

Jonathan T. Bloch D.M.D

General & Aesthetic * Restorative Dentistry

*Uniquely experienced, capable & dedicated
care for beautiful healthy smiles*

www.BlochDentistry.com

13722 sw 84 Street Miami, FL. 33183

(305) 385-5555

Registro del Paciente

Fecha _____

Nombre _____

Direccion _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

Numero Telefonico _____

Numero de Trabajo _____

Celular _____

Fecha de Nac _____

Sexo _____

Ocupacion _____

Estado Matrimonial _____

Nombre de Esposo/a _____

Seguro Dental y Num. _____

Numero de Poliza _____

Suscriptor SSN _____

Nombre de Suscriptor _____

Fecha de Nac del Suscriptor _____

Seguro Secundario? _____

Nombre del Responsable _____

Correo Electronico _____

Persona que lo/a Refirio _____

En Caso de Emergencia:

Nombre _____

Numero Telefonico _____

Salud Dental

Razon por su visita: _____

Cuando fue su ultima visita? _____

Alguna vez ha tenido algun problema serio asociado con un tratamiento dental anterior? _____

Cuantas veces al dia se cepilla los dientes? _____

Que textura de cepillo usa? Suave Mediano Duro Nylon Natural

Cuantas veces al dia se pasa el hilo dental? _____

Sus encias sangran cuando se cepilla o pasa el hilo? _____

Evita cepillarse cierta area de la boca por motivo de dolor? _____

Siente dolor cuando sus dientes tienen contacto con:

- | | | |
|--|----|----|
| a) Comidas calientes o liquidos ej: sopa, café,te,etc. | Si | No |
| b) Comidas frias o liquidos ej: helado, helado fria, etc . | Si | No |
| c) Dulces, caramelos, frutas, postres,etc. | Si | No |
| d) Acidos, ej: limon, lima, toronja | Si | No |

Mastica solamente por un lado de la boca? Si No

Siente dolor al cepillarse o pasarse el hilo dental? Si No

Si su respuesta es si, por favor explique el porque:

Presenta sensibilidad en sus encias? Si No

Aprieta su mordida al dormir? Si No

Se siente cansada su mandibula? Si No

Usa denturas? Si No

Tiene caries usualmente? Si No

Se le parten sus empastes? Si No

Siente deseos de vomitar al cepillarse? Si No

Comentarios

Historia Dental

Nombre _____

Fecha _____

Fecha de su ultimo examen fisico? _____

Razon de este examen? _____

Ha estado hospitalizado en los ultimos cinco anos? Si No

Si su respuesta es si, razon;

Recibe tratamiento medico actualmente? Si su respuestas es si, cual es la razon?

Por favor, liste los nombres y numeros telefonicos de los medicos que actualmente lo/a estan tratando?

1

2

3

4

Para las sigientes preguntas, circule si o no. Sus respuestas son para nuestros archivos y son totalmente confidenciales. Durante su primera visita, nuestro equipo le hara una serie de preguntas referente a sus respuestas. Se le haran preguntas adicionales sobre su salud.

| | | |
|---|----|----|
| | Si | No |
| Anemia o desorden sanguineo? | Si | No |
| Artritis, reumatismo o alguna enfermedad inflamatoria? | Si | No |
| Asma? | Si | No |
| Cancer o tumor? | Si | No |
| Diabetes? | Si | No |
| Enfisema? | Si | No |
| Epilepsia? | Si | No |
| Desmayos o mareos? | Si | No |
| Glaucoma? | Si | No |
| Condicion cardiaca o endocarditis bacterial? | Si | No |
| Lesiones cardiacas congenitas? | Si | No |
| Ataque cardiaco, cirugia cardiaca, enfermedad cardiaca? | Si | No |
| Cateterismo coronario? Cuando? | Si | No |
| Hepatitis? Cualquier tipo? _____ | Si | No |
| Reemplazo de alguna articulacion? Cuando _____ | Si | No |
| Enfermedad de los rinones? | Si | No |
| Enfermedad del higado (incluyendo ictericia) | Si | No |
| Inflamacion de los ganglios linfaticos? | Si | No |
| Sicosis? | Si | No |
| Biopsia previa? | Si | No |
| Tratamiento de radiacion o quimioterapia? | Si | No |
| Fiebre reumatica? | Si | No |

