

## Información Del Paciente

Nombre Completo

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre normalmente usado(Apodo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. No.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefono(casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_

Teléfono(celular): \_\_\_\_\_

No. de seguro social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de licencia: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Como escucho de nuestra oficina?: \_\_\_\_\_

Nombre de persona(s) que usted autoriza nuestra oficina poder compartir su información médica (nombre y parentesco): \_\_\_\_\_

Métodos permi todo del contacto (circunde todos que apliquen) Teléfono(casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo E-mail: \_\_\_\_\_

¿Está bien dejar mensajes en el contestador automático/voicemail? Si  No

## Información Del Esposo(A)

Nombre Completo

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono(casa): \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

## Información De Seguro

Nombre de compañía de seguro médico(primera): \_\_\_\_\_ No. grupo: \_\_\_\_\_

No. de ID\Certificado: \_\_\_\_\_ Nombre del dueño de póliza(o nombre del padre o madre si el paciente es un niño): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Nombre de compañía de seguro médico(segundo): \_\_\_\_\_ No. Grupo \_\_\_\_\_

No. de ID\Certificado: \_\_\_\_\_ Nombre de duelo de póliza: \_\_\_\_\_

## Información De Emergencia

Persona a quien llamar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Telefono (casa): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

## Información Para El Paciente

1. Los pacientes que llevan seguro médico estándar deben recordar que los servicios profesionales están reñidos y cargados al paciente y no a la compañía de seguros. Se espera que todos los pacientes con seguro estándar hagan el pago cuando los servicios se rinden, sin importar el seguro pendiente, pelito, etc.
2. Los pacientes con planes de salud de contrato deben presentar su tarjeta de identificación de seguro a la recepcionista después de llenar este formulario. Algunos planes requieren una cuatro a la hora de servicio. Algunos de los planes de contrato requieren que la demanda sea sometida por nuestra oficina.

Firme: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Historia Medical

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que esté tomando. Podrían tener una importante relación con el odontólogo que usted recibirá.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o se ha hecho una operación mayor? Si \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? Si \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bisfósforos? Si \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Está en una dieta especial? Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Use tabaco? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Usted usa sustancias controladas? Si \_\_\_ No \_\_\_

Mujeres: ¿Está usted

Embarazada o tratando de quedar embarazada? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Toma anticonceptivos orales? Si \_\_\_ No \_\_\_

Está amamantando? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina \_\_\_ Penicilina \_\_\_ Codeína \_\_\_ Metálico \_\_\_ Látex \_\_\_

Anestésicos locales \_\_\_ Sulfamida \_\_\_ Otras \_\_\_

En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

Dolor en la articulación de la quijada

Cardiopatía congénita

Marascapas en el corazón

Enfermedad

	Si	No		Si	No
SIDA/HIV			Cortisona		
Hemofilia			Enfermedad de Alzheimer's		
Diabetes			Hepatitis A		
Anafilaxia			Drogadicción		
Hepatitis B o C			Anemia		
Fácilmente pierde el aliento			Herpes		
Angina			Enfisema		
Persuasion arterial alta			Artiris/Gota		
Epilepsia o Convulsiones			Colesterol Alto		
Válvula del corazón artificial			Sangrado Excesivo		
Ronchas o Erupción Cutánea			Articulation artifical		
Hipoglucemia			Asma		
Desmayos/Vertigo			Latido irregular del corazón		
Enfermedad arterial			Tos frecuente		
Problemas de los riñones			Transfusión de sangre		

Diarrea frecuente			Leucemia		
Problemas respiratorio			Dolores de cabeza frecuente		
Enfermedades del Hígado			Cancer		
Glucomas			Persion arterial baja		
Moretones Con facilidad			Herpes genital		
Enfermedad pulmonar			Quimioterapia		
Fiebre del heno			Prolapso de la válvula mortal		
Dolores en el pecho			Ataque/Falla del corazón		
Osteoporosis			Herpes labial/Fiebre Ampollas		
Cardiopatía congénita			Marascapas en el corazón		
Soplo Cardíaco			Dolor en la articulation de la quijada		
Enfermedad paratiroidea			Convulsiones		
Problemas/Enfermedad de corazón			Atención Psiquiátrica		
Dialisis renal			Fiebre reumática		
Tratamiento con radiación			Pérdida de peso reciente		
Reumatismo			Escarlatine		
Enfermedad de células falciformes			Problemas del seno nasal		
Espina Bífida			Enfermedad estomacal/Intestinal		
Ataque fulminante			Hinchazón de las extremidades		
Enfermedad de la tiroides			Amigdalitis		
Tuberculosis			Tumores o Crecimientos		
Ulceras			Enfermedad Venérea		
La ictericia amarilla					

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Si  No  En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligrosa para mi salud(o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Factores De Materiales Dentales

La siguiente es una muestra de la Junta Dental de California Materiales Dentales Hoja Informativa. El Departamento de Asuntos del Consumidor no tiene una posición con respecto al idioma de este documento y es la vinculación con el sitio que DCA no constituyó una aprobación de este documento.

