



Healthy Smiles for a Lifetime!

Jamie Oshidar, DMD
141 Chestnut St
Roselle Park, NJ 07204
T (908) 245-1745
F (908) 245-1230
RoselleParkDental.com

Bienvenido

¡Gracias por seleccionar nuestro equipo dental! Nos esforzaremos por proveerle el mejor cuidado dental. Para ayudarnos a resolver todas sus necesidades dentales, por favor llene esta forma totalmente. Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor pregúntenos que estaremos contentos de ayudar.

Información del Paciente

Fecha de hoy _____

Nombre _____ Apodo: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfonos: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Escoja el apropiado : Menor de edad [] Soltero(a) [] Casado(a) [] Divorciado(a) [] Viudo(a) [] Separado(a) [] Otro []

¿Quién lo referió a nuestra oficina? _____

Información del Seguro Dental

Compañía de seguros _____ Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Relación con el paciente _____

del suscriptor _____ # de grupo _____ Empleador _____

Dirección de compañía de seguro _____ Teléfono _____

Información del Seguro Dental Secundario

Compañía de seguros _____ Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Relación con el paciente _____

del suscriptor _____ # de grupo _____ Empleador _____

Dirección de compañía de seguro _____ Teléfono _____

Información de la Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ # de Seguro Social _____

Dirección (si es diferente del paciente) _____ Ciudad, Estado, Código postal _____

Ocupación _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección del empleador _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Información del Cónyuge de la Parte Responsable

Nombre del cónyuge _____ # de Seguro Social _____

Dirección (si es diferente del paciente) _____ Ciudad, Estado, Código postal _____

Ocupación _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección del empleador _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Historial Médico del Paciente

¿Salud general del paciente? Bueno [] Regular [] Mal []

Médico _____ Teléfono _____ Fecha de la consulta más reciente _____

¿Esta tomando medicamentos actualmente? Si [] No [] si "Si" por favor indique todos los medicamentos que toma y el propósito:

¿Tiene alergia a algún medicamento? Si [] No [] si "Si" por favor circule o escriba cual:

Penicilina Codeína Látex Anestésicos Locales Drogas de Sulfa Barbitúricos Sedativos Yodo Aspirina Cualquier Metal

Por favor marque los que le aplican a usted:

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| S | N | ¿Necesita antibióticos antes de trabajo dental? | S | N | ¿Sed y/o urinación excesiva? |
| S | N | ¿Articulaciones artificiales? | S | N | ¿Pérdida reciente de peso inusual? |
| S | N | ¿Tratamiento con radiación o quimioterapia? | S | N | ¿Se desmaya fácilmente? |
| S | N | ¿Utiliza o ha utilizado tabaco? | S | N | ¿Hospitalización recientemente o cirugías mayores? |
| S | N | ¿Sangrado anormal? | S | N | (mujeres) ¿actualmente embarazada? _____ ¿cuantas semanas? _____ |
| S | N | ¿Historia familiar de diabetes? | S | N | (mujeres) ¿actualmente amamantando? |

Por favor circule S o N por cada pregunta individual:

- | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|---|-------------------------------------|---|---|---------------------------------|
| S | N | Presión Sanguínea Alta / Baja | S | N | Enfermedad Cardíaca | S | N | Osteoporosis |
| S | N | Ataque del Corazón | S | N | Marcapasos | S | N | Dolores de Pecho |
| S | N | Fiebre Reumática | S | N | Soplo en el Corazón | S | N | Tratamientos con Cortisona |
| S | N | Hinchazón de los Pies o los Tobillos | S | N | Válvulas Cardíacas artificiales | S | N | Fiebre Escarlatina |
| S | N | Desmayos / Ataques Epilepticos | S | N | Se cansa con frecuencia | S | N | Tuberculosis |
| S | N | Asma | S | N | Anemia | S | N | Glaucoma |
| S | N | Epilepsia /Convulsiones | S | N | Enfisema | S | N | Enfermedad del Hígado |
| S | N | Leucemia | S | N | Cáncer (tipo: _____) | S | N | Hemofilia |
| S | N | Diabetes (tipo: _____)(A1C _____) | S | N | Artritis / Reumatismo | S | N | Problemas Respiratorios |
| S | N | Enfermedad de los Riñones | S | N | Ictericia / Hepatitis (tipo: _____) | S | N | Prolapso de la Válvula Mitral |
| S | N | Infección del SIDA/ VIH | S | N | Enfermedad venérea | S | N | Desórdenes Alimenticios |
| S | N | Problemas de la Tiroides | S | N | Problemas del Estómago / Úlceras | S | N | Problemas de la Espalda /Cuello |

¿Usted tiene otra condición médica o de la salud que no este arriba? Sí [] No [] si "Si" por favor explique cual

