



A New Smile Dental Center

Informacion del Paciente Confidential

Nombre: _____
Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # SS _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Codigo post. _____
E-mail: _____ # de Trabajo: _____
Telefono : _____ Celular: _____
A quien le podemos agradecer por de enviarlo? _____
Persona de contactar en case de urgencia: _____ Phone: _____

Rason por su Visita: _____

Persona Responsable

Persona Responsable por esta cuenta: _____
Relation al paciente: _____
Telefono: _____

Informacion del Seguro

Nombre de asegurado _____ Relacion con el paciente _____
Fecha de nacimiento _____ SS# _____
Nombre del empleador _____ #de Trabajo _____
Compania de seguro _____ # de Grupo _____

Habra un cargo de \$25 si no da un aviso de 24 horas antes de cancelacion

Firma de paciente

Historia Medica del Paciente

Medico _____ # de la consulta _____ Fecha de ultimo examen _____

	Si	No		Si	No			
1. Se encuentra bajo tratamiento?	[]	[]	8. Es alergico o ha sufrido alguna reaccion alergica a los siguientes elementos? -Anestesia Local (por ejemplo novocaina) -Penicilina o cualquier otro antibiotico -Medicamentos con Sulfa -Barbituricos -Sedantes -Yodo -Aspirina -Algun Metal -Latex/Goma -Otro _____	[]	[]			
2. Ha estado alguna vez hospitalizada por alguna intervencion quirurgica o enfermedad grave?	[]	[]		[]	[]			
3. Toma algun medicamento incluidos Sin receta medica? Si la respuesta es si que medicamentos toma?	[]	[]		[]	[]			
4. Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux	[]	[]		[]	[]			
5. Consume tabaco?	[]	[]		[]	[]			
6. Solo Mujeres:				[]	[]			
a. Esta actualmente embarazada?	[]	[]		[]	[]			
b. Esta amamantando?	[]	[]		[]	[]			
c. Esta tomando anticonceptivos orales?	[]	[]		[]	[]			
7. Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?	Si	No		Si	No	Si	No	
-Hipertension Arterial	[]	[]	-Cardiopatía	[]	[]	-Fiebre del heno/Alergias	[]	[]
-Ataque Cardiaco	[]	[]	-Marcapasos Cardiaco	[]	[]	-Tuberculosis	[]	[]
-Fiebre Reumatica	[]	[]	-Soplo Cardiaco	[]	[]	-Radioterapia	[]	[]
-Hinchazon de tobillos	[]	[]	-Angina	[]	[]	-Glaucoma	[]	[]
-Desmayo/Ataques	[]	[]	-Anemia	[]	[]	-Perdida de peso reciente	[]	[]
-Asma	[]	[]	-Enfisema	[]	[]	-Enfermedad Hepatica	[]	[]
-Presion Arterial Baja	[]	[]	-Cancer	[]	[]	-Problemas al Corazon	[]	[]
-Epilepsia/Convulsiones	[]	[]	-Artritis	[]	[]	-Prolapso de la valvula mitral	[]	[]
-Leucemia	[]	[]	-Implante	[]	[]	-Otros _____	[]	[]
-Diabetes	[]	[]	-Hepatitis/Ictericia	[]	[]			
-Enfermedad Renal	[]	[]	-Ulceras	[]	[]			
-SIDA o VIH	[]	[]	-Derrame Cerebral	[]	[]			
-Problema de Tiroides	[]	[]	-Dolor en pecho	[]	[]			

Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y ubicacion del Dentista Anterior: _____

	Si	No		Si	No
1. Sangran sus encias mientras se cepilla o usa la seda dental?	[]	[]	7. Tiene dolores de cabeza frecuentes?	[]	[]
2. Sus dientes son sensibles a los alimentos o liquidos?	[]	[]	8. Aprieta o rechina los dientes?	[]	[]
3. Siente dolor en alguno de sus dientes?	[]	[]	9. Se muerde los labios o mejilla?	[]	[]
4. Tiene alguna llaga o bulto en la boca ?	[]	[]	10. Ha tenido extracciones dificiles?	[]	[]
5. Ha tenido lesiones en la cabeza, o mandibula?	[]	[]	11. Ha tenido alguna vez alguna hemorragia despues de una extraccion?	[]	[]
6. Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandibula?			12. Ha tenido algun tratamiento de ortodoncia?	[]	[]
-Chasquido	[]	[]	13. Usa protesis totales o parciales?	[]	[]
-Dolor (articulacion, oido, costado de la cara)	[]	[]	14. Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal.	[]	[]
-Dificultad para abrirla o cerrarla	[]	[]	15. Le gusta su sonrisa?	[]	[]
-Dificultad para mascar	[]	[]			