Como es requerido por el Capítulo 801, Estatutos de 1992, la Junta Dental California ha preparado esta hoja para resumir la información sobre los materiales de uso más frecuente de restauración. La información de esta ficha tiene como finalidad fomentar la discusión entre el paciente y el dentista respecto a la selección de los materiales dentales más adecuados para la necesidad dental del paciente. No lo es pretende ser una completa guiada a la ciencia de materiales dentales.

Los materiales más utilizados en la odontología restauradora son amalgama, resina compuesta, vidrio cemento de ionómero, resina de cemento de ionómero, porcelana de cerámica y porcelana fundida sobre metal, oro aleaciones(nobles) y níquel o cobalto-cromo (metal base) aleaciones. Cada material tiene sus propias ventajas y desventajas, beneficios y riesgos. Estos y otros factores pertinentes y comparación en la matriz adjunta para ayudar al lector en la comprensión de los términos utilizados. Las declaraciones son apoyadas por la investigación dental relevante, creíble publicada principalmente entre 1993 y 2001.

En algunos casos, donde la investigación contemporánea es libre, hemos indicado nuestras mejores percepciones basadas en la información que data de antes de 1993. El lector debe ser consciente de que el resultado del tratamiento dental o durabilidad de cualquier restauración está influenciada por la técnica del dentista cuando lo la colocación de la restauración, el accesorio los materiales utilizados en el procedimiento, y el paciente de cooperación influenciado por el paciente conformidad.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Ley De Responsabilidad Y Transferibilidad De Seguros Médicos (HIPAA)

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y como puedo tener acceso a ella. FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE.

La ley exige que un departamento proteja la información médica privada que lo identifique a usted. También exige que un departamento le de este aviso sobre sus obligaciones legales y sus normas en cuanto a la vida privada.

1. Su salud física ou mental é um problema físico ou mental passado, actual o futuro.
2. La atención médica que recibe.
3. El pago pasado, actual o futuro de la atención Médica.

En la mayoría de los casos, un departamento no puede usar ni divulgar información médica que la identifique sin su permiso escrito, este aviso explica cuándo puede un departamento usar o divulgar sin su permiso información médica que lo identifique a usted.

Yo comprendo que esta oficina no puede dar información sobre mi estado de salud, información personal, estado de cuenta a ninguna persona, a menos de que yo deje por escrito.

También comprendo que yo soy la única persona que puede dar permiso de que se puede compartir mi información privada. La única situación en la cual es necesario para el médico compartir o divulgar mi información de salud privada sería en un caso de emergencia que perjudique mi salud y podría compartir solo con médicos que están trabajando en mi casa de salud.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Representante

Autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Forma De Consentimiento Para Tratamiento Dental

Nombre de el paciente \_\_\_\_\_

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

**1. Tratamiento por hacerse**

Entiendo que me harán el siguiente tratamiento: Empaste \_\_\_ Puentes \_\_\_ Coronas \_\_\_  
Extracción de dientes \_\_\_ Extracción de dientes impactados \_\_\_ endodoncia \_\_\_ Otro \_\_\_

**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 añadir procedimientos debidos a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontradas durante la examination, siendo lo más común la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para hacer cualquier/todos los cambios y añadiduras necesarias. **Iniciales** \_\_\_

**4. Extracciones 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 lo siguen Dientes \_\_\_ y cualquier otro(S) que sea necesario por motivos desconocidos 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 cuales 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 hospitalizados por sus results complicaciones durante o después del tratamiento es mi responsabilidad pagar por el costo de estos. **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 asegurarse de que se caiga hasta que se entreguen las coronas permeantes. Estoy enterado que la última oportunidad para hacer cambios a mi nueva corona puente o caperuza (incluyente 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 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, posible rupture, 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 otro alineamiento 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**

Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento endodóntico salvara mi diente y que puedan presentarse complicados por el tratamiento, y que en ocasiones se cementan objetos de metal en el diente o se extienden a través del conducto, lo cual no necesariamente afecta éxito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones puede necesitar de procedimientos quirúrgicos adicionales después de un tratamiento endodóntico **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 las 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, los practicantes acreditados no pueden garantizar resultados por completo reconozco que nadie no me ha garantizado o asegurado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer de esta forma y hacer preguntas, estoy satisfecho de haber respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

**Firme Del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre

Si el paciente es menor de edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Golden West Dentistry