



Gary Minkowitz, DDS
Moraima De La Cruz - Minkowitz
55-23 69th Street
Maspeth, NY 11378

FECHA EN LA QUE SE LLEN6 ESTA HOJA _____

NOMBRE DEL
PACIENTE _____
Apellido Nombre I

FECRA DE NACIMIENTO _____ Hombre Mujer
(encierre uno)

NOMBRE DEL/
ESOSO/PADRE _____
(Si el paciente es menor.) Apellido Nombre I

No. DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE/PADRE.

No. DE SEGURO SOCIAL DEL ESOSO(A) /PADRE

COMO PREFIERE QUE SE LE LLAME _____
Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Menor

NOMBRE DE UNA PERSONA QUE NO VIVA CON EL PACIENTE QUE SE
TENGA QUE NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA.

DIRECC16N _____

Nombre # Teldono

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____

NOMBRE DE LA CÍA ASEGURADORA PRIMARIA

TELIFONO: CASA- _____ #CELULAR _____

NOME BRE DEL EMPLEADO _____

DIRECC16N ELECTR6NICA _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO _____

PACIENTE/PADRE
TRABAJA EN _____

LUGAR DE TRABAJO _____ # A&OS _____

DIRECC16N DEL TRABAJO _____

NOMBRE DE LA Cía ASEGURADORA _____

Posicj6N EN TRABAJO _____ # TEL _____

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL TRABAJADOR

ESOSO TRABAJA EN _____

NOMBRE DE LA Cía ASEGURADORA SECLADARIA

POSIC16N EN TRABAJO _____ # TEL _____

NOMBRE DEL EMPLEADO _____

QUIEN ES RESPONSABLE, POR ESTA CUENTA

FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO _____

OTROS FAMILIARES QUE VIENEN AQUI

LUGAR DE TRABAJO _____ # A&OS _____

AQUIEN LE TENEMOS QUE DAR LAS GRACIAS

NOMBRE DE LA Cía ASEGURADORA _____

N(MMRO DEL SEGURO SOCIAL DEL TRABAJADOR

- Autorizo al Dr. Brett A. Roufs D.D.S. para que realice el diagnostico y tratamientos necesarios para mi cuidado dental.
- Autorizo que se de informaci6n referente a mi estado de salud y de (mi familiar) las recomendaciones y tratamientos efectuados con el proposito de determinar el costo a mi seguro.
- Autorizo que se de informaci6n a otros dentistas referente a mi estado de salud y de (mi familiar) asi como las recomendaciones y tratamientos realizados.
- Por medio de la presente autorizo a la Cía. aseguradora para que haga pagos directos al Dr. Brett A. Roufs, D.D.S. o bien a mi persona.
- Acepto que mi Cía aseguradora podría pagar una cantidad menor del costo total de los servicios otorgados. Asi mismo acepto que es mi responsabilidad pagar la cuenta en su totalidad. Al firmar adelante hago nulo cualquier acuerdo previo el cual haga conflicto y estoy de acuerdo en pagar en su totalidad la cantidad la cual no cubra mi seguro dental.
- Esta oficina sigue las reglas gubernamentales en la cual se debe informar a los pacientes que tienen derecho a su privacidad (HIPAA). Asi mismo que puedo pedir una copia de esta en cualquier momento.
- Certifico que la informaci6n previamente dada es correcta, asi mismo firmo de conocimiento.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Relaci6n con el pte.

Historia risica ell reverse.

Por favor escriba firmemente, este documento es escaneado.

Por favor escriba los medicamentos y suplementos medicinales los cuales esta tomando.

Por favor marque si tuvo o fiene actualmente lo siguiente

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Rifi6n | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Alergias (Estaci6n) | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/ Nlgraiias | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hgado | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Lesiones de Cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedades Mentales | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venereas |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Coraz6n | <input type="checkbox"/> Enfermedades Nerviosas | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a los Metales |
| <input type="checkbox"/> Articuciones Artificiales | <input type="checkbox"/> Soplo en el Coraz6n | <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Alergia a la Codeina |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre | <input type="checkbox"/> Implante de una. Valvula en el Coraz6n | <input type="checkbox"/> Trataniiento con Radiaciones | <input type="checkbox"/> Alergia a Latex |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Tumores | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Valvula Nftral | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Alergia a la Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Alergia a Sulfas |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Presi6n Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Ataques | <input type="checkbox"/> Alergia a las Cefalosporinas |
| <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo | <input type="checkbox"/> Presi6n Arterial Baja | <input type="checkbox"/> Problemas Sinusales | Otro tipo de Alergias |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Problemas del Estomago | _____ |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | | <input type="checkbox"/> Embolia. | _____ |

Operaci6nes _____ ¿Esta su problema del Coraz6n controlado con medicinas? Si / No

¿Esta embarazada? Si / No Fecha de parto: _____ ¿Esta bajo tratainiento medico? Si / No

Si escribio Si, por favor explique: _____

¿Por favor escriba cualquier otro problema medico? _____

Historia Dental

Para todos los Pacientes

¿Es ud. Paciente Nuevo en la
Clinica?

Marque sus problemas.

- Mal Aliento
- Sangrado, de Encias
- Sonido o Chasquido de la Mandibula
- Se le queda comida entre los Dientes
- Rechina los Dientes
- Dientes Flojos o Tapaduras Rotas
- Sensibilidad al Calor
- Sensibilidad al Frio
- Sensibilidad a lo Dulce
- Sensibilidad al Morder
- Dolor o algun Crecimiento en la Boca

1. ¿Cuantas veces se cepilla? _____

2. ¿Utiliza hilo dental? Si / No

3. ¿Rechina o aprieta los dientes?

Si / No

4. ZLe es dificil regresar a ver al dentista?

1. ¿Quien era su dentista previamente?

2. ¿Ha sido tratado por enferinedades peri-
Odontales? Si / No

3. ¿Cuando fue la tilthna vez que se le hizo
limpieza? _____

4. ¿Cuando fue la ultima vez que le hicieron
rayos X? _____

5. ¿Se le lia dicho que necesita tratamiento
dental? _____

6. ¿Tiene ud. dientes postisos? Si / No

7. ¿Esta ud. contento con su dentadura?
 Si / No

5. ¿Que caliricaci6n le da a su sonrisa? (encierre)
¡Mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Buena!

6. ¿Que necesita para que su sonrisa tenga
un 10? _____

Sabe ud. Que nuestra clinica ofrece los
siguientes servicios dentales?

Cosmetología Dental

Veneers

Blanqueo – en Casa o en el
Consultorio

Cuidado Dental Familiar

Limpieza Peri-Odontal

Ortodoncia incluyendo

INVISALIGN

Implantes

Cirugía Oral

Trabajo de Dentadura

Endodoncia

Corona en una Sola Cita

Rayos X Digital

Uso de Rayo Laser

Firma del paciente o tutor

Fecha

Relaci6n con el pte.