Perfect Smiles Dentistry, LLC
Dirección 1: 101 S. White Horse Pike, Lindenwold, NJ 08021
Dirección 2: Pavilions at Greentree, 651 Rt 73 N. Suite 208, Marlton, NJ 08053
www.PerfectSmilesDentist.com
info@psdnj.com

Formulario de Registro Dental

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer nombre Inicial del medio
Fecha: _____ F. de Nacimiento: _____
SS#: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
ID del Seguro #: _____ Lic Conducir#: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Tel. Casa: _____ Tel. Trabajo: _____
Móvil #: _____ Ocupación: _____
Email: _____ Estado Marital: _____
Fuente de referencia: _____
Notas: _____

☐ Me gustaría recibir correspondencia y/o ofertas dentales por correo electrónico.

2. CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre Contacto de Emergencia: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Móvil#: _____
Relación: _____

3. EMPLEADOR / ESCUELA

Nombre del Empleador / Escuela: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Email: _____
Notas: _____
_____

4. INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre de la parte responsable: _____
Relación al paciente: _____
Compañía de seguros: _____ Tel: _____
Nombre Subscriptor: _____
Grupo #: _____SS#: _____
F. de Nacimiento: _____ Otra cobertura: ☐ Sí ☐ No

ASÍGNACIÓN Y COMUNICADO
Certifico que yo, y / o mi (s) dependiente (s), tenemos cobertura de seguro con:
_____
y se le asigno directamente a Perfect Smiles Dentistry todos los beneficios del seguro, en dado caso, que se me serían pagados por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros. Perfect Smiles Dentistry puede usar mi Información de atención médica y puede divulgar dicha información en la(s) compañía(s) de seguros antes mencionada y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

Firma: _____ Fecha: _____

5. HISTORIA DENTAL

Razón por la visita de hoy: _____
Dentista anterior: _____ Tel: _____ Fecha de últimos rayos X: _____
¿Siente dolor?: ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____
¿Le gusta su sonrisa?: ☐ Sí ☐ No Si es no, por favor explique: _____
¿Fuma?: ☐ Sí ☐ No Si es Sí, ¿cuantos cigarrillos por día?: _____
Comentarios adicionales sobre su historial dental: _____
_____

Ansiedad o Temores acerca de ser tratado en el odontólogo. Califique en escala de 1 a 10 con 10 extremadamente asustado e inceómodo

1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10 ○

NIÑO:
¿Algún habito? ☐ Chuparse el dedo ☐ Empuje de la lengua ☐ Respirar por la boca ☐ Chupar/morderse labios
☐ Otro: _____

GUARDAR REINICIAR

Por favor continúe a la 2nd pagina

Formulario de Registro Dental Pagina 2

6. MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener o los medicamentos que pueda estar tomando podrían tener una interrelación importante con la odontología que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

¿Estás bajo el cuidado de un fisiólogo ahora?	☐ Sí	☐ No	Si es sí, por favor explique: _____
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tuvo una operación?	☐ Sí	☐ No	Si es sí, por favor explique: _____
¿Ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?	☐ Sí	☐ No	Si es sí, por favor explique: _____
¿Estás tomando medicamentos, pastillas o drogas?	☐ Sí	☐ No	Si es sí, por favor explique: _____
¿Toma, o ha tomado, Phen-Fen o Redux?	☐ Sí	☐ No	
¿Tienes una dieta especial?	☐ Sí	☐ No	
¿Usas tabaco?	☐ Sí	☐ No	
¿Usas sustancias controladas?	☐ Sí	☐ No	

Mujeres: Están

¿Embarazada/Intentando quedar embarazada?	☐ Sí	☐ No
¿Tomando anticonceptivos orales?	☐ Sí	☐ No
¿Amamantando?	☐ Sí	☐ No

¿Eres alérgico a alguno de estos?

☐ Aspirina ☐ Penicilina ☐ Codeína ☐ Acrílico ☐ Metal ☐ Látex ☐ Drogas Sulfa
☐ Anestesia local ☐ Otro ☐ Si es sí, por favor explique: _____

7. ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

SIDA/HIV Positivo	☐ Sí ☐ No	Medicina de cortisona	☐ Sí ☐ No	Hemofilia	☐ Sí ☐ No	Diálisis renal	☐ Sí ☐ No
Enfermedad de Alzheimer	☐ Sí ☐ No	Diabetes	☐ Sí ☐ No	Hepatitis A	☐ Sí ☐ No	Fiebre reumática	☐ Sí ☐ No
Anafilaxia	☐ Sí ☐ No	Drogadicción	☐ Sí ☐ No	Hepatitis B/C	☐ Sí ☐ No	Reumatismo	☐ Sí ☐ No
Anemia	☐ Sí ☐ No	Fácilmente sin aliento	☐ Sí ☐ No	Herpes	☐ Sí ☐ No	Escarlatina	☐ Sí ☐ No
Angina	☐ Sí ☐ No	Enfisema	☐ Sí ☐ No	Presión sanguínea alta	☐ Sí ☐ No	Herpes	☐ Sí ☐ No
Artritis / gota	☐ Sí ☐ No	Epilepsia / convulsiones	☐ Sí ☐ No	Urticaria / erupción	☐ Sí ☐ No	Enfermedad de célula falciforme	☐ Sí ☐ No
Válvula de corazón artificial	☐ Sí ☐ No	Sangrado excesivo	☐ Sí ☐ No	Hipoglucemia	☐ Sí ☐ No	Sinusitis	☐ Sí ☐ No
Articulación Artificial	☐ Sí ☐ No	Sed Excesiva	☐ Sí ☐ No	Latido irregular del corazón	☐ Sí ☐ No	Espina bífida	☐ Sí ☐ No
Asma	☐ Sí ☐ No	Episodios de desmayos/ mareos	☐ Sí ☐ No	Problemas de riñón	☐ Sí ☐ No	Estómago/enfermedad intestinal	☐ Sí ☐ No
Enfermedad de la sangre	☐ Sí ☐ No	Tos frecuente	☐ Sí ☐ No	Leucemia	☐ Sí ☐ No	Derrame	☐ Sí ☐ No
Transfusión de sangre	☐ Sí ☐ No	Diarrea Frecuente	☐ Sí ☐ No	Enfermedad del hígado	☐ Sí ☐ No	Hinchazón de extremidades	☐ Sí ☐ No
Problema de Respiración	☐ Sí ☐ No	Dolores de Cabeza frecuentes	☐ Sí ☐ No	Baja presión sanguínea	☐ Sí ☐ No	Enfermedad de tiroides	☐ Sí ☐ No
Moretea fácilmente	☐ Sí ☐ No	Herpes Genital	☐ Sí ☐ No	Enfermedad pulmonar	☐ Sí ☐ No	Amigdalitis	☐ Sí ☐ No
Cáncer	☐ Sí ☐ No	Glaucoma	☐ Sí ☐ No	Prolapso de la válvula mitral	☐ Sí ☐ No	Tuberculosis	☐ Sí ☐ No
Quimioterapia	☐ Sí ☐ No	Alta temperatura	☐ Sí ☐ No	Dolor en las articulaciones de la mandíbula	☐ Sí ☐ No	Tumores / Crecimientos	☐ Sí ☐ No
Dolores en el pecho	☐ Sí ☐ No	Fallo/ataque de corazón	☐ Sí ☐ No	Enfermedad paratiroidea	☐ Sí ☐ No	Ulceras	☐ Sí ☐ No
Herpes labial y ampollas de fiebre	☐ Sí ☐ No	Soplo en el Corazón	☐ Sí ☐ No	Cuidado psiquiátrico	☐ Sí ☐ No	Enfermedad venérea	☐ Sí ☐ No
Trastorno cardíaco congénito	☐ Sí ☐ No	Marcapasos cardíaco	☐ Sí ☐ No	Tratamientos de radiación	☐ Sí ☐ No	Ictericia amarilla	☐ Sí ☐ No
Convulsiones	☐ Sí ☐ No	Enfermedades del corazón	☐ Sí ☐ No	Pérdida de peso reciente	☐ Sí ☐ No	Uso de drogas actual/pasado	☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no se mencionó? ☐ Si ☐ No Si es sí. Por favor explique: _____

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

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O GUARDIÁN: _____ Fecha: _____

Autorización, liberación y responsabilidad financiera:
El pago se debe realizar en su totalidad al momento del tratamiento a menos que el médico haya aprobado los arreglos previos.
Esta oficina acepta seguro. Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados y también de pagar cualquier copago y deducibles que mi seguro no cubra. Por la presente autorizo el pago directamente a la oficina dental de los beneficios de seguro grupales que de otro modo se me pagarían. Entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento dental. Por este medio, autorizo la divulgación de cualquier información, incluidos los diagnósticos y los registros del tratamiento o exámenes realizados, a mi compañía de seguros. Entiendo que la información que he dado hoy es correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental para que realice los servicios dentales necesarios que pueda necesitar durante el diagnóstico y el tratamiento, con mi consentimiento informado.

