



3D Dental

Dr. Eran Arvilli DDS

1636 Montauk Hwy, Suite #3

Mastic, New York 11950

631-772-7379

BIENVENIDO

¡NOS ALEGRA QUE ESTÉ AQUÍ!



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

ID del Paciente # _____

Nombre del Paciente _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre

Dirección _____

Correo electrónico _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sexo ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento _____ Edad _____

☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Menor de edad

☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ En pareja por _____ años

Empleador/Escuela _____

Ocupación _____

Dirección del Empleador/Escuela _____

Teléfono del Empleador/Escuela (_____) _____

Nombre del Cónyuge _____

Fecha de nacimiento _____

de Seguro Social _____

Empleador del Cónyuge _____

¿A quién podemos agradecer por referirlo(a)? _____

SEGURO DENTAL

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

Relación con el Paciente _____

Compañía de Seguro _____

Grupo # _____

¿El paciente tiene seguro adicional? ☐ Sí ☐ No

Nombre del Suscriptor _____

Fecha de nacimiento _____ # de Seguro Social _____

Relación con el Paciente _____

Compañía de Seguro _____

Grupo # _____

ASIGNACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Certifico que yo y/o mis dependientes tenemos cobertura con
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguro _____
y asigno directamente a

Dr. _____ todos los beneficios del seguro,
si los hubiera, de lo contrario pagaderos a mí por los servicios prestados.
Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos,
independientemente de si el seguro paga o no. Autorizo el uso de mi firma en
todas las solicitudes de seguro.

El dentista mencionado anteriormente puede usar mi información de salud y
divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro mencionada(s)
anteriormente y a sus agentes con el propósito de obtener el pago por los
servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por
servicios relacionados. Este consentimiento finalizará cuando se complete mi
plan de tratamiento actual o un año a partir de la fecha de firma a continuación.

☒ Firma del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

Escriba el nombre del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

Fecha _____ Relación con el Paciente _____

NÚMEROS DE TELÉFONO

Teléfono (_____) _____ Trabajo (_____) _____ Ext _____ Tel. Alterno (_____) _____

Teléfono del Cónyuge (_____) _____ Mejor hora y lugar para contactarlo(a) _____

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTE A (Especifique a alguien que no viva en su hogar.)

Nombre _____ Relación _____

Teléfono (_____) _____ Teléfono del Trabajo (_____) _____

HISTORIAL DENTAL

Motivo de la visita de hoy _____

Dentista Anterior _____

Ciudad/Estado _____

Fecha de la última visita dental _____

Fecha de las últimas radiografías dentales _____

Marque "sí" o "no" para indicar si ha tenido
alguno de lo siguiente:

Mal aliento ☐ Sí ☐ No

Encías que sangran ☐ Sí ☐ No

Ampollas en los labios o boca ☐ Sí ☐ No

Sensación de ardor en la lengua ☐ Sí ☐ No

Mastica de un solo lado ☐ Sí ☐ No

Fumador (cigarro, pipa o puro) ☐ Sí ☐ No

Chasquido o crujido en la mandíbula ☐ Sí ☐ No

Boca seca ☐ Sí ☐ No

Morderse las uñas ☐ Sí ☐ No

Acumulación de comida entre los dientes ☐ Sí ☐ No

Objetos extraños ☐ Sí ☐ No

Rechinar los dientes ☐ Sí ☐ No

Encías inflamadas o sensibles ☐ Sí ☐ No

Dolor o cansancio en la mandíbula ☐ Sí ☐ No

Morderse los labios o mejillas ☐ Sí ☐ No

Dientes flojos o empastes rotos ☐ Sí ☐ No

Respirar por la boca ☐ Sí ☐ No

Dolor al cepillarse ☐ Sí ☐ No

Tratamiento de ortodoncia ☐ Sí ☐ No

Dolor alrededor de la oreja ☐ Sí ☐ No

Tratamiento periodontal ☐ 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 bultos en la boca ☐ Sí ☐ No

¿Con qué frecuencia usa hilo dental? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

