

FORMA DE BIENVENIDA DEL PACIENTE

Informacion del Paciente

Adulto/Niño: _____ Fecha: _____
 Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
 Sexo (Hombre/Mujer): _____ Correo Elect.: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Estado Civil (Soltero/Casado/Divorciado/Viudo): _____
 # de Licencia de Manejo: _____ # de S.S.: _____
 Dirección: _____ Apt./Condo #: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Tel. Casa: _____ Celular: _____
 Ocupación: _____ Tel. Trabajo: _____
 ¿Cuándo y a que hora es mejor llamarle? _____

Fiador

Si el paciente es menor de edad, ¿tiene custodia legal? _____
 Relación con el Paciente (Pareja/Padre/Tutor/Guardian Legal/Otro): _____
 Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
 Sexo (Hombre/Mujer): _____ Correo Elect.: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Estado Civil (Soltero/Casado/Divorciado/Viudo): _____
 # de Licencia de Manejo: _____ # de S.S.: _____
 Dirección: _____ Apt./Condo #: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Tel. Casa: _____ Celular: _____
 Ocupación: _____ Tel. Trabajo: _____
 ¿Cuándo y a que hora es mejor llamarle? _____

Contacto de Emergencia

En caso de emergencia, favor de proveer la siguiente información:

Nombre: _____ Relación: _____
 Tel. Trabajo: _____ Tel. Casa/ Celular: _____

¿Como se enteró de nosotros?

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Familia/Amigo | <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Volante/Correo |
| <input type="checkbox"/> Evento | <input type="checkbox"/> Yelp | <input type="checkbox"/> Señal Publicitaria |
| <input type="checkbox"/> Mi Plano de Seguro | <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> De Paseo |
| | <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> Otro |

Metodo de Pago:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Seguridad | <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito |
| <input type="checkbox"/> Efectivo | <input type="checkbox"/> Tarjeta de Debito |
| <input type="checkbox"/> Estoy interesado(a) en opciones de financiamiento | |

Historial Dental

¿Por que vio al dentista hoy?: _____

¿Sufre de dolor en este momento?(Sí/No): _____

¿Ha tenido problemas asociados con trabajos dentales anteriores? (Si/No): _____

¿Le sangran las encias? (Si/No): _____

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?: _____

¿Cuántas veces al día usa hilo dental?: _____

Historial Médico

Médico Personal: _____ Teléfono: _____

Fecha de última visita: _____ Salud física actual (Buena/Regular/Pobre): _____

¿Está actualmente bajo cuidado médico? (Sí/No): _____

Por favor explique: _____

¿Actualmente toma alguna medicina con o sin receta? (Sí/No): _____

Por favor haga una lista de cada una: _____

¿Fuma o utiliza alguna forma de tabaco? (Sí/No): _____

¿Tiene o ha tenido uno de lo siguiente?

Por favor seleccione todos los que aplican:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol o Drogas | <input type="checkbox"/> Defecto Congénito del Corazon | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroide |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sangrado Anormal |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón |
| <input type="checkbox"/> Anemia de Celulas | <input type="checkbox"/> Herpes, ampollas de fiebre | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación |
| <input type="checkbox"/> Falciformes Artritis | <input type="checkbox"/> Dificultad Respiratória | <input type="checkbox"/> Hospitalizacio | <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes | <input type="checkbox"/> Huesos artificiales | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Ataque Cardiaco | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Lupos | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Baja presion | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Valvulas Artificiales |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Prolapsia de la Valvula Mitral | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Varicelas Adultas |
| <input type="checkbox"/> Cirugia del Corazón Colitis | <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> VIN+, SIDA |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno | <input type="checkbox"/> Problemas de los Riñones | |
| <input type="checkbox"/> Coyunturas Artificiales | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica, Escarlata | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis | |

Es alergico a cualquiera de lo siguiente?

Por favor seleccione todos los que aplican:

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Joyas, Metales |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Anestésicos Dentales | |

Para Muleras:

¿Está tomando pastillas anticonceptivas? _____

¿Está embarazada?(Si/No): _____

de semanas: _____

¿Está lactando?(Si/No): _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOLOGÍA GENERAL

Los pacientes deben completar los siguientes puntos del 1 al 4 y del 5 al 13 según sea necesario.

1. EXÁMENES Y RAYOS X

Entiendo que la primera visita puede requerir radiografías para completar la examinación, diagnóstico y tratamiento. Comprendo que los trabajos que se me realizarán se harán conforme a lo detallado en el plan de tratamiento adjunto.

