

# 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 enfermedades 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: \_\_\_\_\_

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

- No Tengo preferencia  Sólo primer nombre  
 Apellido propio  Otro \_\_\_\_\_

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

- Confirmación al Teléfono Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Mensaje de texto a mi Teléfono Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Confirmación al Teléfono de Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Confirmación al Teléfono del Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Confirmación por Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 **Cualquiera de las anteriores:** por favor llenar la informacion arriba

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**

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

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

**office Use Only**

As Privacy Officer, I attempted to obtain the patient's (or representatives) signature on this Acknowledgement but did not because:

- It was emergency treatment  I could not communicate with the patient  The patient refused to sign  
 The patient was unable to sign because \_\_\_\_\_  Other (please describe) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Privacy Officer

