

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (en letra demolde)

Fecha _____
 Nombre del Paciente _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo M F Seguro Social # _____
 Dirección su Residencia _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono # _____ Celular # _____
 Correo Electrónico _____
 ¿Como se entero de nosotros _____

En Caso de Emergencia Comunicarse

Nombre _____ Relación _____
 Teléfono de el Hogar # _____ Celular # _____

Información Sobre Su Seguro

Compañía deseguros _____ Teléfono # _____
 ID # _____ Grupo # _____
 Nombre del suscriptor (si es diferente al del paciente) _____
 Fecha de nacimiento _____ Seguro Social # _____ Relación _____
 Empleador _____ Teléfono # _____

Asignación y liberación

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro Y cedemos directamente a Unity Dental todos los beneficios del seguro por los servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

Dr Dental puede utilizar mi informacion sobre atencion de salud y puede divulgar dicha informacion a la(s) compania(s) de seguro arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro por servicios relacionados. Este consentimiento se terminara cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un ano despues de la fecha de suscripcion a continuacion.

Historia Dental

Motivo de la visita de hoy _____ Fecha de la ultima visita _____ Fecha de las ultimas radiografias _____
 Dentista anterior _____ Con que frecuencia se cepilla los dientes? _____ Con que frecuencia utiliza el hilo dental _____

Marcar si o no para indicar si experimento:

Mal aliento (bad breath)	Sí	No	Comerse las ungas (nailbiting)	Sí	No	Otros Dolores (other pain)	Sí	No
Sangrado de encias (bleeding gums)	Sí	No	Objetos Extranos (foreign objects)	Sí	No	Respiracion de boca (mouth breathing)	Sí	No
Ampollas en labios o boca (blisters)	Sí	No	Rechinar los dientes (teeth grinding)	Sí	No	Tratamiento de Ortodoncia (ortho)	Sí	No
Ardor en la lengua (burning tongue)	Sí	No	Encias hinchadas (swollen gums)	Sí	No	Tratamiento Periodonta (perio)	Sí	No
Masticacion en un lado de la boca	Sí	No	Dolor de mandibular (jaw pain)	Sí	No	Sensibilidad (sensitivity)	Sí	No
Fumar (smoking)	Sí	No	Morderse los labios o Mejillas (lips)	Sí	No	Sequedad en la boca (dry mouth)	Sí	No
Chasquido o crujido mandibular (jaw)	Sí	No	Dientes flojos o empastes (loose teeth)	Sí	No	Empastes rotos (broken fillings)	Sí	No

Firma del paciente, padre, tutor o Representante Personal

Favor de escribir enmolde el nombre del paciente, padre, tutor o Representante Personal

Fecha

Relación con el Paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (en letra demolde)

Nombre del Paciente _____

Por favor, marque "sí o no" para indicar si a tenido:

SIDA / VIH (AIDS / HIV)	Sí No	Epilepsia	Sí No	Enfermedad respiratoria	Sí No
Anemia	Sí No	Desmayos o mareos (dizzy)	Sí No	Fiebre reumática (rheum.)	Sí No
Artritis	Sí No	Glaucoma	Sí No	Fiebre escarlata (scarlet)	Sí No
Válvulas cardíacas artificiales (valves)	Sí No	Dolores de cabeza (hdache)	Sí No	Dificultad para respirar	Sí No
Articulaciones artificiales (joints)	Sí No	Soplo cardíaco (murmur)	Sí No	Sinusitis	Sí No
Asma (asthma)	Sí No	Problemas cardíacos	Sí No	Erupción cutánea (rash)	Sí No
Problemas lumbares (back problems)	Sí No	Hepatitis tipo ____	Sí No	Dieta Especial	Sí No
Sangrado anormal (bleeding)	Sí No	Herpes	Sí No	Hinchazón de pies o tobillos (swelling)	Sí No
Enfermedad sanguínea (disease)	Sí No	Presion sanguínea alta (HBP)	Sí No	Hinchazón de glándulas (glands)	Sí No
Cáncer	Sí No	Enfermedad hepática (liver)	Sí No	Problemas de tiroides	Sí No
Dependencia de fármacos (addiction)	Sí No	Dolor mandíbular (jaw pain)	Sí No	Amigdalitis (tonsilitis)	Sí No
Quimioterapia (chemotherapy)	Sí No	Enfermedad renal (kidney)	Sí No	Tuberculosis	Sí No
Problemas circulatorios	Sí No	Presion sanguínea baja (LBP)	Sí No	Tumor o quiste en cabeza o cuello	Sí No
Lesión cardiacas congénitas (lesions)	Sí No	Valvulas de evacuación	Sí No	Úlcera	Sí No
Tratamientos con cortisona	Sí No	Problemas nervioso	Sí No	Enfermedades venérea	Sí No
Tos, persistente o con sangre (cough)	Sí No	Marcapasos (pacemaker)	Sí No	Pérdida de peso, inexplicada (weight)	Sí No
Diabetes	Sí No	Asistencia psiquiátrica	Sí No		
Enfisema (emphysema)	Sí No	Tratamiento de radacion	Sí No		
ADD/ADHD	Sí No	Otros no (que se enumeran) _____			

