

# ADVANCED DENTAL

BRONX | 237 Willis Avenue, Bronx, NY 10454. Phone: (718) 292 8988, Fax: (917)-792-7979  
WESTCHESTER | Garth Road, Scarsdale, NY 10583 Phone: (914) 472-1555

## ➔ REGISTRO DENTAL DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
# de la Casa \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_  
Celular # \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ M  F   
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estas: Divorciado(a)  Soltero(a)  Casado(a)   
Paciente Empleado por \_\_\_\_\_  
Teléfono de el trabajo \_\_\_\_\_

## ➔ SEGURO DEL PRIMARIO

Nombre del primario \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # De Seguro Social \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

### Empleador del Primario

Dirección del trabajo \_\_\_\_\_  
Nombre de dependientes abajo de este seguro \_\_\_\_\_

## ➔ INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto con otro seguro adicional? Sí  No   
Seguro Secundario \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
# De Seguro Social \_\_\_\_\_  
Nombre de otros dependientes cubiertos bajo este plan \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ➔ ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

El abajo firmante, certifico que yo (o mis dependientes) tiene cobertura de seguro con el seguro \_\_\_\_\_ y traspaso directamente Advanced Dental todas las prestaciones sociales, en su caso, de lo contrario pagaderos a mi por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los tratamientos que **ADVANCED DENTAL 237 Willis Avenue, Bronx, NY 10454. Phone: (718) 292 8988, Garth Road, Scarsdale, NY 10583 Phone: (914) 472-1555** hagan de cualquiera cargos que el seguro no pague. Autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas sumisiones del seguro. Además, autorizo a Advanced Dental para compartir información sobre mi salud con otros profesionales médicos y laboratorios.

Firma Persona Responsable Fecha Relación

## ➔ HISTORIA DE LA SALUD DENTAL (CONFIDENCIAL)

Razón por el examen \_\_\_\_\_  
 Dentista \_\_\_\_\_  
 Dirección de la oficina \_\_\_\_\_

Fecha de su ultima cita con el dentista \_\_\_\_\_  
 Fecha de los últimos rayos X dentales \_\_\_\_\_

Marque ( ) si ha tenido problemas con alguna de las siguientes:

Mal sangrado de las encías aliento Crujido o chasquido colección mandíbula de alimentos entre los dientes  
 rechinar los dientes Dientes flojos / empastes rotos Sensibilidad El tratamiento periodontal de la sensibilidad al frío  
 de la sensibilidad al calor de sensibilidad al morder dulces llagas o tumores

## ➔ HISTORIAL MÉDICO

Nombre de su Doctor de medico \_\_\_\_\_

Desde la última visita ¿Ha tenido alguna enfermedad grave o las operaciones? \_\_\_\_\_

Si contesto que si, describe: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez una transfusión de sangre? Sí  No

Si contesto que si, describe \_\_\_\_\_

(Mujeres) ¿Está embarazada? Sí o No Enfermería? Sí  No

¿Está tomando pastillas anticonceptivas? Si  No?

**Por favor senale si haz tenido problemas con los siguientes:**

AIDS	Diabetes	Radiation Psychiatric Care
Anemia	Epilepsy	Treatment
Arthritis	Fainting	Respiratory Disease
Rheumatism	Glaucoma	Rheumatic Fever
Artificial Heart Valves	Headaches	Scarlet Fever
Artificial Joints	Heart Murmur	Shortness of Breath
Asthma	Heart Problems	Skin Rash
Back Problems	(Describe)	Stroke
Blood Disease	Hemophilia	Swelling of Feet or Ankles
Cancer	Hepatitis	Thyroid Problems
Chemical Dependency	High Blood Pressure	Tonsillitis
Chemotherapy	HIV Positive Jaw Pain	Tuberculosis
Circulatory Problems	Kidney Disease	Ulcer
Cortisone Treatments	Liver Disease	Venereal Disease
Cough, Persistent	Mitral Valve Prolapse	Pacemaker
Cough up Blood	Nervous Problems	

Other \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## **MEDICACIONES:**

Lista de medicamentos que está tomando: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

# de telefono: \_\_\_\_\_

## **ALLERGIAS:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirin</b>          | <input type="checkbox"/> <b>(Sleeping Pills)</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Barbiturates</b>     | <input type="checkbox"/> <b>Codeine</b>          |
| <input type="checkbox"/> <b>Local Anesthetic</b> | <input type="checkbox"/> <b>Penicillin</b>       |
| <input type="checkbox"/> <b>Sulfa</b>            | <input type="checkbox"/> <b>Other</b> _____      |

FIRMO que toda esta información es exacta y completa a lo mejor de mi conocimiento. Yo no hare responsable a mi dentista o a cualquier miembro de la oficina de los errore u omisiones que yo pueda haber tenido en la finalizacion de esta forma.

