



BIENVENIEDOS

NAME/ NOMBRE _____

DATE OF BIRTH/ FECHA DE NACIMIENTO _____

MARRIED/SINGLE/DIVORCED/MINOR / CASADO/SOLTERO/DIVORCIADO/ MENOR _____

SSN # / # DE SEGURO SOCIAL _____

ADDRESS/ DIRECTION _____

CELL PHONE # / # DE TELEFONO _____

EMPLOYER/ EMPLEADO _____

SCHOOL/ ESCUELA _____

SPOUSE EMPLOYER/ EMPLEADO DE PAREJA _____

SPOUSE NAME/ NOMBRE DE PAREJA _____

SPOUSE PHONE #/ # DE TELEFONO DE PAREJA _____

EMERGENCY CONTACT NAME &#/ # Y NOMBRE DE EMERGENCIA _____

LAST DENTAL VISIT/ ULTIMA VISITA DE DENTISTA _____

REASON FOR VISIT/ LA RAZON DE VISITA _____



Health History / **Historia de salud**

Circle any of the health issues that apply to you:

~~Círcule cualquiera de los problemas de salud que se apliquen a usted~~

Anemia

Epilepsy/ Epilepsia

Nervous Problems/Problemas nerviosos

ARTHRITIS

Fainting or dizziness/Desmayos o mareos

Pacemaker/ Marcapasos

Artificial Joints/ Articulaciones artificiales

Glaucoma

Psychiatric Care/Atención psiquiátrica

Asthma

Headaches/ dolores de cabeza

Radiation Treatment/ Tratamiento de radiación

Back Problems/ Problemas de espalda

Heart Problems / Problemas del corazón

Respiratory Disease/ Enfermedad respiratoria

Bleeding Abnormal /Sangrado anormal

Heart Murmur/ Soplo cardíaco

Scarlet Fever/ Escarlatina

Blood Disease/ Enfermedad de la sangre

Hepatitis Type____

Shortness of breath/ Dificultad para respirar

Cancer

Herpes

Sinus Trouble/ Problema sinusal

Chemical dependency

High Blood Pressure/Hipertensión

Special Diet/Dieta especial

Circulatory Issues/ Problemas circulatorios

Jaundice

Stroke/ Ataque

Congenital heart lesions/Lesiones cardíacas congénitas

Kidney Disease/Nefropatía

Swollen Feet /Ankle/ Pies/tobillos hinchados

Diabetes

Liver disease/ enfermedad del hígado

Thyroid Problem/ Problema de tiroides

Cough persistent/ Tos persistente

Low Blood Pressure/Presion baja

Tonsillitis/ Amigdalitis

Emphysema

Mitral Valve Prolapse /Prolapso de la válvula mitral

Tumor/Or Growth-Tumor/o crecimiento

Weight loss Unexplained/ Pérdida de peso inexplicable

Venereal Disease/ Enfermedad venérea

Ulcer/Úlcera

Are you pregnant

Estás embarazada YES _____ NO _____

Due Date

Fecha de vencimiento: _____

Taking birth control pills

Tomar pastillas anticonceptivas YES _____ NO _____



3D DENTAL

Insurance /Seguro

Dental insurance/ Seguro Dental _____

Insurance phone number / Numero De Seguro _____

Insurance ID Number/ Numero de ID _____

Group #/ Numero De grupo _____

Policy holder/ Tenedor De Poliza _____

I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I authorize the use of my signature on all insurance submission.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los envíos de seguros.

PLEASE SIGN TO VERIFY BENEFITS/ POR FAVOR FIRME PARA VERIFICAR BENEFICIOS

X _____

ALLERGIES / ALERGIAS

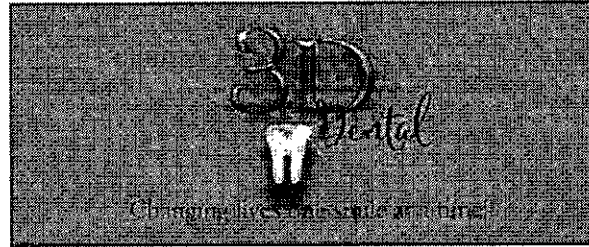
- ☐ ASPRIN
- ☐ SLEEPING PILLS
- ☐ COEDINE
- ☐ IODINE
- ☐ LATEX
- ☐ LOCAL ANESTHETIC
- ☐ PENICILLIN
- ☐ SULFA
- ☐ OTHER _____

Medications/ Medicamentos

List any: _____

Pharmacy / Farmacia Ubicacion:

3D DENTAL



3 D DENTAL ~ Dr. Arvilli ~ 1636 Montauk Hwy, Mastic NY 11950 Suite #3

Consento para Tratamiento Dental

Yo, (Nombre) _____, he sido informado por el Dr. Arvilli, sobre la necesidad de continuar con el tratamiento que se me presentó el día (Fecha) _____.

He sido plenamente informado sobre los detalles del tratamiento recomendado y la alternativa, y acepto los términos recomendados por el médico.

Entiendo que, como tratamiento, los detalles del tratamiento recomendado y las alternativas, y acepto los términos recomendados por el médico.

Además, entiendo que las reacciones individuales al tratamiento no se pueden predecir y que si experimento alguna reacción imprevista durante o después de cualquier tratamiento, acepto informarla al consultorio lo antes posible.

He hablado de todo con el médico y todas mis preguntas han sido respondidas.

Reconozco que nadie ha dado ninguna garantía sobre los resultados que se puedan obtener.

Tras las explicaciones, la discusión y las respuestas a mis preguntas, autorizo al médico a completar los tratamientos descritos.

Firma de paciente:

Si es menor de edad, firma de un padres o tutor:

X _____.

X _____.

Fecha: _____.

Firma de doctor: _____.

HIPAA Privacy Authorization Form

Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information
(Required by the Health Insurance Portability and Accountability Act - 45 CFR Parts 160 and 164)

1. I hereby authorize Dr. Eran Arvilli to use and/or disclose the
protected health information described below to *
[Name of Health Care Provider] [Name of Individual]

2. Authorization for Release of Information. Covering the period of health care from
☐ _____ to _____ OR ☐ all past, present and future periods:

a. ☐ I hereby authorize the release of my complete health record (including records relating to mental health care, communicable diseases, HIV or AIDS, and treatment of alcohol/drug abuse).

OR

b. ☐ I hereby authorize the release of my complete health record with the exception of the following information:

- ☐ Mental health records
- ☐ Communicable diseases (including HIV and AIDS)
- ☐ Alcohol/drug abuse treatment
- ☐ Other (please specify): _____

3. This medical information may be used by the person I authorize to receive this information for medical treatment or consultation, billing or claims payment, or other purposes as I may direct.

4. This authorization shall be in force and effect until _____, at which time this authorization expires.
[Date or Event]

5. I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time. I understand that a revocation is not effective to the extent that any person or entity has already acted in reliance on my authorization or if my authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage and the insurer has a legal right to contest a claim.

6. I understand that my treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits will not be conditioned on whether I sign this authorization.

7. I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal or state law.

 _____
Signature of Patient or Personal Representative

Date

Print Name of Patient or Personal Representative

Relationship to Patient

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 \$25 por pieza rota/perdida sin notificación previa

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

Por favor, firme aquí



X	DATE
--	---

3 D DENTAL ~ Dr. Arvilli

1636 Montauk Hwy, Mastic NY 11950 Suite #3