

### Información Del Paciente

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Ultimo, primero MI (nombre preferido)  
Genero masculino: \_\_\_\_\_ Estatus Familiar: \_\_\_\_\_  
Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (trabajo): \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ mayor tiempo para llamar: \_\_\_\_\_  
Tiempo preferido para citas: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche ☐ Cualquier Hora ☐ M ☐ T ☐ W ☐ T ☐ F ☐ S  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Apartamento #  
Cuidad Estado Código Postal

### Información de Salud

Fecha de ultima visita dental: \_\_\_\_\_ Razón de visita: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna de las siguientes? Por favor, compruebe que se aplican:

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sida                 | <input type="checkbox"/> Hemorragia             | <input type="checkbox"/> Desorden Mental          | <input type="checkbox"/> Tuberculosis            |
| <input type="checkbox"/> Alergia _____        | <input type="checkbox"/> Desmayo                | <input type="checkbox"/> Padecimiento de nervios  | <input type="checkbox"/> Tumores                 |
|   | <input type="checkbox"/> Glaucoma               | <input type="checkbox"/> Marcapasos               | <input type="checkbox"/> Ulceras                 |
| <input type="checkbox"/> Anemia               | <input type="checkbox"/> Crecimientos           | <input type="checkbox"/> Embarazo                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea      |
| <input type="checkbox"/> Artritis             | <input type="checkbox"/> Fiebre Del Heno        | Fecha Esperada de                                 | <input type="checkbox"/> Alergia a la codeína    |
| <input type="checkbox"/> Anatomía Artificial  | <input type="checkbox"/> Heridas en la cabeza   | Nacimiento: _____                                 | <input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina |
| <input type="checkbox"/> Asma                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación | OTRO:  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón    | <input type="checkbox"/> Problemas de respiración | <input type="checkbox"/> _____                   |
| <input type="checkbox"/> Cancer               | <input type="checkbox"/> Hepatitis              | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática         |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Presión alta           | <input type="checkbox"/> Reumatismo               | <input type="checkbox"/> _____                   |
| <input type="checkbox"/> Mareo                | <input type="checkbox"/> Sustantivo ictericia   | <input type="checkbox"/> Problemas nasal          |  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia            | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón   | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales    |  |
|   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado  | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral         |  |

• Ha tenido algunas complicaciones después de un tratamiento dental? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, sírvase indicar: \_\_\_\_\_

• Has sido admitido en un hospital o necesita atención de emergencia durante los dos últimos años? ☐ Yes ☐ No

En caso afirmativo, sírvase indicar: \_\_\_\_\_

• Está ahora bajo el cuidado de un médico? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, sírvase indicar: \_\_\_\_\_

• Nombre de doctor general: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

• Tiene usted algún problema de salud que necesita una mayor aclaración? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, sírvase indicar: \_\_\_\_\_

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada están verdaderas y correctas.  
Si alguna vez tengo cualquier cambio en mi salud, informaré a que los médicos en la próxima cita sin fallar.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor

### Información De Referido

Cuales podemos agradecerle le refiriéndose a nuestra práctica? ☐ Otro Paciente, Amigo ☐ Otro Paciente, pariente

☐ Oficina Dental ☐ Paginas Amarillas ☐ Periódico ☐ Escuela ☐ Trabajo ☐ Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la persona o le refiriéndose a nuestra práctica de Oficina: \_\_\_\_\_



### Cónyuge o responsable información de parte

La siguiente es para: ☐ cónyuge del paciente ☐ la persona responsable con la cuenta

Nombre: \_\_\_\_\_  
☐ Hombre ☐ mujer ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Nino ☐ Otro \_\_\_\_\_  
Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (trabajo): \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_ mejor tiempo para llamar: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Apartamento # \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

### Información de empleo

La siguiente es para: ☐ el paciente ☐ la persona responsable con la cuenta

Nombre De Empleo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
calle \_\_\_\_\_ Ciudad, \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

### Información De Seguro

**Primario**  
Nombre Del Asegurado \_\_\_\_\_ el asegurado es el paciente? ☐ Si ☐ No

Ultimo \_\_\_\_\_ primero \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección de asegurado: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Información de empleo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Relación del paciente para asegurados: ☐ Mismo ☐ Cónyuge ☐ Nino ☐ Otro \_\_\_\_\_

Seguros de nombre del plan y de dirección: \_\_\_\_\_

**Secundario**  
Nombre Del Asegurado \_\_\_\_\_ el asegurado es el paciente? ☐ Si ☐ No

Ultimo \_\_\_\_\_ primero \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección de asegurado: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Información de empleo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Relación del paciente para asegurados: ☐ Mismo ☐ Cónyuge ☐ Nino ☐ Otro \_\_\_\_\_

Seguros de nombre del plan y de dirección: \_\_\_\_\_

### Consentimiento De Servicios

Como condición de su tratamiento por esta Oficina, arreglos financieros deben hacerse con anticipación. La práctica depende de reembolso de los pacientes para los costes incurridos en su cuidado y responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe ser determinada antes del tratamiento.