¿Usa lentes de contacto Sí No ¿Toma pildoras anticonceptivas Sí No

¿Usa fuma o mastico tabaco Sí No ¿Con que frecuencia _____

Sirugias _____ Fecha: _____

Tienen articulaciones artificiales o clavos? Sí No

¿Está embarazada? Sí No Fecha del parto _____ ¿Esta usted amamantando (nursing) Sí No

Nombre del doctor y número de telefonico _____

¿Alguna vez a tomado alguno de los grupo de medicamentos denominados como "fen-phen"? Estos incluyen combinaciones de Lonimin, Adipex, Fastin, (nombres de marca de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina) Sí No

MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que esta tomando Actualmente y el diagnostico correspondiente

ALERGIAS

Circule o mencione

Aspirina Látex

Barbitúricos (pildoras para dormir)

Codeína Anestésia local

Iodina Penicilina

Otros _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del medico _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO GENERAL

Por favor, lea este formulario cuidadosamente. Si usted tiene alguna pregunta, nuestro personal estará encantado de ayudarle.

- 1.) Por la presente autorizo a Dr Dental y/o auxiliares para realizar el tratamiento dental con el uso de cualquier clase de radiografias (rayos X) y/o cualquier otra ayuda conveniente con el fin de completar un exhaustivo diagnostico y plan de tratamiento.
- 2.) Entiendo que los rayos X, modelos de la boca y/u otros medios auxiliares utilizados para el diagnostico y la planificacion del tratamiento son propiedad de Dr.Dental; pero algunas copias de determinadas ayudas estan disponibles con su respectiva solicitud y con una tarifa aplicada
- 3.) En terminos generales los procedimientos dentales pueden incluir, pero no limitarse a:
 - A. Examen oral completo, radiografias, limpieza dental y la aplicacion del fluor topico.
 - B. Aplicacion de resina "selladores" a los surcos de los molares.
 - C. Tratamiento de dientes con trauma y restauraciones dentales (empastes).
 - D. Tratamiento de enfermedades dentales y tejidos orales enfermos.
- 4.) Entiendo que el doctor no es responsable por tratamientos dentales realizados previamente en otras oficinas dentales y entiendo que en el transcurso del Nuevo tratamiento dental puede ser necesario el ajuste o reemplazo de los anteriores. Reconozco que la garantia de los resultados o la satisfaccion absoluta no siempre son posibles en los servicios odontologicos
- 5.) Yo certifico que mis dependientes y yo tenemos cobertura del seguro y asigno directamente a Dr Dental todos los beneficios del mismo por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de todos los costos sean o no pagados por mi aseguradora, y autorizo mi firma para todos los cobros al seguro..
- 6.) He contestado a todas las preguntas sobre el historial y el estado actual de salud de mis dependientes y yo. He informado al dentista u otro personal de la oficina sobre todas las condiciones medicas, incluyendo alergias y lista de medicamentos recetados. Tambien entiendo que debo informar cualquier cambio reciente en mi historial medico.

Por la presente reconozco que he leído y comprendido este consentimiento y el significado de su contenido. Todas las preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria y tengo la información suficiente para dar consentimiento a este. Además, entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea terminado por mí.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

PADRE O TUTOR (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

RELACIÓN CON EL PACIENTE

FIRMA

FECHA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Drogas y Medicamentos:

Entiendo que los antibioticos, analgesicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alergicas causando enrojecimiento e hinchazon de los tejidos, dolor, picazon, vomitos y /o shock anafilactico (reaccion alergica grave)..... (Iniciales _____)

2. Cambios en el plan de tratamiento:

Entiendo que Dr Dental no es responsable por tratamientos dentales realizados previamente en otras oficinas dentales y entiendo que en el transcurso de el nuevo tratamiento dental puede ser necesario el ajuste o reemplazo de los anteriores. Doy mi permiso al dentista para hacer cualquier / todos los cambios y adiciones que sean necesarios una vez que han sido descubiertos y discutidos
..... (Iniciales _____)