Historia de salud

Nombre del médico _____ Fecha de la última visita _____

¿Alguna vez ha usado un medicamento que contenga bisfosfonatos? Los nombres comerciales comunes son Fosamax, Actonel, Atelvia, Didronel, Boniva. ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha tomado alguno de los grupos de medicamentos mencionados colectivamente como "ion-phen"? Estos incluyen combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de phentermine), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). ☐ Sí ☐ No

Marque con una "sí" o "no" para indicar si ha tenido alguno de los siguientes:

SIDA/VIH	☐ Sí ☐ No	Epilepsia	☐ Sí ☐ No	Enfermedad respiratoria	☐ Sí ☐ No
Anemia	☐ Sí ☐ No	Desmayos o mareos	☐ Sí ☐ No	Fiebre reumática	☐ Sí ☐ No
Artritis, reumatismo	☐ Sí ☐ No	Glaucoma	☐ Sí ☐ No	Fiebre escarlata	☐ Sí ☐ No
Válvulas cardíacas artificiales	☐ Sí ☐ No	Dolores de cabeza	☐ Sí ☐ No	Falta de aire	☐ Sí ☐ No
Articulaciones artificiales	☐ Sí ☐ No	Soplo en el corazón	☐ Sí ☐ No	Problemas en los senos paranasales	☐ Sí ☐ No
Asma	☐ Sí ☐ No	Problemas del corazón	☐ Sí ☐ No	Erupciones en la piel	☐ Sí ☐ No
Problemas de espalda	☐ Sí ☐ No	Tipo de hepatitis _____	☐ Sí ☐ No	Dieta especial	☐ Sí ☐ No
Sangrado anormal, con extracciones o cirugía	☐ Sí ☐ No	Herpes	☐ Sí ☐ No	Accidente cerebrovascular (derrame)	☐ Sí ☐ No
Enfermedad de la sangre	☐ Sí ☐ No	Presión arterial alta	☐ Sí ☐ No	Hinchazón de pies o tobillos	☐ Sí ☐ No
Cáncer	☐ Sí ☐ No	Ictericia	☐ Sí ☐ No	Glándulas del cuello inflamadas	☐ Sí ☐ No
Dependencia química	☐ Sí ☐ No	Dolor de mandíbula	☐ Sí ☐ No	Problemas de tiroides	☐ Sí ☐ No
Quimioterapia	☐ Sí ☐ No	Enfermedad de los riñones	☐ Sí ☐ No	Amigdalitis	☐ Sí ☐ No
Problemas circulatorios	☐ Sí ☐ No	Enfermedad del hígado	☐ Sí ☐ No	Tuberculosis	☐ Sí ☐ No
Lesiones del corazón congénitas	☐ Sí ☐ No	Presión arterial baja	☐ Sí ☐ No	Tumor o crecimiento en la cabeza o en el cuello	☐ Sí ☐ No
Tratamientos con cortisona	☐ Sí ☐ No	Prolapso de la válvula mitral	☐ Sí ☐ No	Úlceras	☐ Sí ☐ No
Tos persistente o con sangre	☐ Sí ☐ No	Problemas nerviosos	☐ Sí ☐ No	Enfermedad venérea	☐ Sí ☐ No
Diabetes	☐ Sí ☐ No	Marcapasos	☐ Sí ☐ No	Pérdida de peso inexplicable	☐ Sí ☐ No
Enfisema	☐ Sí ☐ No	Atención psiquiátrica	☐ Sí ☐ No		
¿Usa lentes de contacto?	☐ Sí ☐ No	Tratamiento de radiación	☐ Sí ☐ No		

Mujeres:

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No Fecha de vencimiento _____ ¿Está amamantando? ☐ Sí ☐ No

¿Toma pastillas anticonceptivas? ☐ Sí ☐ No

Medicamentos

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente y la razón:

Nombre de la farmacia _____

Teléfono (_____) _____

Alergias

☐ Aspirina	☐ Anestésico local
☐ Barbitúricos (pastillas para dormir)	☐ Penicilina
☐ Codeína	☐ Sulfa
☐ Yodo	☐ Otra _____
☐ Látex	_____

Actualizaciones (Para ser llenado en futuras citas)

¿Ha habido algún cambio en su salud desde su última cita dental? ☐ Sí ☐ No

¿Cuáles condiciones? _____

¿Está tomando algún medicamento nuevo? _____ Si es así, ¿cuál? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del doctor _____ Fecha _____