GUARDAR IMPRIMIR

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O GUARDIÁN: _____ Fecha: _____

REINICIAR ENVIAR

PERFECT SMILES DENTISTRY

Location 1: 101 S. White Horse Pike, Lindenwold, NJ 08021
Location 2: Pavilions at Greentree, 651 Rt 73 N. Suite 208, Marlton, NJ 08053

POLÍTICA DE PÉRDIDA DE CITA

A todos nuestros pacientes

Brindar atención dental de calidad es lo más importante para nosotros. Para que nuestro número limitado de médicos atienda a una población de pacientes en rápido crecimiento, debemos tener normas y reglamentos en este centro para garantizar que todos nuestros pacientes reciban el mejor y más oportuno cuidado dental que podemos ofrecer. Por esta razón, hemos instituido una política de "pérdida de cita" que nos ayudó a ver más pacientes y hacer un uso más productivo de nuestro tiempo.

¿Qué es una "cita perdida"? Lo consideramos una cita perdida:

- Si cancela una cita con nosotros menos de 24 horas antes de la hora de la cita.
- Si no llega a su cita.
- Si llega a su cita más de 15 minutos tarde.

Las citas perdidas requerirán que programemos sus citas dentales en momentos que pueden no ser tan convenientes para usted. Si pierde más de dos (2) citas, tendremos que solicitarle que busque su cuidado dental en otro lugar. Comprenda que de ninguna manera nuestras políticas pretenden crear problemas para nadie. Las necesitamos para ayudar a nuestros médicos servir mejor a nuestra población de pacientes en general.

Por favor, haga todo lo posible para programar las citas cuando sienta que pueda mantenerlas para llegar a las citas a tiempo, y si tiene que cancelar una cita por favor llamar con más de un día de anticipación.

POLÍTICA DE IMPUNTUALIDAD

Si llega tarde (hasta 15 minutos) para su cita dental programada, trataremos de incluirlo en el horario, pero por favor recuerde que tenemos muchos pacientes de emergencia que vemos todos los días. Su médico puede haber atendido una emergencia en su lugar y por lo tanto será atendido cuando él o ella termine de tratar la emergencia.

Si tiene 15 o más minutos de retraso por algún motivo, no será atendido para esa cita. Por favor, comprenda que debemos hacer cumplir esta política, o nuestros médicos se atrasarán con sus citas, incomodando a nuestros pacientes programados, nuestro personal y la facultad.

TRATAMIENTO DE MENORES

Todos los pacientes menores (menores de 18 años) DEBEN ser acompañados a la cita por un padre u otro tutor legal. Los abuelos, otros parientes adultos o amigos adultos que no son guardianes legales no son aceptables para esto. Recomendamos a nuestros médicos que pregunten a todos los adultos que vienen con menores de edad si son tutores legales de estos menores, de lo contrario, los menores no recibirán tratamiento incluso para una cita de "paciente nuevo".

Además, todos los tutores legales deben permanecer en el establecimiento durante toda la cita. Si el tutor deja el edificio, tendremos que detener el tratamiento dental por ese motivo. Por favor, entienda que debemos hacer cumplir esta política como lo requiere la ley, y nos disculpamos si esto causa algún inconveniente para cualquier persona.

He leído las políticas anteriores y entiendo que, al cooperar con estas políticas, puedo ayudar al personal de la oficina dental a brindar la mejor atención posible para mí y para otros pacientes en la comunidad

Firma: _____ Fecha: _____

PERFECT SMILES DENTISTRY

Location 1: 101 S. White Horse Pike, Lindenwold, NJ 08021
Location 2: Pavilions at Greentree, 651 Rt 73 N. Suite 208, Marlton, NJ 08053

NOTIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos a privacidad con respecto a mi información de salud protegida, entiendo que esta información puede y será utilizada para

- Llevar a cabo un plan y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtenga pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas

Reconozco que he recibido el aviso de prácticas de privacidad y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo contactar a esta organización en cualquier momento para obtener una copia actual del aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si acepta, entonces está obligado a cumplir con dichas restricciones. Entiendo que, desde el diseño físico de la oficina, puedo escuchar información personal y no la discutiré con nadie.

También doy mi consentimiento para que el Dr. Julka o algún miembro del personal puedan tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otra ayuda de diagnóstico dado el hecho que el Dr. Julka lo considere apropiado para hacer un diagnóstico exhaustivo de las necesidades dentales del paciente. También autorizo al Dr. Julka para realizar cualquiera y todas las formas de tratamiento, medicación y terapia que puedan estar indicadas.

Nombre del Paciente: _____

Relación al Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Para uso exclusivo de la oficina: intentamos obtener un reconocimiento de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero el reconocimiento no pudo ser obtenido porque

El individuo se negó a firmar.

Las barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento

Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento

Otro (Por favor especifique)