| | | |
|--|----|----|
| Curacion lenta de llagas en la boca? | Si | No |
| Perdida/ aumento de peso involuntario? | Si | No |
| V.I.H/ S.I.D.A? | Si | No |
| Enfermedad veneria | Si | No |
| Otras Condiciones? _____ | Si | No |
| Enfermedades recurrentes? _____ | | |

| | | |
|---|----|----|
| Esta tomando alguna de las siguientes medicinas: | Si | No |
| Premedicacion dental? | Si | No |
| Antiacidos? | Si | No |
| Dilantin o Tegretol? | Si | No |
| Barbituricos o sedantes (de cualquier tipo)? | Si | No |
| Hierba de San Juan o Kava- Kava? | Si | No |
| Tagamet (Cimetidina) o Prilosec (Omeprazole)? | Si | No |
| Cardizem (diltiazem) or Calan, Isoptin (Verapimil)? | Si | No |
| Serzone (nefazodone)? | Si | No |
| Diflucan(fluconazole)? | Si | No |
| Biaxin (clarithromycin)? | Si | No |

Alguna vez ha sido tratado con drogas de bifosfonato (Fosamax, Aredia, Zometa, Actonel, Boniva)?

| | | |
|--|----|----|
| | Si | No |
|--|----|----|

Si su respuesta es si cuando empezo el tratamiento? _____

Cuando termino? _____

Alguna vez ha tomado drogas recetadas para bajar de peso tal como fen-phen?

| | | |
|--|----|----|
| | Si | No |
|--|----|----|

Consume jugo de toronja, toronja en fruta o extracto de toronja?

| | | |
|--|----|----|
| | Si | No |
|--|----|----|

Por favor liste los medicamentos que esta tomando actualmente y la dosis:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Por favor liste cualquier dieta o suplemento herbal que este tomando y con que proposito:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Mujeres:

Esta embarazada? Si No

Esta dando pecho actualmente? Si No

Toma pastillas anticonceptivas? Si No

Presion arterial anormal? Si No

Alguna vez ha sido diagnosticado con presion alta? Si No

Cual es su presion arterial normal? Si No

_____S_____D

Es alergico o ha tenido alguna reaccion a:

A. Anestesia local? Si No

B. Penicilina u otro antibiotico? Si No

C. Aspirina, ibuprofeno o Tylenol? Si No

D. Codeina, Valium o otro sedativo? Si No

E. Latex o metal? Si No

F. Otro? Por favor especifique _____

Usa tabaco? Si No

Si su respuesta es si, por favor circule:

Por cuanto tiempo? _____ Si No

Quisiera dejar el tabaco? Fuma Mastica

Consumo alcohol? Si No

Cuantas bebidas a la semana? _____

Usa drogas que alteren su humor ademas Si No

de las que menciono?

Peso _____

Restricciones dieteticas? _____

Alergias a comida? _____

Azucar en su dieta? _____ Ninguna Poco Moderada Alta

Yo entiendo que la informacion previa es necesaria para proveerme con el mejor tratamiento de manera segura y eficiente. He respondido a todas las preguntas a mi mayor conocimiento. Si necesitan informacion adicional, tiene mi permiso para contactar a los medicos o agencias necesarias para recibir tal informacion, quien pueden darles tal informacion. Notificare al doctor de algun cambio en mi salud o medicamentos.

Firma del Paciente

Fecha

POLIZA DE LA OFICINA

**OBLIGACIONES FINANCIERAS/ CO
PAGOS DEBEN HACERSE EL DIA EN
QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS**

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

POLIZA DE LA OFICINA

**CUALQUIER CITA QUE NO SEA CANCELADA
CON ALMENOS 48 HORAS DE ANTICIPACION,
SE LE APLICARA UN CARGO DE \$100 A LA
CUENTA**

**TODO BALANCE QUE NO TENGA UN ARREGLO
FIANCIERO, SERA SUJETO A UN INTERES DE
1.5% MENSUAL- 18% ANUAL**

Firma del Paciente

Fecha

Aviso de Privacidad Prácticas Resumen

Describe cómo se pueden usar y comparte datos de salud sobre usted y cómo usted puede obtener acceso a esta información.

- I. Cómo podemos utilizar datos de salud acerca de usted:
 - a. Tratamiento – podemos utilizar o compartir su información de salud para darle tratamiento médico u otros tipos de servicios de salud.
 - b. Pago: podemos utilizar o compartir su información de salud para factura o una tercera parte para el pago por los servicios proporcionados a usted.
 - c. Operaciones de cuidado de la salud: podemos utilizar y compartir datos de salud acerca de usted para nuestras propias operaciones tales como control de calidad, supervisión, evaluación de resultados, auditoría, etc. del cumplimiento.