(Iniciales _____)

2. DROGAS, MEDICACIÓN Y SEDACIÓN

He recibido información sobre el hecho de que los antibióticos, analgésicos y cualquier otra medicación pueden provocar reacciones alérgicas que producen enrojecimiento y tumefacción de los tejidos, dolor, prurito, vómitos o choque anafiláctico (reacción alérgica severa) y comprendo tal hecho. Le he informado al dentista sobre las reacciones alérgicas que sé que padezco. Estos medicamentos pueden provocar somnolencia, pérdida de conciencia y de coordinación, las cuales pueden incrementarse por el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y estoy completamente de acuerdo con que no debo conducir ningún vehículo ni utilizar ningún aparato peligroso por lo menos durante las 12 horas posteriores a la medicación o hasta estar recuperado totalmente de los efectos de la anestesia, la medicación y las drogas que se me puedan haber suministrado para mi cuidado. Comprendo que toda administración de medicamentos recetados que no cumpla con la prescripción médica recibida puede presentar riesgos de continuidad de la infección y el dolor o de incremento de la gravedad de éstos y riesgos de una potencial resistencia al tratamiento efectivo de mi enfermedad. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales (píldoras para el control de la natalidad). Comprendo que todos los medicamentos potencialmente pueden estar acompañados de riesgos, efectos secundarios e interacción de fármacos. Por lo tanto, es de suma importancia que le informe a mi dentista de todos los medicamentos que estoy tomando actualmente.

(Iniciales _____)

3. MODIFICACIONES EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario modificar o agregar procedimientos debido a que, al trabajar en los dientes, se encuentren enfermedades que no se detectaron en el momento del examen. El más común es el tratamiento de conducto radicular realizado luego de procedimientos restaurativos de rutina. Autorizo al dentista a realizar todos los cambios o agregados que sean necesarios.

(Iniciales _____)

4. DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR

Entiendo que pueden intensificarse o aparecer sonidos extraños en la mandíbula, bloqueo de ésta y dolor en la articulación del maxilar inferior (cerca del oído) después de los tratamientos dentales de rutina en donde la boca permanece abierta. Aunque los síntomas de disfunción de la articulación temporomaxilar asociados al tratamiento dental generalmente son transitorios por naturaleza y perfectamente tolerados por la mayoría de los pacientes, entiendo que si surge la necesidad de un tratamiento, seré referido a un especialista y que yo seré responsable de su costo.

(Iniciales _____)

5. PROFILAXIS DENTAL (LIMPIEZA)

Entiendo que este tratamiento es preventivo e intencionado para pacientes con encías saludables, y limitado para solamente eliminar placa dental y sarro de las estructuras dentales que no contienen enfermedades periodontales.

(Iniciales _____)

6. EMPASTES

Entiendo que puede ser necesaria una restauración más extensa que la que se diagnosticó originalmente debido a caries adicionales o a que durante la preparación se encuentre una estructura dental sin apoyo. Esto puede hacer necesarias otras medidas para devolver al diente su funcionamiento normal. Algunas pueden ser el tratamiento de conducto radicular, las coronas o ambos. Entiendo que debo tener cuidado al masticar sobre los empastes durante las primeras 24 horas para evitar que se rompan. Comprendo que la sensibilidad es un efecto secundario común de un empaste recién colocado.

(Iniciales _____)

7. EXTRACCIÓN DE DIENTES

He recibido información respecto de otras opciones distintas de la extracción (tratamiento de conducto radicular, corona y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista a extraer los siguientes dientes _____ y cualquier otro que sea necesario según las razones expuestas en el párrafo n.º 3. Entiendo que al extraer los dientes no siempre se extrae toda la infección, si la hubiere, y que puede ser necesario realizar un tratamiento adicional. Comprendo los riesgos que implica la extracción de dientes, entre los que se encuentran dolor, tumefacción, propagación de la infección, alvéolos secos, senos descubiertos, pérdida de sensibilidad en los dientes, en los labios, la lengua y en los tejidos circundantes (parestesia) que puede durar por un período de tiempo indefinido, o mandíbula fracturada. Entiendo que la hemorragia podría durar varias horas. Si persiste, especialmente si es intensa, debe recibir tratamiento y ponerse en contacto con este consultorio. Entiendo que

podría necesitar tratamiento adicional de un especialista o hasta hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento y que yo seré responsable de su costo. (Iniciales _____)

