



Demographic Information

Información demográfica

PATIENTS NAME: _____

NOMBRE DEL PACIENTE

DATE OF BIRTH: _____

Fecha de nacimiento

Address: _____

Dirección

APT. _____

Apartamento

City: _____

Ciudad

State: _____

Estado

ZIP Code: _____

Código postal

Cell Phone #: _____

Teléfono móvil #

Home Phone #: _____

Teléfono de casa #

Emergency Contact Phone #: _____

Teléfono de contacto de emergencia

Dentist Referred By: _____

Dentista recomendado por

Patients SSN: _____

Número de Seguro Social del Paciente

EMAIL Address: _____

Correo electrónico

Dental Insurance Carrier: _____

Aseguradora dental

Relationship to Primary Subscriber: _____

Relación con el miembro primario

SELF ☐

Yo

SPOUSE ☐

Espos(a)

DEPENDENT ☐

Dependiente

OTHER ☐

Otro

Members Name: _____

Nombre del miembro

Members DOB: _____

Fecha de nacimiento del miembro

Members SSN: _____

Número de Seguro Social del Miembro

Employer: _____

Empleador

Work Phone #: _____

Teléfono del trabajo #

Employer Address: _____

Dirección del trabajo

City: _____

Ciudad

State: _____

Estado

ZIP Code: _____

Código postal

Medical Insurance Carrier: _____

Compañía de seguros médicos

Plan Name: _____

Nombre del plan

Pharmacy Name: _____

Nombre de la farmacia

Address: _____

Dirección

Phone: _____

Teléfono



Medical History

Historial médico

Patient's Name: _____ Age: _____ Height: _____ Weight: _____
Nombre del paciente Años Estatura Peso

Date: _____ Date of Birth: _____ Sex M ☐ F ☐
Fecha Fecha de nacimiento Sexo

Patient's primary preferred language is / El idioma preferido principal del paciente es: ☐ English / Ingles ☐ Spanish / Español

	Yes/Si	No	Notes
1. Are you in pain or discomfort? / Tienes dolor o malestar? If yes, is pain severe or moderate? (Circle one) / Si es así, ¿el dolor es severo o moderado? (Un círculo)	☐	☐	
2. Are currently under a doctor's orders or taking any medicine or birth control? Está actualmente bajo las órdenes de un médico o tomando algún medicamento o anticonceptivo? Please list medications. Por favor liste los medicamentos	☐	☐	
3. Do you have any bleeding disorders? / Tienes algún trastorno hemorrágico?	☐	☐	
4. Are you subject to fainting, dizziness, convulsions or epilepsy? Está sujeto a desmayos, mareos, convulsiones o epilepsia?	☐	☐	
5. Have you ever had any breathing difficulty such as asthma, pneumonia, tuberculosis or other lung disorder? Alguna vez ha tenido alguna dificultad para respirar, como asma, neumonía, tuberculosis u otro trastorno pulmonar?	☐	☐	
6. Are you pregnant or breastfeeding? Estás embarazada o amamantando?	☐	☐	
7. Are you allergic to any foods, drugs or medicine such as penicillin, aspirin, codeine, novocaine or others? Es usted alérgico a algún alimento o medicamento como la penicilina, aspirina, codeína, novocaína u otros?	☐	☐	
8. Have you ever received I.V. or oral bisphosphonates such as zometa, aredia, Fosamax, Actonel or Boniva, used to treat osteoporosis and or cancer? Has recibido tratamiento intravenoso o bifosfonatos orales como zometa, aredia, Fosamax, Actonel o Boniva, utilizados para tratar la osteoporosis y el cáncer?	☐	☐	
9. Do you use tobacco products, smoke or chew tobacco? Usa productos de tabaco, fuma o mastica tabaco?	☐	☐	

HAVE YOU EVER HAD / ALGUNA VEZ HAS TENIDO

	Yes/Si	No		Yes/Si	No
Heart Problems Problemas del corazón	☐	☐	Hepatitis or liver disease Hepatitis o enfermedad hepática.	☐	☐
Heart Murmur Soplo cardíaco	☐	☐	High or low blood pressure Presión arterial alta o baja	☐	☐
Stroke Derrame	☐	☐	Any blood disease Cualquier enfermedad de la sangre	☐	☐
Kidney Disease Enfermedad del riñon	☐	☐	Any other diseases Cualquier otra enfermedad	☐	☐
Diabetes Diabetes	☐	☐	Please list /Favor de listar _____		
Hip or Joint Replacement Reemplazo de cadera o articulación	☐	☐			
What time did you eat or drink last? A qué hora comiste o bebiste?			Date: _____ Time: _____		
Are planning to drive home? Está planeando conducir a casa?			Yes/Si ☐ No ☐		
Do you have a cold, cough, or sinus trouble? Tiene un resfriado, tos o problemas de sinusitis?			Yes/Si ☐ No ☐		

X

PATIENT/GUARDIAN SIGNATURE / PACIENTE O PARIENTE LEGAL

X

Doctors Signature

Patient Forms (04/2022)



Informed Consent Authorization Autorización de Consentimiento Informado

PATIENTS NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____
NOMBRE DEL PACIENTE Fecha De Nacimiento

RELATIONSHIP TO PRIMARY SUBSCRIBER: SELF ☐ SPOUSE ☐ DEPENDENT ☐ OTHER ☐
RELACION AL ASEGURADO PRIMARIO: Yo Esposo(a) Dependiente Otro

MEMBERS NAME: _____
NOMBRE DEL ASEGURADO:

As the patient/guarantor, it is my responsibility to know if I have dental coverage at the time of service. If I do not provide proof of coverage on the day of service, I will be financially responsible for all services rendered at the time of service. In the event I have dental coverage at the time of service, and did not provide proof of coverage at the time of service, I will not seek reimbursement back from the treating dentist or dental practice and will accept the amount reimbursed by my dental plan as payment in full.

