

Morristown Family Dentistry

Please write all answers in English | Por favor, escriba todas las respuestas en inglés

Name | Nombre _____ Nombre preferido _____

SS# _____ Birthdate | Nacimiento _____ Age | Edad _____ Sex | Género: M or F/H

Address | Dirección _____ Zip | Código postal _____

Phone Number | Teléfono (_____) _____ E-Mail | Correo electrónico _____

Marital Status | Estado civil _____ Spouse Name | Nombre del cónyuge _____

Emergency | Contacto de emergencia _____ Relationship | Relación _____ Teléfono _____

Dental Insurance | Seguro Dental: **SI** **NO** Employer | Empleador _____

Reason for visit | Motivo de la visita _____ Referred by | Referido por _____

Do you have any of the following conditions? | ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones?

	Sí	No
Abnormal/Excessive Bleeding Sangrado anormal o excesivo		
Acid Reflux Reflujo ácido		
ADHD TDAH		
Arthritis Artritis		
Artificial Joints Articulaciones artificiales		
Si es así, ¿cuándo?		
Asthma Asma		
Autism Autismo		
Cancer Cáncer		
Si es así, ¿cuándo?		
Cardiovascular Disease Enfermedad cardiovascular		
Dementia Demencia		
Diabetes Diabetes		
Eating Disorder Trastorno de la conducta alimentaria		
Fainting Spells or Seizures Desmayos o convulsiones		
Hay Fever Alergias		
Hepatitis/Liver Disease Hepatitis/Enfermedad hepática		
High Blood Pressure Presión arterial alta		
HIV/AIDS VIH/SIDA		
Low Blood Pressure Presión arterial baja		
Rheumatic Fever Fiebre reumática		
Serious injury Lesión grave en la cabeza/cuello/mandíbula		
Sleep Apnea Apnea del sueño		
Substance Abuse Abuso de sustancias (alcohol, drogas...)		
Tobacco use Consumo de tabaco		
Mitral Valve Prolapse Prolapso de la válvula mitral		
Females: Pregnant Mujeres: Actualmente embarazada		
Si es así, ¿cuándo vence?		

Any illness/injury not listed | Haga una lista de cualquier enfermedad o lesión que no esté en la lista anterior _____

Describe any heart condition | Describir cualquier afección cardíaca _____

Have you ever taken FOSAMAX or a “shot for your bones”? | ¿Alguna vez has tomado Fosomax o una "inyección para los huesos"? **SI** **NO**

Si es así, ¿cuándo? _____

Are you currently taking | ¿Está tomando actualmente:

	Sí	No
Antibiotics Antibióticos		
Anticoagulants or blood thinner Anticoagulantes		
HBP medication Medicamentos para la presión arterial alta		
Cortisone, steroids or ACTH Cortisona, esteroides o ACTH		
Sleep medication Medicamentos para dormir		
Insulin Insulina		
Tranquilizers or sedatives Tranquilizantes o sedantes		
Females- Birth control Mujeres - Control de la natalidad		

List all medications | Hacer una lista de todos los medicamentos

Pharmacy Information | Nombre, dirección y teléfono de la farmacia

Are you ALLERGIC to: | ¿Es usted ALÉRGICO a:

	Sí	No
Anticoagulants or blood thinner Anticoagulantes		
Aspirin Aspirina		
Barbiturates, sedatives or sleeping pills Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir		
Codeine Codeína		
Iodine Yodo		
Latex Látex		
Local anesthetics Anestésicos locales		
Nickel Níquel		
Penicillin Penicilina		
Other Otro:		

I hereby consent to all visits necessary to receive an oral evaluation, dental treatment and maintenance treatment and for the release of information of health conditions to official agencies and/or private doctors. To the best of my knowledge, the medical history is true and accurate. I also acknowledge that I have been given or offered a copy of the offices “Notice of Privacy Practices”. | Por la presente doy mi consentimiento para todas las visitas necesarias para recibir una evaluación oral, tratamiento dental y tratamiento de mantenimiento y para la divulgación de información sobre las condiciones de salud a agencias oficiales y / o médicos privados. A mi leal saber y entender, el historial médico es verdadero y preciso. También reconozco que se me ha dado u ofrecido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de la oficina.

FIRMA _____ FECHA _____



Morristown FAMILY DENTISTRY

Friendly Experience. Beautiful Smiles.