Yo certifico que he leído y entiendo la información antedicha al mejor de mi conocimiento. Las preguntas antedichas se han contestado exactamente. Entiendo que dar la información incorrecta puede ser peligroso a mi salud. Autorizo por este medio que Roselle Park Dental administre y realice los procedimientos necesarios, como radiografías, los anestésicos y el tratamiento dental juzgado necesarios o recomendables con el diagnosis de mi condición dental. Entiendo que hay ciertos riesgos inherentes en el tratamiento dental; incluyendo pero no limitado a: sensibilidad o daños pulpal, hinchazón o contusión del tejido fino, dolor de quijadas, paresthesia y otros riesgos específicos del procedimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Contacto de Emergencia

Nombre de familiar o persona QUE NO VIVE con usted _____ Relación con el paciente _____

Teléfono _____ Dirección _____

Historial Dental del Paciente

Dentista anterior _____ ¿Fecha del ultimo examen dental? _____ ¿Razón de la visita de hoy? _____

Tiene usted temor de venir al dentista? Sí [] No [] ¿Ha tenido un problema serio asociado a un tratamiento dental anteriormente? Sí [] No []

¿Si "Sí" por favor explique _____

¿Cuantas veces se cepilla? _____ ¿Cuantas veces se pasa hilo dental? _____ ¿Qué tan menudo tiene limpiezas dentales? _____

¿Qué ayudas dentales utiliza usted? Hilo dental [] Palillo dental [] Selección del agua [] Cepillo de dientes eléctrico/ Sonicare [] Otro _____ []

Por favor marque los que le aplican a usted

¿Las encías sangran al cepillar o al pasar el hilo dental? Sí [] No [] ¿Sí usted fuma, desea parar? Yo no fumo [] Sí [] No []

¿La comida se le traba con frecuencia en los dientes? Sí [] No [] ¿Le gusta el color de sus dientes? Sí [] No []

¿Mal olor o sabor en la boca? Sí [] No [] ¿Usted tiene restoraciones que no le gustan? Sí [] No []

¿Sus encías se sienten inflamadas? Sí [] No [] ¿Usted está desgastando sus dientes? Sí [] No []

¿Sensibilidad al frío, caliente, o dulce? Sí [] No [] ¿Usted tiene espacios en los dientes que no le gustan? Sí [] No []

¿Cree en las ventajas del fluoruro? Sí [] No [] ¿Usted quisiera tener dientes rectos? Sí [] No []

¿Las quijadas se sienten cansadas o dolor con frecuencia? Sí [] No [] ¿Usted quisiera reemplazar dientes que le faltan? Sí [] No []

¿Fuego o ampollas orales frecuentes? Sí [] No [] ¿Usted tiene dentaduras o parciales flojas? Sí [] No []

¿Qué NO le gusta de su sonrisa? _____

¿Qué podemos hacer para que su sonrisa se mire mejor? _____

Consentimiento para Tratamiento

Rendimiento del seguro: Autorizo el rendimiento de la información con respecto a mi tratamiento dental a mi seguro. Acuerdo ser responsable del pago en los servicios rendidos durante mi período inelegible del seguro y cualquier balance no pagados por mi seguro. Entiendo que los seguros están mandados la cuenta como cortesía y que yo soy en última instancia responsable de todos los costos del tratamiento.

Responsabilidad del pago: En caso que este asunto se le de a una agencia o a un abogado de colección para la colección de honorarios; acuerdo por este medio pagar todos los honorarios de agencia de colección y todos los honorarios del abogado, si hay o no un pleito instituido. También reconozco que sería responsable de todos los costos de la corte incurridos en la fabricación de la colección sumo debido y sin pagar por el trabajo

Firma: _____ Fecha: _____

Niños o Menores de Edad

Porque (nombre del niño) _____ es un menor de edad, es necesario que el permiso firmado esté obtenido de un padre o de un guardian antes de que se rinda cualquier servicio dental. Tal autorización se concede por este medio. Además, acuerdo ser responsable de cualquier cuenta incurrida en a nombre de este niño durante su tratamiento dental.

Firma: _____ Fecha: _____

Póliza de la Oficina

Por favor Lea y firme, reconociendo que usted fue informado de estas pólizas. Dejenos saber si usted tiene cualesquier pregunta sobre nuestras pólizas de la oficina. Gracias.

Póliza Financiera

Gracias por elegir a **Roselle Park Dental** para sus necesidades del cuidado dental. Proveemos a nuestros pacientes un cuidado dental de alta calidad y estamos confiados a su tratamiento sera exitoso. Por favor entienda que su obligación financiera es considerada parte de su tratamiento. En el interés de la buena práctica del cuidado dental, es conveniente establecer una póliza de crédito para evitar malentendidos. Para asistir a nuestros pacientes, ofrecemos los métodos siguientes para tomar cuidado de su cuenta en nuestra oficina.