Autorizacion y Entrega de Informacion

Certifico que he leído y que comprendo la informacion anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar informacion incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Tambien autorizo al dentista a entregar cualquier informacion incluido el diagnostico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dichaencion dental a eceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y lo solicito a mi compania de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compania de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

X _____ Fecha _____
Firma del paciente

X _____ Fecha _____
Firma del Doctor

*A New Smile Dental Center
14050 SW 84 St Suite 103
Miami, FL 33183*

Assignment and Instruction For Direct Payment to Doctor

Patient: _____
Employer: _____
Claim Group: _____
SS# / ID#: _____

I hereby instruct and direct _____ Insurance Company to pay by check made out and mailed to:

A New Smile Dental Center
14050 SW 84 St Suite 103
Miami, FL 33183

OR

If my current policy prohibits direct payment to doctor, I hereby also instruct and direct you to make out the check to me and mail it as follows:

C/O Suzanne Abergel-Nahon, DDS
To the Same as above

For the professional or medical expense benefits allowable, and otherwise payable to me under my current insurance policy as payment toward the total charges for the professional services rendered. THIS IS A DIRECT ASSIGNMENT OF MY RIGHTS AND BENEFITS UNDER THIS POLICY. This payment will not exceed my indebtedness to the above-mentioned assignee, and I have agreed to pay, in a current manner, any balance of said professional service charges over and above this insurance payment.

A photocopy of this Assignment shall I be considered as effective and valid as the original.

I also authorize the release of any information pertinent to my case to any insurance company, adjuster, or attorney involved in this case.

X _____
Signature of Policyholder

Date

Simple Agreement Form

Patient authorizes the Doctor to deposit checks received on Patient's account when made out to the Patient.

X _____
Signature of Policyholder

Date

A New Smile Dental Center

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo la información de la salud sobre usted puede ser utilizada y ser divulgada y cómo usted puede conseguir el acceso a esta información. Repáselo por favor cuidadosamente. La privacidad de su información de la salud es importante para nosotros.

Nuestra Obligación Legal

Estamos requeridos por la ley federal y del estado aplicable mantener la privacidad de su información de la salud. También nos requieren darle este aviso sobre nuestras prácticas de la privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos referentes a su información de la salud. Debemos seguir las prácticas de la privacidad que se describen en este aviso mientras que está en efecto. Este aviso tomó efecto el 1 de enero de 2003, y permanecerá en efecto hasta que lo substituyamos.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de la privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, con tal que tales cambios sean permitidos por ley aplicable. Reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de la privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso eficaz para toda la información de la salud que mantengamos, incluyendo la información de la salud cual creamos o recibimos antes de que realizáremos los cambios. Antes de que realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de la privacidad, cambiaremos este aviso y haremos el aviso nuevo disponible a petición.

Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de la privacidad, o para las copias adicionales de este aviso, por favor este en contacto con nosotros usando la información enumerada en el extremo de este aviso.

Aplicaciones y Accesos de la información de la salud

Utilizamos y divulgamos la información de la salud sobre usted para el tratamiento, el pago, y las operaciones del cuidado médico. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos utilizar y divulgar su información de la salud al médico o al otro abastecedor del cuidado médico que le proporciona el tratamiento.

Pago: Podemos utilizar y divulgar su información de la salud para obtener el pago para los servicios que le proporcionamos.

Operaciones del cuidado médico: Podemos utilizar y divulgar su información de la salud con respecto a nuestras operaciones del cuidado médico. Las operaciones del cuidado médico incluyen evaluación de calidad, y mejoría de actividades, repasando la capacidad o las calificaciones de los profesionales del cuidado médico, del funcionamiento de evaluación del médico y del abastecedor, programas de entrenamiento que conducen, acreditación, certificación, licenciando o actividades credenciales.

Su autorización: Además de nuestro uso de su información de la salud para el tratamiento, el pago o las operaciones del cuidado médico, usted puede darnos la autorización escrita de utilizar su información de la salud o de divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocarla escribiendola en cualquier momento. Su revocación no efectuará ningún uso o accesos permitido por su autorización mientras que estaba en efecto. A menos que usted nos dé una autorización escrita, no podemos utilizar o divulgar su información de la salud por ninguna razón excepto éstos descritos en este aviso.

Para su familia y amigos: Debemos divulgar su información de la salud a usted, según lo descrito en la sección de las derechas de los pacientes de este aviso. Podemos divulgar su información de la salud al miembro de la familia, al amigo o al otro personado del grado necesario para ayudarle con su cuidado médico o con el pago para su cuidado médico, pero solamente si usted conviene que podemos hacerlo.