Reconocimiento de la Política Financiera

Estamos comprometidos a brindarle la más alta calidad de atención. Nuestros honorarios reflejan la calidad de la atención que proporcionamos. Le comunicaremos todas las opciones de tratamiento recomendadas y los honorarios correspondientes antes de comenzar el tratamiento. Se espera el pago al momento de recibir el tratamiento.

Las citas se reservan exclusivamente para usted. Para reservar tiempo con el dentista, requerimos un **DEPÓSITO NO REEMBOLSABLE DE \$40** el día en que se programe el tratamiento. Aplicaremos el depósito de \$40 a la parte del costo del tratamiento que le corresponda el día de la cita. Si una cita se pierde (no se presenta) o se reprograma sin un aviso de al menos 48 horas, los \$40 se retendrán como cargo por cita perdida.

Estamos comprometidos a respetar su tiempo y le pedimos que haga todo lo posible por cumplir con la hora de la cita reservada exclusivamente para usted. Entendemos que puede haber ocasiones en las que no pueda asistir a su cita programada; sin embargo, cualquier cita de mantenimiento preventivo de 6 meses que se pierda puede estar sujeta a un cargo de \$20 por cita perdida. Si necesita reprogramar una cita, por favor notifíquenos con al menos 48 horas de anticipación para evitar que se le cobre el cargo por cita perdida.

Después de tres citas perdidas ("No-shows" o citas canceladas sin el aviso adecuado), ya no se permitirá a los pacientes programar citas dentales con anticipación. En su lugar, el paciente deberá llamar el mismo día en que desee recibir tratamiento para verificar la disponibilidad. La clínica se reserva el derecho de dar de baja a los pacientes después de tres citas perdidas.

Como cortesía para nuestros pacientes que cuentan con beneficios de seguro dental, presentaremos su reclamación y proporcionaremos toda la información necesaria para ayudarle a recibir sus beneficios dentales. Requerimos que cualquier deducible aplicable y la parte estimada que le corresponda al paciente se paguen al momento de recibir el tratamiento. (Si decide pagar con CareCredit, el monto de su pago directo debe ser de **\$250.00 o más**). Aceptamos la asignación de beneficios del seguro como forma de pago para ayudar a reducir sus gastos inmediatos de bolsillo. Los beneficios de su plan dental son determinados por su empleador, no por su dentista. Por lo general, su compañía de seguros paga un porcentaje de los honorarios dentales. Este porcentaje varía de un plan a otro. Su seguro dental no está diseñado para cubrir el costo total de su tratamiento; su propósito es ayudar a cubrir solo una parte del costo. El seguro dental es un contrato entre el paciente y la compañía de seguros. Es un beneficio para ayudarle con el costo de la atención dental.

SIN EMBARGO, RECUERDE QUE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR EL TRATAMIENTO DENTAL ES ENTRE USTED Y ESTE CONSULTORIO, Y NO ENTRE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y NOSOTROS. He leído y entiendo la política anterior.

Firma del Paciente/Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____



Morristown
FAMILY DENTISTRY

Friendly Experience. Beautiful Smiles.

Divulgación para el Paciente
Autorización HIPAA

Entiendo y reconozco el Aviso de Prácticas de Privacidad de Morristown Family Dentistry. En cualquier momento, puedo solicitar una copia completa y detallada de la Ley de Privacidad HIPAA de 1996 si así lo deseo. Si tengo alguna pregunta o inquietud sobre este asunto, las abordaré con el consultorio.

Reconozco que el Aviso de Prácticas de Privacidad fue actualizado el **5 de febrero de 2026** para abordar el uso y la divulgación de la Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) recibida de un programa de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias conforme a la **Parte 2**. Se proporcionará una copia del aviso si se solicita.

Autorizo a Morristown Family Dentistry a enviar radiografías (rayos X) y/o informes que contengan mi Información Médica Protegida (PHI), incluyendo mi nombre, fecha de nacimiento, número de caso, fecha y naturaleza de cualquier historial clínico, a cualquier otro médico o proveedor de atención médica que solicite esta información para realizar tratamiento y/o consultas relacionadas con mi salud dental.

Morristown Family Dentistry continuará dejando mensajes de voz para confirmar, cambiar o notificarle sobre sus citas, a menos que usted solicite específicamente lo contrario.

Firma del Paciente/Padre/Madre/Tutor: _____

Fecha: _____