8. CORONAS, PUENTES, CARILLAS Y ENLACES

- a) Entiendo que a veces no es posible duplicar el color de un diente natural en un diente artificial. Comprendo además que puedo tener que usar coronas temporarias, las cuales pueden desprenderse fácilmente, y que debo ser cuidadoso para garantizar que permanezcan fijas hasta que me entreguen las coronas permanentes. Sé que el momento previo a la cementación será la última oportunidad para realizar modificaciones en mi corona, puente o carillas nuevos (incluye forma, adaptación, tamaño y color). Se me ha explicado que, en muy pocos casos, los procedimientos cosméticos pueden producir la necesidad de un futuro tratamiento de conducto radicular, el cual no siempre puede detectarse con anticipación o pronosticarse. Entiendo que los procedimientos cosméticos pueden afectar la superficie del diente y requerir modificaciones en los procesos de higiene diaria. También es mi responsabilidad regresar al dentista para una cementación permanente dentro de los 20 días posteriores al alistamiento del diente. Demoras excesivas en la visita al dentista pueden causar caries, movimientos dentales, enfermedades de encía o problemas de mordida. Esto puede requerir una nueva corona, puente o carilla. Entiendo que habrá gastos adicionales por la nueva corona, puente o carilla u otro tratamiento debido a la demora en realizar la cementación permanente. (Iniciales _____)
- b) Elijo utilizar metal noble, muy noble o porcelana en vez de metal básico en la restauración de mis coronas y puentes. (Iniciales _____)
- c) Elijo realizar un puente fijo o implantar un reemplazo de los dientes perdidos en vez de un aparato móvil. Entiendo que este puente fijo o implante y la corona pueden no estar incluidos dentro de la cobertura de mi póliza de seguro. (Iniciales _____)

9. PRÓTESIS- TOTAL O PARCIAL

Sé que las prótesis totales o parciales son artificiales y están fabricadas de plástico, metal o porcelana. He recibido información detallada sobre los problemas de usar estos aparatos, entre otros, los problemas de movilidad de los dientes, dolor y posible quebradura. Comprendo que la visita para la prueba de "dientes en cera" será la última oportunidad para realizar modificaciones en mi nueva prótesis (incluye forma, adaptación, tamaño, colocación y color). Las prótesis de inserción inmediata (colocación de prótesis inmediatamente después de las extracciones) pueden ser molestas en un principio y necesitar varios ajustes y rebasados. Luego será necesario realizar un rebasado permanente de la prótesis o colocar un segundo conjunto de prótesis. Esto no está incluido en el costo inicial de la prótesis. Entiendo que la mayoría de las prótesis necesitan ser rebasadas 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 prótesis. Entiendo que es mi responsabilidad regresar al dentista para la entrega de las prótesis. Comprendo que el incumplimiento de las citas de entrega puede tener como resultado prótesis incorrectamente colocadas. Si es necesaria una nueva prótesis debido a mi demora superior a 30 días, habrá costos adicionales.

(Iniciales _____)

10. **ENDODONCIA (CONDUCTO RADICULAR)** Sé que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular podrá salvar mi diente, que pueden surgir complicaciones del tratamiento y que, ocasionalmente, el material del tratamiento puede extenderse más allá del ápice dental, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. El diente puede estar sensible durante el tratamiento e incluso permanecer así por algún tiempo luego de éste. Una de las razones principales por las que los tratamientos de conducto radicular fallan es la fractura de raíz, que es difícil de detectar. Debido a que los dientes con tratamiento de conducto radicular son más frágiles que otros, se necesita una corona para fortalecer y preservar el diente. Entiendo que las limas endodónticas y los ensanchadores son instrumentos muy delicados y que las tensiones pueden separarse durante su uso. Entiendo que, ocasionalmente, pueden necesitarse procedimientos quirúrgicos adicionales luego del tratamiento del ápice radicular (apicectomía). Comprendo que el diente puede perderse a pesar de todos los esfuerzos realizados para salvarlo.

(Iniciales _____)

11. TRATAMIENTO PERIODONTAL

Entiendo que tengo una enfermedad grave que causa inflamación de la encía y/o pérdida del hueso, y que puede conducir a la pérdida de mis dientes y/o a condiciones sistémicas negativas (como diabetes incontrolada, enfermedades cardiovasculares y parto prematuro, etc.). He recibido información detallada sobre planes de tratamiento alternativos, entre ellos, el tratamiento no quirúrgico, tratamientos antibióticos/antibacterianos, la cirugía de encías y/o las extracciones. Entiendo que el éxito de cualquier tratamiento depende, en parte, de mi esfuerzo por cepillarme los dientes y limpiarlos con hilo dental diariamente, recibir limpiezas regulares según se indique, seguir una dieta saludable, evitar productos a base de tabaco y seguir otras recomendaciones. Entiendo que la hemorragia podría durar varias horas. Si persiste, especialmente si es intensa, debe recibir tratamiento y ponerse en contacto con este consultorio. Entiendo que la enfermedad periodontal puede tener un efecto adverso futuro en el éxito a largo plazo del trabajo restaurativo dental.

