

# REGISTRO E HISTORIAL ODONTOLÓGICO

## 1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

SS/HIC/ID Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_  
 Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Casado  Viudo  Soltero  Menor

Separado  Divorciado  En pareja durante \_\_\_\_\_ años

Empleador/Escuela del paciente \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador/escuela \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador/escuela (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer su referencia? \_\_\_\_\_

## 2 SEGURO ODONTOLÓGICO

¿Quién es responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional?  Sí  No

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

**CESIÓN Y DIVULGACIÓN**  
 Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de \_\_\_\_\_ y cedemos directamente al  
 Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
 Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente

## 3 NÚMEROS DE TELÉFONO

Primario (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Primario del Cónyuge (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Mejor momento y lugar para contactarlo \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON (Especificar alguien que no viva en su hogar.)**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Primario (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## 4 HISTORIAL ODONTOLÓGICO

Motivo de la visita de hoy \_\_\_\_\_

Dentista Anterior \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado \_\_\_\_\_

Fecha de la última consulta odontológica \_\_\_\_\_

Fecha de últimos rayos X odontológicos \_\_\_\_\_

Marcar "sí" o "no" para indicar si experimentó:

Mal aliento  Sí  No

Sangrado de encías  Sí  No

Ampollas en labios o boca  Sí  No

Ardor en la lengua  Sí  No

Masticación en un lado de la boca  Sí  No

Fumar cigarrillo, pipa o cigarro  Sí  No

Chasquido o crujido mandibular  Sí  No

Sequedad de boca  Sí  No

Comerse las uñas  Sí  No

Acumulación de comida entre los dientes  Sí  No

Objetos extraños  Sí  No

Rechinar de dientes  Sí  No

Encías hinchadas o sensibles  Sí  No

Dolor o cansancio mandibular  Sí  No

Morderse los labios o las mejillas  Sí  No

Dientes flojos o empastes rotos  Sí  No

Sequedad de boca  Sí  No

Dolor en la boca  Sí  No

Tratamiento de ortodoncia  Sí  No

Dolor alrededor del oído  Sí  No

Tratamiento periodontológico  Sí  No

Sensibilidad al frío  Sí  No

Sensibilidad al calor  Sí  No

Sensibilidad a lo dulce  Sí  No

Sensibilidad al morder  Sí  No

Llagas o protuberancias en la boca  Sí  No

¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_

PARK AVE SMILES  
169 PARK AVE SMILE  
YONKERS NY 10705  
(914)965-3864

### PATIENT HIPAA FORM

**NATIONAL SECURITY:** we may disclose to military authorities the health information of armed forces personal under certain circumstances. We may disclosure to authorized federal official health information required for lawful intelligence, counterintelligence, and other national security activities. We may disclosure to correctional institution or law enforcement official having lawful custody of protested health information of intimate or patient under certain circumstances.

**APPOINTMENT REMINDERS:** we may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders (such as voice mail messages, postcards, or letters)

#### **PATIENT RIGHTS**

**ACCESS:** you have the right to look at or get copies of your health information, with the limited exceptions. You may request that we provide copies in a format other than photocopies, we will use the format that you request unless we cannot practicably do so. We will charge you a reasonable cost based fee for expenses such as copies and staff time. If you request copies we will charge you **\$25** for staff time to locate and copy your health information and postage if you want the copies mailed to you. if you request an alternative format, we will charge a cost- based fee or providing your health information.

**DISCLOSURE ACCOUNTING:** you have the right to revive a list of instances in which we or our business associates disclosed your health information for proposes, other than treatment, payment, healthcare operations and certain other activities, for the last 6 years, but not before April 14, 2003. If you request this accounting more than once in 12 months period we may charge you a resalable cost based fee for responding to these additional requests.

**RESTRICTION:** you have the right to request that we place additional restrictions on our use or disclosure of your health information. We are not require to agree to this additional restrictions, but if we do, we will abide to our agreement (except in an emergency)

**ALTERNATIVE COMMUNICATION:** you have the rights to request that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations (you must make your request in writing) your request must specify alternative means or location, and provide satisfactory explanation how payments will be handled under the alternative means or location your request.

**AMENDMENT:** you have the rights to request that we amend your health information. ( your request must be in writing and it must explain why the information should be amended) we may deny your request under certain circumstances.

**ELECTRONIC NOTICE:** If you receive this notice in our web site or by electronic mail( e-mail) you are entitle to receive this notice in written form.

#### **QUESTIONS AND COMPLAINTS**

If you want more information about our privacy practices ir have questions or concerns, plea se contact us.

If you are concerned that we may have violated your privacy rights, or disagree with a decision we made about access to your health information or to have us communicate with you by alternative means or at alternative locations, you also may submit written complain to the U.S. department of health and Human services. We will provide with the address to file your complaint with the U.S. Department of health and Human services upon request.

We support your righto the privacy of your health information. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or with the U.S Department of Health and Human Services.

**NAME:** \_\_\_\_\_

**ADDRESS:** \_\_\_\_\_

**PHONE:** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**DATE:** \_\_\_\_\_