**Fecha** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

*AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE. LA PROVACY DE INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS*

---

### ***Our Deber legal***

Estamos obligados por las leyes federales y estatales para mantener la privacidad de su información de salud. También se nos requiere que le demos este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos sobre su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté en vigor. Este aviso entra en vigor 14 de abril 2003 y se mantendrá en efecto hasta que lo reemplacemos. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso eficaz para toda la información médica que mantenemos, incluyendo información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y tendremos el nuevo Aviso disponible bajo petición. Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso.

---

### ***USES Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA***

Podemos usar y divulgar información sobre su salud para tratamiento, pago y atención médica.

Por ejemplo:

**Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su información médica a un médico o de otro suministro de tratamiento a usted.

**Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información de salud para obtener pago por los servicios

que brindamos a usted. Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información médica en relación con nuestras operaciones de atención médica. Operaciones de atención médica incluyen evaluación de calidad y actividades de mejora, revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales sanitarios, la evaluación profesional y el desempeño de los proveedores, la realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, concesión de licencias o credenciales.

**Su Autorización:** Además de nuestro uso de su información médica para tratamiento, pago o atención médica, usted puede dar una autorización escrita para utilizar su información de salud a divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o revelación permitida por su autorización mientras estaba en vigor. A menos que usted nos dé una autorización escrita, no podemos usar o revelar su información de salud por cualquier motivo, excepto los que se describen en este aviso.

**A SU FAMILIA Y AMIGOS:** Debemos revelar su información de salud a usted, tal como se describe en la sección de Derechos del Paciente de este aviso. Podemos revelar su información médica a un familiar, amigo o persona en la medida necesaria para ayudar con su médico o con el pago de su atención médica, pero sólo si se acepta que podemos hacerlo.

**PERSONAS INVOLUCRADAS EN LA ATENCIÓN:** Podemos usar o revelar información médica para notificar o asistir en la notificación de (incluyendo la identificación o localización) un miembro de su familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su estado general, o la muerte. Si usted está presente, entonces antes de su uso o divulgación de su información de salud, que le proporcionará la oportunidad de oponerse a la divulgación de este tipo. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, revelaremos información de salud sobre la base de determinación usando nuestro juicio profesional que revela solo información de salud que está directamente relacionada con la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés en permitir que una persona recoger sus recetas, suministros médicos, radiografías, u otras formas similares de información de salud.

**SERVICIOS DE MARKETING DE SALUD:** No usaremos su información de salud para las comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

**REQUERIDO POR LA LEY:** Podemos usar o divulgar su información de salud para cuando sea requerido para ello por la ley.

**Abuso o Negligencia:** Podemos revelar su información de salud a las autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad de otros.

**Seguridad Nacional:** Podemos revelar información militar a las autoridades de salud de personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a los federales autorizados la información de salud requerida para la inteligencia legal, contraespionaje y otras actividades de seguridad nacional. Podemos revelar a la institución correccional o al funcionario policial que tenga la custodia legal la información de salud de un presidiario, o paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar o divulgar su información de salud para proveerle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas).

## DERECHOS

---

### **PATIENT**

**Acceso:** Usted tiene el derecho de ver u obtener copias de su información de salud con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que proporcionemos copias en un otro de los títulos que no sean fotocopias. Usaremos el formato que usted solicite a menos que no fuera practicable hacerlo. 9Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Usted puede obtener un formulario para solicitar acceso usando la

información de contacto que aparece al final de este aviso. Vamos a cobrar una cantidad razonable basada en el costo de gastos tales como copias y tiempo del personal. Usted también puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección indicada al final de este aviso. Si usted solicita copias, le cobraremos \$ 1.00 por cada página, \$ 10.00 por hora para el tiempo del personal para localizar y copiar su información de salud, y gastos de envío si desea que las copias enviadas a usted. Si usted solicita un formato diferente, se le cobrará una tarifa basada en el costo de proporcionar su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud por una tarifa. Póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso para una explicación completa de nuestros honorarios.)