- En su primera visita esperamos que usted proporcione a nuestra oficina con su tarjeta de identificación y la información de su seguro. Que cualquier cambio que ocurra durante el tiempo que usted es un paciente, sea su responsabilidad de informar a nuestra oficina con cualesquiera cambio. Nuestra oficina no será responsable de los reclamos sometidos a la compañía de seguros que ya no le cubre.
- Pacientes nuevos seran requeridos a pagar servicios por completo en su primera visita. Si el paciente es miembro de un plan de HMO/DMO entonces el co-pago es debido. Los pacientes estan requeridos a pagar su deducible y los co-pagos en cada visita.
- Mientras que aceptamos la mayoría de los planes de seguros, y ayudamos en la sumisión de sus reclamos, es su responsabilidad leer su política y estar al tanto de los servicios cubiertos o no cubiertos por su plan individual.
- Como cortesía, con gusto mandaremos la cuenta a su seguro cuando usted nos provea la información actual y cualquier forma necesaria. A menudo podemos ponernos en contacto con su seguro antes de su cita, y estimamos su porción de la cuenta. Pedimos que usted o page su porción de la cuenta a la hora de servicio, o que un acuerdo financiero escrito conveniente esté hecho a la hora de servicio. Aun cuando usted puede tener un reclamo de seguro pendiente, usted recibirá una declaración mensual por el balance en su cuenta hasta que este pagada por completo. No podemos aceptar la responsabilidad de colectar un reclamo de seguro después de 60 días o de negociar un reclamo disputado. Las pólizas de seguro son un contrato entre usted, su empleador y el seguro. Por favor comprenda que algunos, y quizás todos los servicios rendidos no esten cubiertos bajo su póliza de seguro. Usted es en última instancia responsable del pago de su cuenta.
- Si no recibimos ningún pago de su cuenta después de dos estados de cuenta mensuales nuestra oficina hara un esfuerzo de entrar en contacto con la parte responsable. Si la parte responsable no puede ser localizado, un tercer estado de cuenta será enviada que indicaque **"Este es el aviso final para pago"**. Si usted no se pone en contacto con nuestra oficina después de recibir tal aviso, la cuenta será enviada a una agencia de colección.
- Tenemos opciones financieras disponibles para todos los pacientes. Por favor siéntase libre para preguntarle a uno de nuestro personal de la oficina.

Citas Perdidas o Canceladas

Si una cita se ha reservado para usted, pedimos amablemente que los pacientes nos den veinticuatro horas de aviso para cancelar; si no, reservamos el derecho de cobrar un mínimo de \$30.00 por media-hora, que es actualmente nuestro honorario por perder su cita. Si la cita es con un especialista, el honorario mínimo es \$50.00 por media hora. La duración del la cita reservada y del número de citas perdidas anteriores determina su cargo. No ofreceremos citas a los pacientes que pierden citas múltiples sin darnos el aviso apropiado.

Estimados y Honorarios

Después de las radiografías y de el examen, tiene el derecho y debe pedir un estimado de su tratamiento. Todas los estimados se basan sobre las condiciones vistas a la hora de diagnosis; las circunstancias imprevistas, tales como tratamiento de canales o dientes fracturados podían alterar el estimado. Es acostumbrado pagar servicios dentales cuando se rinden. Hay un cobro por servicio en todas las cuentas pendientes.

Cuentas Atrasadas

Las cuentas atrasadas se daran a una agencia de colección.

Firma: _____ Fecha: _____

Ley de Responsabilidad y Transferibilidad/ Portabilidad de Seguro(s) Medico(s) (HIPAA)

Una copia laminada de nuestro aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad/ Portabilidad de Seguro(s) Medico(s) (HIPAA) está disponible en nuestra oficina. Usted tiene el derecho de leer nuestro aviso antes de que usted decida si firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades del pago y operaciones del cuidado de salud. De los usos de su información de salud y de otras materias importantes sobre su información. Le animamos a que lo lea cuidadosamente y totalmente antes de firmar este consentimiento. Si usted nos lo pide nos dara gusto proveerle su propia copia personal de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad/ Portabilidad de Seguro(s) Medico(s) (HIPAA).

Firma: _____ Fecha: _____

Authorización para Archivar Firma

Rendimiento de Información/ Responsabilidad Financiera/ Autorización de Pago

Yo (nombre del paciente) _____ y/o (nombre de el asegurado) _____

autorizo por este medio a **Roselle Park Dental** a poner mi nombre a cualquier y todos los reclamos o documentos relacionados con cualquier y todos mis beneficios de salud y de mis dependientes a través de mi empleo con (nombre de el empleador) _____. Yo autorizo el pago de los beneficios dentales de otra manera pagado a mí directamente a **Roselle Park Dental**. He revisado el plan de tratamiento y los honorarios. Acuerdo ser responsable de todas los cargos de los servicios dentales y de los materiales no pagados por mi seguro dental, a menos que el dentista que trata o la práctica dental tenga un acuerdo contractual con mi plan que prohíbe todos o una porción de estos cargos. Hasta lo permitido bajo la ley, autorizo el rendimiento de cualquier información referente a el reclamo.

Firma del paciente (padre o guardian si menor de edad): _____

Firma de el asegurado: _____ Fecha de hoy: _____

Esta "autorización" será válida a partir de esta fecha y expirará en un año. Fecha de vencimiento: _____

Una fotocopia de este documento puede actuar como original.