

Bienvenido

Le damos la bienvenida a nuestra clínica. Tómese algunos minutos para completar este formulario en la forma más exhaustiva posible. Con gusto responderemos todas sus preguntas. Nos alegra trabajar con usted para mantener su salud dental.

Información del paciente

Fecha _____	Teléfono del hogar (____) _____	Celular (____) _____
Nombre _____	SS/HIC/ID Paciente _____	
Apellido _____	Nombre _____	Inicial del segundo nombre _____
Dirección _____	Correo electrónico _____	
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad _____	Fecha de nacimiento _____
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Menor		<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> En pareja durante _____ años
Empleador/escuela del paciente _____	Ocupación _____	
Dirección del empleador/escuela _____	Teléfono del empleador/escuela (____) _____	
¿A quién podemos agradecer su referencia? _____		
¿En caso de emergencia, a quién debemos notificar? _____		Teléfono (____) _____

Seguro primario

Persona responsable por la cuenta _____	Apellido _____	Nombre _____	Inicial del segundo nombre _____
Relación con el paciente _____	Fecha de nacimiento _____	Núm. Seg. Soc. _____	
Dirección (si es diferente de la del paciente) _____	Teléfono (____) _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____	
Persona responsable empleada por _____	Ocupación _____		
Dirección laboral _____	Teléfono laboral (____) _____		
Compañía de seguros _____			
Número de contrato _____	Número de grupo _____	Número de suscriptor _____	
Nombres de otras personas a cargo cubiertas por este plan _____			

Seguro adicional

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del suscriptor _____	Fecha de nacimiento _____	Relación con el paciente _____	
Dirección (si es diferente de la del paciente) _____	Teléfono (____) _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____	
Suscriptor empleado por _____	Teléfono del trabajo (____) _____		
Compañía de seguros _____	Núm. Seg. Soc. _____		
Número de contrato _____	Número de grupo _____	Número de suscriptor _____	
Nombres de otras personas a cargo cubiertas por este plan _____			

Historial odontológico

Motivo de la consulta de hoy _____ Fecha de la última consulta odontológica _____

Dentista anterior _____ Fecha de la última radiografía odontológica _____

Domicilio _____

Marcar (✓) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Rechinar de dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de encías | <input type="checkbox"/> Dientes flojos o empastes rotos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo dulce |
| <input type="checkbox"/> Chasquido o crujido mandibular | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontológico | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder |
| <input type="checkbox"/> Acumulación de comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío | <input type="checkbox"/> Llagas o protuberancias en la boca |

¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____ ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

Historial médico

Nombre del médico _____ Fecha de la última consulta _____

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave u operación? Sí No Si respondió sí, describa _____

¿Alguna vez se le ha efectuado una transfusión de sangre? Sí No Si respondió sí, indique fechas aproximadas _____

(Mujeres) ¿Está usted embarazada? Sí No ¿Amamantando? Sí No ¿Tomando píldoras anticonceptivas? Sí No

Marcar (✓) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor mandibular | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies o talones |
| <input type="checkbox"/> Problemas lumbares | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de fármacos | <input type="checkbox"/> Sopto cardíaco | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Circulatory Problems | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |

MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente:

ALERGIAS

Autorización

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo tenemos cobertura de seguro con _____ y cedemos directamente al _____ Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por 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.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Fecha

Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Relación con el paciente

El pago debe efectuarse en su totalidad en el momento del tratamiento, a menos que se hayan aprobado otros arreglos al respecto.

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Por favor lea y escriba las iniciales de su nombre en cada uno de los siguientes párrafos, y lea y firme la sección al pie de esta forma.

Nombre del Paciente _____

1. TRATAMIENTO A HACERSE

Entiendo que me harán el siguiente tratamiento: Empaste ___ Puentes ___ Coronas ___ Extracción de Dientes ___ Extracción de Dientes Impactados ___ Anestesia General ___ Conducto Radicular ___ Otro _____ (Iniciales _____)

2. FÁRMACOS Y MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando el enrojecimiento e inflamación de tejidos, dolor, comezón, vómito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa). (Iniciales _____)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento que no hayan sido encontradas durante la examinación, siendo lo más común la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y añadiduras necesarios. (Iniciales _____)

4. EXTRACCIÓN DE DIENTES

Se me han explicado las alternativas a una extracción de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al Dentista extraerme los siguientes dientes _____ y cualquier otro(s) que sea necesario por motivos descritos en el párrafo #3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre remueve toda la infección, si la hay, y puede que necesite tratamiento adicional. Entiendo cuáles son los riesgos de una extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, propagación de la infección, alveolo seco, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un periodo de tiempo indefinido (días o meses), o quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizado si resultan complicaciones durante o después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto. (Iniciales _____)

5. CORONAS, PUENTES Y CAPERUZAS

Entiendo que algunas veces no es posible igualar exactamente el color de la dentadura postiza al de la dentadura natural. Además entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarme de que no se caigan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Estoy enterado que la última oportunidad para hacer cambios a mi nueva corona, puente o caperuza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré antes de la cementación. (Iniciales _____)

6. DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS O PARCIALES

Estoy enterado de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal, y/o porcelana. Se me han explicado los problemas que pueden surgir por usar estos aparatos, incluyendo aflojamiento, dolor, y posible ruptura. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré cuando asista a la consulta para probarme los "dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren otra alineación aproximadamente de tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en el costo inicial de la dentadura postiza. (Iniciales _____)

7. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO (CONDUCTO RADICULAR)

Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y que pueden presentarse complicaciones por el tratamiento, y que en ocasiones, se cementan objetos de metal en el diente o se extienden a través del conducto radicular, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones puede necesitarse de procedimientos quirúrgicos adicionales después de un tratamiento de conducto radicular (apicoectomía). (Iniciales _____)

8. PÉRDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que tengo una condición grave, que está causando inflamación o pérdida de encías y de hueso, y que puede causar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo cirugía de la encías, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condición periodontal. (Iniciales _____)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, prácticos acreditados no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad _____ Fecha _____

I Smile Dental Family Care

84-18 37th Avenue

Jackson Heights, NY 11372

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES YOU MAY REFUSE TO SIGN THIS ACKNOWLEDGEMENT

The undersigned acknowledges receipt of a copy of the currently effective Notice of Privacy Practices for _____ this ____ day of _____, 20____
A copy of this signed, dated Acknowledgement shall be as effective as the original.

PLEASE PRINT YOUR NAME (letra de molde)

X

PLEASE SIGN YOUR NAME (firma)

Authority: _____

Thank you and if you have any questions about this form or the attached Notice, please contact a member of our staff.

OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patients (or representatives) signature on this Acknowledgement but did not because:

- it was for emergency treatment
- I could not communicate with the patient
- The patient refused to sign
- The patient was unable to sign because, _____

Other (Please describe) _____