Doctor a tomar radiografias, modelos de studio, fotografias, o cualquier otro metodo apropiado que el Doctor considere necesario para el diagnostico y procedimiento de mis necesidades dentales. Tambien autorizo al Doctor el ejercicio del tratamiento recomendado y aceptado por mi, el uso de medicamentos apropiados y la terapia indicada para el cumplimiento del mismo. Entiendo que cuando se usan agentes anesteticos hay cierto riesgo. Además autorizo y consiento que el Doctor escoja y use cualquier asistencia necesaria para la realizacion del tratamiento recomendado y necesario. Entiendo que tengo toda la responsabilidad de pagar por los servicios dentales proveidos y realizados a mi persona y el resto de mis dependes (familia), tambien que debo pagar en el momento en que el tratamiento es hecho, a menos que otros arreglos financieros hayan sido acordados con anterioridad con la persona encargada. En caso de que los pagos no sean hechos, o efectuados a tiempo, yo entiendo que tendré que pagar un cargo de interes del 1 ½% (18% APR), y si en caso yo giro un cheque sin suficientes fondos monetarios a esta oficina en pago de mis trabajos dentales, entiendo que existe un cobro adicional de \$50.00 por cheque. Tambien entiendo que cuando sea apropiado los reportes de cualquier credito se obtendrán. Brook Dental Associates le ayudará al paciente enviando el cobro al seguro dental, pero si el pago del seguro dental no es recibido en un lapso de 30 dias, el paciente o persona responsable de la cuenta, tiene la responsabilidad de pagar a esta oficina el monto completo, o si el seguro solamente paga una porcion, el paciente o responsable de la cuenta, deberá hacer el resto del pago.

Firma paciente o responsable

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

REGLA GENERAL HIPAA

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO/
AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse, podríamos no tener permitido procesar sus reclamos de seguros.

Fecha: _____

El infrascrito acusa recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente efectivo para este establecimiento de atención sanitaria. Una copia de este documento firmado y fechado, será tan efectiva como el original. **MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO DOCUMENTO DE ISP SI YO REQUIRIERA QUE LOS TRATAMIENTOS O RADIOGRAFÍAS SEAN ENVIADOS A OTRO MÉDICO O ESTABLECIMIENTOS A CARGO EN EL FUTURO.**

Por favor, **escriba** su nombre aquí

Por favor, **firmo** con su nombre aquí

Representante Legal

Descripción de la Autoridad

Sus comentarios respecto de los Reconocimientos o Consentimientos: _____

CÓMO QUIERE QUE SE DIRIJAN A USTED CUANDO SEA CONVOCADO POR EL ÁREA DE RECEPCIÓN:

Sólo primer nombre Apellido propio Otro _____

POR FAVOR, INSCRIBA A CUALQUIER OTRA PARTE QUE TENGA ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SU SALUD: (Esto incluye padrastrós, abuelos y cualquier cuidador que pueda tener acceso a los registros de este paciente):

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Relación: _____

AUTORIZO EL CONTACTO DESDE ESTA OFICINA **PARA CONFIRMAR MI INFORMACIÓN SOBRE CITAS, TRATAMIENTOS Y FACTURACIÓN** VIA:

Confirmación al Teléfono Celular Confirmación al Teléfono de Casa
Confirmación al Teléfono del Trabajo Mensaje de texto a mi Teléfono Celular
Confirmación por Correo Electrónico **Cualquiera de las anteriores**

AUTORIZO QUE LA **INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD** SEA COMUNICADA VIA:

Confirmación mediante Teléfono celular Confirmación mediante Teléfono de casa Confirmación mediante Teléfono del trabajo Mensaje de texto a mi celular
Confirmación mediante correo electrónico **Cualquiera de las anteriores**

YO APRUEBO QUE SE ME CONTACTE POR **SERVICIOS ESPECIALES, EVENTOS, ACTIVIDADES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS o INFORMACIÓN NUEVA SOBRE SALUD** en representación de este Establecimiento de Atención Sanitaria via:

Mensaje de teléfono Mensaje de texto Correo electrónico **Cualquiera de las anteriores** **Ninguna de las anteriores** (optar por no ser contactado)