**CONTABILIDAD DE DIVULGACIÓN:** Usted tiene el derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros asociados de negocio a conocer su información médica para otros propósitos de tratamiento, pago, operaciones de atención médica, y algunas otras actividades, durante los últimos 6 años, pero no antes 14 de abril 2003. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable, basada en el costo de responder a estas solicitudes adicionales. Restricción: Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, seguiremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia). Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por medios alternativos a lugares alternativos. (Usted debe hacer su solicitud por escrito.) Su solicitud debe especificar el método o lugar alternativo, y proveer una explicación satisfactoria cómo los pagos serán manejados bajo los medios o la ubicación alternativos que usted solicita.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser enmendada.) Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias. Electric Aviso: Si usted recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir este aviso por escrito.

---

### **QUESTIONS Y QUEJAS**

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, por favor póngase en contacto con nosotros. Si usted está preocupado de que hemos violado sus derechos provacy, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su informationor de salud que nos han comunicarse con usted por medios alternativos o lugares alternativos, puede presentarnos una queja usando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito con los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar su queja a los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos bajo petición.

Nosotros apoyamos su derecho a la provacy de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Comunicarse con el Oficial: Director Dental en esta ubicación **ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo \_\_\_\_\_, he recibido una copia del aviso de esta oficina de prácticas de privacidad.

---

**Imprimir Nombre Firma Fecha**

# ADVANCED DENTAL

BRONX | 237 Willis Avenue, Bronx, NY 10454. Phone: (718) 292 8988, Fax: (917)-792-7979  
WESTCHESTER | Garth Road, Scarsdale, NY 10583 Phone: (914) 472-1555

## El Consentimiento Para El Uso Y Disclousure De Información De Salud

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

Direccion: \_\_\_\_\_

# De Telefono: \_\_\_\_\_

# De Seguro Social \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Por Favor, Lea Atentamente Las Siguietes Declaraciones Propósito de la autorización: al firmar este formulario, usted consiente en el uso y disclousure de su información de salud protegida para realizar nuestras actividades de tratamiento y operaciones de atención médica. Aviso de prácticas provacy: Yu tiene el derecho a leer sin previo aviso o prácticas de privacidad antes de que usted decide si quiere firmar este consentimiento. nuestro aviso proporciona una descripción de las actividades de tratamiento de pago y operaciones de atención médica de los usos y disclousures que podemos hacer de su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes acerca de su información de salud protegida. una copia de nuestro aviso accomponies este consentimiento. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad que se describen en nuestro aviso de prácticas de privacidad. si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, publicaremos un aviso revisado de prácticas de privacidad, que contendrá los cambios. esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos. Puede obtener una copia de nuestras prácticas de aviso de privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso en cualquier momento poniéndose en contacto con:

Persona de Contacto: **Reyna Velasquez Telefono: (718) 292-6209, Fax: (917)-792-7979**  
**Direccion: 237 Willis Avenue, Bronx, NY 10454**

---

**Imprimir Nombre Firma Fecha**

PRACTICE LIMITED TO ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY, ORTHODONTICS, PERIODONTICS, ENDODONTICS

# ADVANCED DENTAL

BRONX | 237 Willis Avenue, Bronx, NY 10454. Phone: (718) 292 8988, Fax: (917)-792-7979  
WESTCHESTER | Garth Road, Scarsdale, NY 10583 Phone: (914) 472-1555

Reconocimiento de la prácticas de notificación o la vida privada

Yo, \_\_\_\_\_, He recibido una copia de este  
aviso de la oficina o prácticas de privacidad.

Porfavor De escribir Su Nombre, \_\_\_\_\_

Firma, \_\_\_\_\_

Fecha, \_\_\_\_\_

Para El Uso De La Oficina

\_\_\_\_\_

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener debido a que:

- Individual se negó a firmar
- barreras de comunicación prohíbe la obtención de la acknowledgement
- una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otro {Porfavor de ser especifico}

---

**Imprimir Nombre Firma Fecha**