Personas implicadas en cuidado: Podemos utilizar o divulgar su información de la salud para notificar, o asistir la notificación (incluyendo identificar o localizar) un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsables de su cuidado, de su localización, su condición general, o muerte. Si usted está presente, después antes de uso o de acceso de su información de la salud, provereemos de usted una oportunidad de oponerse a tales aplicaciones o accesos. En el acontecimiento sus circunstancias de la incapacidad o de la emergencia, divulgaremos la información de la salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional que divulga solamente la información de la salud que es directamente relevante a la implicación de la persona en su cuidado médico. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con práctica común de hacer inferencias razonables de su mejor interés de permitir que una persona escoja prescripciones, fuentes médicas, radiografías, u otras formas similares de información de la salud.

Servicios de Comercialización Relacionados con la Salud: No utilizaremos su información de la salud para las comunicaciones de comercialización sin su autorización escrita.

Requerido por la ley: Podemos utilizar o divulgar su información de la salud para apropiarnos de cuando la ley nos requería hacerlo.

Abuso o Abandono: Podemos divulgar su información de la salud a las autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una víctima posible del abuso, negligencia, o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos divulgar su información de la salud al grado necesario para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad o a la salud y a la seguridad de otros.

Seguridad Nacional: Podemos divulgar a las autoridades militares la información de la salud del personal armado de las fuerzas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar la información federal autorizada de la salud de los funcionarios requerida para el inteligencia legal, la contrainteligencia, y otras actividades de la seguridad nacional. Podemos divulgar al funcionario de la institución correccional o de la aplicación de ley que tiene custodia legal de la información protegida de la salud de internos o del paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de cita: Podemos utilizar o divulgar su información de la salud para proveer de usted recordatorios de la cita (tal como mensajes por correo de voz, postales, correo electrónico, o cartas).

Derechos de Pacientes

Acceso: Usted tiene el derecho de mirar o de conseguir copias de la información de su salud, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que proporcionemos copias en un formato con excepción de las fotocopias. Utilizaremos el formato que usted solicita a menos que no podamos hacerlo practicable. Usted debe hacer una petición escrita para obtener el acceso a su información de salud. Usted puede obtener una forma para solicitar el acceso usando la información del contacto enumerada en el extremo de este aviso. Usted puede también solicitar el acceso enviándonos una carta a la dirección en el extremo de este aviso. Si usted prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud para un honorario. Mantenganse en contacto con que usen la información enumerada en el extremo de este aviso para una explicación completa de nuestra estructura libre.

Cuenta de Revelacion: Usted tiene el derecho de recibir una lista de los casos en los cuales nosotros o nuestros socios divulgamos su información de la salud para los propósitos, con excepción del tratamiento, del pago, de operaciones del cuidado médico y de ciertas otras actividades, para los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en período de 12 meses, podemos cambiarle un honorario razonable, coste-basado para responder a estas peticiones adicionales.

Restricción: Usted tiene el derecho de solicitar que ponemos restricciones adicionales en nuestro uso o acceso de su información de salud. No nos requieren convenir estas restricciones, sino que si lo hacemos, seguiremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comunicamos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o a las localizaciones alternativas. (Usted debe hacer su petición en la escritura). Su petición debe especificar los medios o la localización alternativos, y proporciona explicaciones satisfactorias cómo los pagos serán manejados bajo los medios o localización alternativos que usted solicita.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que enmendamos su información de salud. (Su petición debe estar en la escritura, y debe explicar porqué la información se debe enmendar). Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electrónico: Si usted recibe esta notificación en nuestro Web site o por el correo electrónico (E-mail), le dan derecho a recibir este aviso en forma escrita.

Preguntas y Quejas: Si usted desea más información sobre nuestras prácticas de la privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, este en contacto con nosotros por favor.

Si usted se refiere que pudimos haber violado sus derechos de la privacidad , o no esta de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una petición usted hizo para enmendar o para restringir el uso o el acceso de su información de salud o para hacer que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en las localizaciones alternativas, usted puede quejarse con nosotros usando la información del contacto enumerada en el extremo de este aviso. Usted puede también someter una queja escrita al Departamento de los servicios de salud y humanos de los E.E.U.U.

Proveeremos de usted la dirección para archivar su queja con el Departamento de los servicios de salud y humanos de los E.E.U.U. a petición.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted elige archivar una queja con nosotros o con el . Departamento de los servicios de salud y humanos de los E.E.U.U.

Este en contacto con nuestra oficina del contacto de la Privacidad

Firma

Fecha