(Iniciales _____)

12. IMPLANTES

Entiendo que las restauraciones dentales no son permanente y que la colocación de un implante(s) puede ser limitado a causa de las limitaciones anatómicas del paciente. Se me ha informado de que siempre existe la posibilidad de que el implante (s) no funcione a causa de que los tejidos del cuerpo no fisiológicamente acepten estos implante (s) artificiales, y las infecciones pueden ocurrir después de la cirugía, que puede resultar en tener que remover el implante afectado (s). Comprendo existe la posibilidad de daño a los nervios de la cara y de los tejidos de la cavidad oral, y el entumecimiento puede ser temporal, o en raras ocasiones, permanente. Entiendo que es absolutamente necesario que después de obtener tratamiento de implantes debo someterme regularmente a exámenes y limpiezas periódicamente. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de hacer citas y reportarme de acuerdo a las instrucciones del dentista.

(Iniciales _____)

13. BLANQUEAMIENTO

El blanqueamiento es un procedimiento realizado en el consultorio (aproximadamente 1 hora) o con receptáculos de uso domésticos (varios tratamientos durante 2 a 4 semanas). El grado de coloración blanca varía con cada individuo. El paciente promedio logra cambios importantes (de 1 a 3 tonos de la guía de tonos dentales). El café, el té y el tabaco mancharán los dientes después del tratamiento y deberán evitarse durante, por lo menos, las 24 horas posteriores a él. Entiendo que puedo experimentar sensibilidad en los dientes o inflamación de la encía, las cuales podrían desaparecer cuando se termine con el tratamiento. El dentista puede prescribir tratamientos de fluoruro para reducir la sensibilidad. El peróxido de carbamida y otras soluciones de peróxido utilizadas para blanquear los dientes están aprobadas por la FDA (Food and Drug Administration, Administración de Fármacos y Alimentos) como antisépticos bucales. Su utilización como agentes blanqueadores posee riesgos desconocidos. La aceptación del tratamiento implica la aceptación de los riesgos. Se les aconseja a las mujeres embarazadas consultar con su médico antes de comenzar el tratamiento.

(Iniciales _____)

14. ÓXIDO NITROSO

Elijo utilizar óxido nitroso conjuntamente con mi tratamiento dental. He recibido información sobre los posibles efectos secundarios que puede provocar y los comprendo, entre ellos, náuseas, vómitos, mareos y dolor de cabeza. Entiendo que no se recomienda el uso de óxido nitroso si estoy embarazada.

(Iniciales _____)

15. BENEFICIOS DENTALES

Entiendo que mi seguro puede proveer únicamente el mínimo nivel de cuidado dental. Comprendo que suscribirme a un seguro y recibir un beneficio es mi responsabilidad. Elijo seguir las recomendaciones del dentista relacionadas con un tratamiento dental óptimo.

(Iniciales _____)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, en consecuencia, aun los profesionales más respetados no pueden garantizar los resultados. Admito que nadie ha asegurado ni garantizado el tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y que es individualmente responsable por la atención dental que me otorga. También entiendo que ningún otro dentista o entidad corporativa, que no sea la del dentista que me atiende, es responsable por mi tratamiento dental. Reconozco haber recibido instrucciones postoperatorias y comprenderlas, y haber sido citado para regresar en una fecha determinada.

Firma: _____ Fecha: _____

Doctor: _____ Fecha: _____



Convio:

Reconozco esta información es correcta y se mentendrá en las más estricta confidencialidad.

Authorizo a Hampton Dental para contactarme sobre promociones y servicios de Hampton Dental. Payment is Autoriza a Hampton Dental a llevar a cabo cualquier servicio dental que sea necesario durante el diagnóstico y tratamiento, con mi consentimiento. El oagi debe hacerse en su totalidad al momento de recibir el tratamiento a menos se hayan hecho arreglos previos y estos hayan sido aprobados con anterioridad. Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios recibidos asi como por el pago de cualquier co-pago o materiales que mi seguro no cubra. Por este medio autorizo el pago directo a Hampton Dental de los beneficios del grupo de seguros, de otro modo, me seriam pagados. Autorizo la entrega de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los expedientes del tratamiento o examen previstos, a mi compañía de seguros.

Firma: _____ Fecha: _____

Uso Exclusivo de Oficina:

He revisado verbalmente la información médica/dental con el paciente aqui nombrando.

Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios del Doctor: _____

HISTORIAL MEDICO ACTUALIZADO:

Comentario: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Comentario: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Acknowledgment of Receipt of Notice of Privacy Practices

Patient Acknowledgment of the Notice of Privacy Practices and Consent for Use and Disclosure of Personal Health Information

I, _____, acknowledge that I have either received a copy of this office's Notice of Privacy Practices or that this office's Notice of Privacy Practices was made available to me to receive.

I, _____, consent to the use and disclosure of my personal health information by your office for Treatment, Billing/Payment, and Health Care Operations as outlined in the Notice of Privacy Practices.

Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____