Todos los servicios de emergencias dentales, o cualquier servicios dentales que se llevan a cabo sin arreglos financieros anteriores, deben prestarse para en efectivo en el momento en que se llevan a cabo servicios.

Los pacientes que llevan seguro dental entienden que todos los servicios dentales amueblados pagan directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable por el pago de todos los servicios dentales. Esta Oficina le ayudará a preparar a los pacientes formularios de seguros o ayudar en la toma de colecciones de las compañías de seguros y se de crédito cualquier tales colecciones a cuenta del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no puede prestar servicios en la suposición de que nuestros cargos se pagarán por una compañía de seguros.

Se cobrará un cargo de servicio de 1 1/2 % por mes (18% anual) sobre el saldo no pagado en todas las cuentas superior a 60 días, a menos que previamente escrito disposiciones financieras están satisfechos.

Tengo entendido que la estimación de la tasa enumerada para este cuidado dental sólo podrá prorrogarse por un período de seis meses desde la fecha del examen paciente.

En consideración para los servicios profesionales prestados a mí o a mi petición, por el doctor, estoy de acuerdo pagar, por lo tanto, el valor razonable de dichos servicios a dicho doctor, o su cesionario, en el momento se prestan los servicios, o dentro de los cinco (5) días de facturación si se extenderá el crédito. Estoy más de acuerdo en que el valor razonable de dichos servicios será facturado a menos que se opuso, por mí, por escrito, dentro de los plazos para el pago de los mismos. Estoy más de acuerdo en que una renuncia a cualquier incumplimiento de cualquier tiempo o condición de este documento no constituirá una renuncia a cualquier aún más el término o condición, y estoy más de acuerdo a pagar todos los costos y abogado razonable si traje se instituyó en este documento.

Reconozco mi permiso a usted o a su cesionario, llamar por teléfono a me en casa o en mi trabajo para discutir los asuntos relacionados con este formulario.

He leído las condiciones anteriores de tratamiento y pago y de acuerdo a su contenido.

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Firma del garante de pago/responsable



**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD**

**Health Insurance Portability Accountability Act (HIPAA), 1996**

<http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/finalreg.html>

**SECCIÓN A: PACIENTE O TUTOR DANDO CONSENTIMIENTO**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Seguro Social #: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B: PARA EL PACIENTE O TUTOR: POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES**

Propósito de consentimiento: al firmar este formulario, se consiente a nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Aviso sobre prácticas de confidencialidad: usted tiene el derecho de leer nuestro aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si a firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos realizar de su información protegida de la salud y de otros asuntos importantes acerca de su información de salud protegida. Una copia de nuestro aviso acompaña este consentimiento. Le animamos a leer cuidadosamente y completamente antes de firmar este consentimiento. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, publicaremos un revisado aviso de prácticas de privacidad, que contendrá los cambios. Esos cambios se pueden aplicar a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.

Puede obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento poniéndose en contacto: Jose A. Pagan, D.M.D.,P.C 187 Washington Avenue Nutley, NJ 07110 (973)661-2929

El derecho a denegar: usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento por darnos aviso de su revocación presentado a la persona de contacto indicados anteriormente escrito. Por favor comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará cualquier acción que adoptamos en la dependencia de este consentimiento antes de que recibimos su revocación, y que nos podemos declinar para tratar le o para continuar tratando si usted revoca este consentimiento.

**FIRMA**

He tenido oportunidad completa para leer y examinar el contenido de este formulario de consentimiento y su aviso de prácticas de privacidad. Tengo entendido que, al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para su uso y la divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y operaciones de atención médica.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si un representante personal en nombre de la paciente signos este consentimiento, complete el siguiente:

Nombre de representante personal: \_\_\_\_\_

Relación de paciente: \_\_\_\_\_

**USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLO. POR FAVOR NOS ASESORE SI DESEA UNA COPIA.**

**REVOKO MI CONSENTIMIENTO**

Revocar mi consentimiento para su uso y la divulgación de mi información de salud protegida para tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica. Tengo entendido que la revocación de mi consentimiento no afectará cualquier acción que tomó en dependencia de mi consentimiento antes de que haya recibido este escrito aviso de revocación. También entiendo que usted puede declinar para tratar o para seguir tratando me después he revocado mi consentimiento.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Aviso sobre prácticas de confidencialidad**

Propósito: Este formulario se utiliza para obtener el reconocimiento que haya sido notificados que nuestro aviso de política práctica puede obtenerse a través de nuestra oficina. Este documento es imprimible a través del sitio Web para sus registros.

HIPAA web-site:

<http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/finalreg.html>

Usted puede rechazar a firmar esta confirmación \*

Yo he recibido acuse de recibo de la notificación de prácticas de privacidad de esta Oficina.

Firma \_\_\_\_\_

**Uso de Oficina:**

Hemos intentado obtener escrito acuse de recibo de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- ☐ Individuo se negó a firmar
- ☐ Las barreras de comunicación prohíben obtener el reconocimiento
- ☐ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- ☐ Otro

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