- II. Revelaciones donde no tenemos que darle la oportunidad de estar de acuerdo o de objeto:
 - a. Para ti
 - b. Como es requerido por ley federal, estatal o local
 - c. Si se sospecha de abuso o negligencia
 - d. Riesgos para la salud pública para actividades de salud pública para prevenir y control de la enfermedad.
 - e. Demandas y disputas en respuesta a una orden judicial o administrativa.
 - f. Law enforcement para ayudar a ley encargados de responden a las actividades delictivas.
 - g. Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias
 - h. Órgano o tejido instalaciones donación si usted es un donante de órganos
 - i. Para evitar una amenaza individual o la salud pública o seguridad

- III. Revelaciones donde tenemos que darle la oportunidad de estar de acuerdo o de objeto:
 - a. Directorios pacientes – usted puede decidir qué datos de salud, si quieres aparecer en directorios de pacientes.
 - b. Las personas involucradas en su cuidado o el pago de su atención – podemos compartir sus datos de salud con un miembro de la familia, un amigo cercano u otra persona que usted bautizado como estar involucrado con su cuidado de salud.

- IV. Otros usos de datos de salud: otros usos no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizará sólo con su consentimiento por escrito.

- V. Tienes estos derechos para los datos de salud que mantenemos sobre usted:
 1. Derecho a inspeccionar su expediente médico y a recibir una copia de su expediente médico a petición.
 2. Derecho a modificar la información en su expediente médico cree es incorrecta o incompleta.
 3. Derecho a saber a quien nos hemos revelado información sobre su salud.
 4. Derecho a pedir límites en los datos de salud que damos por ti.
 5. Derecho a recibir comunicaciones de nosotros acerca de su información médica en formas alternativas.
 6. Derecho a una copia de la notificación completa de prácticas de privacidad.

Aviso de Recibo de Las Prácticas de Privacidad

Reconozco que he recibido el aviso de prácticas de privacidad de Onsite Dental.

Firma del paciente o representante: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de impresión: _____

Consentimiento del Paciente y Autorización Para Revelar la Información Médica Protegida

Sírvase escribir en letras de imprenta

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ # Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Autorización del paciente

Yo, _____, por el presente autorizo la divulgación, uso o revelación de mi información médica de la siguiente manera:

Esta autorización concierne al tipo de información médica sobre mí que se indica a continuación:

Por el presente autorizo _____
Nombre de la persona(s) y/u organización que provee la información

a divulgar la información descrita más arriba a _____
Nombre de la persona(s) y/u organización que provee la información

Comprendo que, a solicitud mía, esta autorización les permitirá a las partes arriba mencionadas a usar o revelar la información médica que se ha identificado para fines aparte de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica tal como lo estipula la Ley de responsabilidad y transferibilidad de seguros médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996 (HIPAA).

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a:

La revocatoria será efectiva en la fecha que sea recibida y procesada por el destinatario arriba mencionado. Comprendo que la revocación no se aplica a las acciones que se realizaron en base esta autorización antes de la fecha efectiva de revocación. Asimismo comprendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento, pago, ni para inscribirme o calificar para beneficios.

A menos que yo solicite lo contrario por escrito, comprendo que esta autorización caducará el _____
Fecha o evento de caducidad

Si no especifico una fecha o evento de caducidad, esta autorización caducará noventa (90) días a partir de la fecha en que firme esta autorización.

Comprendo que la información que se use o revele conforme con esta autorización puede estar sujeta de ser vuelta a revelar por el destinatario mencionado y ya no estará protegida por las reglas de privacidad de HIPAA después de la revelación autorizada.

Paciente o Representante Personal

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre: _____
Sírvase escribir en letras de imprenta

Parentesco con el paciente: _____

Solamente Para Uso de la Oficina

Recibido por: _____ Fecha: ____/____/____

COMPLYRIGHT™

©2011 EDI
Item #A2145

This product is designed to provide accurate and authoritative information. However, it is not a substitute for legal advice and does not provide legal opinions on any specific facts or services. The information is provided with the understanding that any person or entity involved in creating, producing or distributing this product is not liable for any damages arising out of the use or inability to use this product. You are urged to consult an attorney concerning your particular situation and any specific questions or concerns you may have. Products printed by ComplyRight are provided on recycled paper.
Important note: This is approved for use by the purchaser only. This form may not be shared publicly or with third parties.

ATTORNEY
APPROVED