3. Extracción de dientes: Diente # _____

Se me explicaron las diferentes alternativas a la extraccion (tratamiento de conducto, coronas, protesis y cirujia periodontal, etc) para asi elegir la mejor alternativa para mi. Entiendo que la extraccion de dientes no siempre remueve toda la infeccion, en este caso puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo los riesgos que implica una extraccion de dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazon, propagacion de la infeccion, alveolitis seca, perdida de sencibilidad en los dientes, los labios, la lengua y los tegidos circundantes (parestesia), que pueden durar un periodo indefinido de tiempo (dias o meses), o la mandibula fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o incluso la hospitalizacion si surgen complicaciones durante o despues del tratamiento, cuyo costo es mi responsabilidad..... (Iniciales _____)

4. Coronas y Puentes: Diente # _____

Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con el color de los dientes artificiales, ademas entiendo que se me van a poner coronas temporales que se podrian salir facilmente y que debo tener cuidado para que no se caigan antes de cementear la corona permanente. Tendre una oportunidad final para hacer cambios en mi nueva corona o puente(incluyendo forma, ajuste, tamano, color) antes de ser cementada..... (Iniciales _____)

5. Tratamiento de endodoncia (Tratamiento de conducto): Diente # _____

Entiendo que no hay garantia de que el tratamiento de conducto radicular salve mi diente, tambien entiendo que las complicaciones pueden ocurrir en el tratamiento y que de vez en cuando objetos de metal son cementados en el diente o se extienden atraves de la raiz pero esto no necesariamente afecta el exito del tratamiento. Entiendo que en ciertas ocasiones algunos tratamientos quirurgicos adicionales seran necesarios despues del tratamiento del conducto radicular.
.....(Iniciales _____)

6. Pérdida Periodontal (Tejido y Hueso):

Descripcion de el tratamiento

Entiendo que la enfermedad periodontal es una enfermedad grave, la cual puede causar infeccion en las encias y en el hueso o la perdida de el mismo conduciendo a la perdida de los dientes. Planes alternativos de tratamiento se me explicaron, incluyendo cirujia de las encias, reemplazos y/o extracciones. Entiendo que al no comprometerme con cualquier procedimiento dental puedo tener un

efecto adverso en el futuro de mi condicion periodontal.....(Iniciales _____)

7. Rayos X:

Entiendo que los rayos x son necesarios para el diagnostico y un tratamiento adecuado.....(Iniciales _____)

8. Dentaduras totales o parciales:

Maxilar _____ Mandibular _____

Entiendo que las dentaduras completas o parciales son artificiales, hechas de plastico, metal y/o porcelana. Los problemas con el uso de estos aparatos se me han explicado a mi, incluyendo: aflojamiento, dolor y posible ruptura. Me explicaron que hay una oportunidad final para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (forma, tamano, ubicacion y color). Entiendo que la mayoría de las dentaduras pueden necesitar revisiones y cambios de tres a doce meses despues de la colocacion inicial. El costo de estos procedimientos no estan incluidos en el precio inicial de la dentadura. Entiendo que usar dentaduras postizas es dificil y hay problemas comunes tales como puntos de dolor, alteracion en el habla y dificultad para comer.

Protisis inmediata (colocacion de la protesis inmediatamente despues de extracciones) puede ser dolorosa, se requieren ajustes considerables y una rectificacion permanente sera necesaria mas adelante (lo que no esta incluido en el precio de la protesis). Es importante que se hagan todas las impresiones y pruebas necesarias: si no se hacen estas citas puede dar lugar a una mala protesis y la necesidad de hacerse de nuevo resultando en cargos adicionales.....(Iniciales _____)

9. Rellenos:

Entiendo que se debe tener cuidado en la masticacion despues de hacerse un relleno, especialmente durante las primeras 24 horas para evitar rupturas. Entiendo que el relleno mas costoso puede ser necesario debido al deterioro adicional del diente que se puede ver en los rayos X; y entiendo que puedo tener una sencibilidad significativa como efecto comun despues de hacerme un relleno.....(Iniciales _____)

Entiendo que la odontologia no es una ciencia exacta y que por lo tanto los profesionales de renombre no pueden garantizar plenamente los resultados, yo reconozco que no hay garantia ni aseguramiento. He tenido la oportunidad de leer este formulario y hacer preguntas, mis preguntas han sido contestadas a satisfaccion y doy mi consentimiento al tratamiento propuesto.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del paciente

Firma del padre / tutor si el paciente es menor de edad

Firma del médico

Fecha

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Me han dado la oportunidad de leer y revisar el "**Aviso de Prácticas de Privacidad.**"

Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Padre/Madre/Tutor _____

Firma _____ Fecha _____