¿Ha habido algún cambio en su salud desde su última cita dental? ☐ Sí ☐ No

¿Cuáles condiciones? _____

¿Está tomando algún medicamento nuevo? _____ Si es así, ¿cuál? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del doctor _____ Fecha _____



Dr. Eran Arvilli DDS

1636 Montauk Hwy, Suite #3

Mastic, New York 11950

631-772-7379



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Yo, _____ he sido informado por
(Nombre en letra de imprenta)

el Dr. Arvilli, de la necesidad de someterme a un tratamiento dental tal como se me presentó el _____.
(Fecha)

He sido completamente informado sobre los detalles del tratamiento recomendado y las alternativas, y acepto los términos recomendados por el doctor.

Entiendo que a medida que el tratamiento avanza puede ser necesario modificar el plan de tratamiento. Si esto ocurre, espero ser informado antes de que se realice cualquier cambio.

Entiendo además que las reacciones individuales al tratamiento no pueden predecirse, y que si experimento alguna reacción inesperada durante o después de cualquier tratamiento, acepto informarlo a la oficina lo antes posible.

He discutido todo lo anterior con el doctor y todas mis preguntas han sido respondidas.

Reconozco que no se me han dado garantías o seguridades por parte de nadie sobre los resultados que se puedan obtener.

Después de las explicaciones, la discusión y las respuestas a mis preguntas, autorizo al doctor a completar los tratamientos descritos.

X

Firma del Paciente

Si es Menor, Firma de un Padre o Tutor

Firma del Testigo

Firma del Doctor

Fecha _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD HIPAA

Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida

(Requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Rendición de Cuentas — 45 CFR Partes 160 y 164)

1. Por la presente autorizo a _____ a usar y/o divulgar
[Nombre del Proveedor de Atención Médica]
la información de salud protegida descrita a continuación sobre _____.
[Nombre del Individuo]
2. Autorización para la Divulgación de Información. Cubriendo el período de atención médica desde _____ a _____ ☒ ☐ todos los períodos pasados, presentes y futuros:

a. ☐ Por la presente autorizo la divulgación de mi expediente médico completo (incluyendo registros relacionados con la atención de salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA, y tratamiento por alcohol/drogas).

O

b. ☐ Por la presente autorizo la divulgación de mi expediente médico completo, con excepción de la siguiente información:

☐ Registros de salud mental

☐ Enfermedades transmisibles (incluyendo VIH y SIDA)

☐ Tratamiento por alcohol/drogas

☐ Otro (especifique): _____
3. Esta información médica puede ser usada por la persona a quien autorizo a recibir esta información para tratamiento médico o consulta, pago de facturas o reclamaciones, u otros fines según yo lo indique.
4. Esta autorización entrará en vigor y será efectiva hasta _____, a menos que la revoque antes.
[Fecha o Evento]
5. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que dicha revocación no será efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado en dependencia de esta autorización o si esta autorización fue obtenida como condición para obtener cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar una reclamación.
6. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no será condicionado por firmar esta autorización.
7. Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser divulgada por el receptor y ya no estará protegida por la ley federal o estatal.

X _____
Firma del Paciente o Representante Personal

Nombre en Letra de Imprenta del Paciente o Representante Personal

Fecha

Relación con el Paciente

POLIZA DE APPOINTMENT

ROTO

Estamos comprometidos con la más alta calidad de atención para todos nuestros pacientes; por lo tanto, programamos todas las citas con anticipación y hacemos todo lo posible para confirmarlas.

Cuando programamos su visita al dentista, ese tiempo le pertenece y merece toda nuestra atención.

Valoramos nuestra relación con usted y queremos ser justos; **sin embargo, si no puede asistir a una cita, se aplicará lo siguiente:**

- **Aviso de 24 horas si necesita cancelar o reprogramar**
- **Tarifa de \$50 por cita perdida o cancelada sin notificación previa**

Por favor, **LLAME TELÉFONO** a la oficina para cancelar/reprogramar adecuadamente su visita de manera oportuna.

Por favor, firme aquí



X_____ FECHA_____

3 D DENTAL – Dr. Arvilli
1636 Montauk Hwy, Mastic NY 11950
Suite #3
631-772-7379