Como paciente / garante, es mi responsabilidad saber si tengo cobertura dental en el momento del servicio. Si no proporciono prueba de cobertura el día del servicio, seré financieramente responsable de todos los servicios prestados al momento del servicio. En el caso de que tenga cobertura dental en el momento del servicio, y no proporcioné el comprobante de cobertura en el momento del servicio, no solicitaré el reembolso al dentista tratante ni a la práctica dental y aceptaré la cantidad reembolsada por mi plan dental como pago completo.

X _____
PATIENT/GUARDIAN SIGNATURE / PACIENTE O PARIENTE LEGAL

AUTHORIZATIONS

I HAVE BEEN INFORMED OF THE TREATMENT PLAN AND ASSOCIATED FEES. I AGREE TO BE RESPONSIBLE FOR ALL CHARGES FOR DENTAL SERVICES AND MATERIALS NOT PAID BY MY DENTAL BENEFIT PLAN, UNLESS PROHIBITED BY LAW, OR THE TREATING DENTIST OR DENTAL PRACTICE HAS A CONTRACTUAL AGREEMENT WITH MY PLAN PROHIBITING ALL OR A PORTION OF SUCH CHARGES. TO THE EXTENT BY LAW, I CONSENT TO YOUR USE AND DISCLOSURE OF MY PROTECTED HEALTH INFORMATION TO CARRY OUT PAYMENT ACTIVITIES IN CONNECTION WITH THIS CLAIM.

ME HAN INFORMADO SOBRE EL PLAN DE TRATAMIENTO Y LAS TARIFAS ASOCIADAS. ACEPTO SER RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS POR SERVICIOS Y MATERIALES DENTALES NO PAGADOS POR MI PLAN DE BENEFICIOS DENTALES, A MENOS QUE LO PROHÍBA LA LEY, O EL DENTISTA TRATANTE O EL CONSULTORIO DENTAL TENGA UN ACUERDO CONTRACTUAL CON MI PLAN QUE PROHÍBA LA TOTALIDAD O UNA PARTE DE DICHOS CARGOS. EN LA MEDIDA EN QUE LO PERMITA LA LEY, CONSIENTO SU USO Y DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA PARA LLEVAR A CABO ACTIVIDADES DE PAGO EN RELACIÓN CON ESTE RECLAMO.

X _____
PATIENT/GUARDIAN SIGNATURE / PACIENTE O PARIENTE LEGAL



Notice of Privacy Practices / Payment Authorization

Aviso de Prácticas de Privacidad / Autorización de Pago

PATIENTS NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____
NOMBRE DEL PACIENTE Fecha de Nacimiento

RELATIONSHIP TO PRIMARY SUBSCRIBER: SELF ☐ SPOUSE ☐ DEPENDENT ☐ OTHER ☐
RELACION AL ASEGURADO PRIMARIO: Yo Esposa Dependiente Otro

MEMBERS NAME: _____
NOMBRE DEL ASEGURADO:

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT

EFFECTIVE DATE APRIL 14, 2003

I understand that, under the health insurance portability and accountability of 1996 (HIPAA) I Have certain rights to privacy regarding my health information. I understand this information can and will be used to:

- Conduct and direct my treatment among mutual healthcare providers;
- Obtain payment and billing for reimbursement for services and confirm coverage;
- Conduct normal health care operations;
- I have received and read your notice of privacy practices. I have been given the opportunity to ask questions I may have regarding this notice.

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

FECHA EFECTIVA 14 DE ABRIL DE 2003.

Entiendo que, según la portabilidad y la responsabilidad del seguro de salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- *Conducir y dirigir mi tratamiento entre proveedores de atención médica mutuos;*
- *Obtenga el pago y la facturación para el reembolso de los servicios y confirme la cobertura;*
- *Realizar operaciones normales de atención de salud;*
- *He recibido y leído su aviso de prácticas de privacidad. Se me ha brindado la oportunidad de hacer las preguntas que pueda tener con respecto a este aviso.*

X _____
PATIENT/GUARDIAN SIGNATURE / PACIENTE O PARIENTE LEGAL

I hereby authorize and direct payment of the dental benefits otherwise payable to me, directly to the named dentist or dental entity.

Por la presente autorizo y pago directo de los beneficios dentales que de otra manera me serían pagados, directamente al dentista o entidad dental nombrada.

X _____
PATIENT/GUARDIAN SIGNATURE / PACIENTE O PARIENTE LEGAL

Notice of Privacy Practices
Aviso de Prácticas de Privacidad

Acknowledgement of Receipt
Acuse de recibo

Patients Number _____

This is the last page and I acknowledge that I received a copy of Manhattan Oral Facial Surgery LLC – Notice of Privacy Practices.

Esta es la última página y reconozco que recibí una copia de Manhattan Oral Facial Surgery LLC - Aviso de prácticas de privacidad.

Patients Name: _____
Nombre del paciente

Signature _____
Firma

Date _____
Fecha