

## REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Numero Social: \_\_\_\_\_

Sexo: [ ] Masculino [ ] Femenino

Estado Civil: [ ] Soltero(a) [ ] Casado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Separado(a) [ ] Viudo(a)

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel. de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Da su consentimiento para recibir actualizaciones y recordatorios de citas? \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo te enteraste de nosotros? \_\_\_\_\_

Persona Responsable:

Misma persona que arriba

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## Historia Medica

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: [ ] Masculino [ ] Femenino

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Si o No

¿Alguna vez ha estado hospitalizado o ha tenido una operación importante? Si o No

¿Le han colocado alguna varilla, clavo o implante de metal? Si o No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor:

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Si o No

¿Toma o ha tomado Phen-fen o Redux? Si o No

¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro medicamento que contenga bifosfonatos? Si o No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor:

¿Consume tabaco en alguna forma? Si o No

¿Usas sustancias controladas? Si o No

¿Estás siguiendo una dieta especial? Si o No

Información de farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de farmacia: \_\_\_\_\_

## Historia Medica

¿Tiene alergia a alguno de los siguientes?

- aspirina
- acrílico
- codeína
- látex
- anestésicos locales
- metal
- penicilina
- sulfas
- otro: \_\_\_\_\_

SIN ALERGIAS

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas?

- Anemia
- Articulaciones Artificiales
- Enfermedad De La Sangre
- Diabetes
- Epilepsia
- Glaucoma Desmayo
- Cardiopatía
- Hepatitis
- VIH
- Nefropatía
- Desordenes Mentales
- Marcapasos
- Tratamientos De Radiación
- Fiebre Reumática
- Problemas Sinusales
- Ataque
- Tumores
- Enfermedad Venérea

- Artritis
- Asma
- Cáncer
- Mareo
- Sangrado Excesivo
- Heridas En La Cabeza
- Soplo Cardíaco
- Hipertensión
- Ictericia
- Enfermedad Del Hígado
- Trastornos Nerviosos
- Embarazo
- Problemas Respiratorios
- Reumatismo
- Problemas Estomacales
- Tuberculosis
- Ulceras
- Otro:

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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

## **Consentimiento informado de Odontología General**

**1. Examen, radiografías y limpieza:** Entiendo que la visita inicial requerirá radiografías para completar el examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Si no tengo ninguna preocupación periodontal, se realizará una limpieza preventiva ("regular"). Si el dentista no puede realizar adecuadamente mi examen inicial debido a un cálculo excesivo (sarro), o si se me diagnostica una enfermedad periodontal, entiendo que el tratamiento no será inicialmente una limpieza preventiva ("regular"). Entiendo que el tratamiento puede implicar varias visitas en un corto período de tiempo para tratar adecuadamente mi condición. Me darán una "mejor" estimación de cuanto sería para tratar adecuadamente mi condición antes de que se realice el tratamiento.

**2. Drogas, medicamentos y sedación:** He sido informado y entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar enrojecimiento, hinchazón, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). Pueden causar somnolencia y falta de conciencia y coordinación, que pueden aumentar con el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y acepto no operar ningún vehículo o dispositivo peligroso durante al menos 12 horas o hasta que esté completamente recuperado de los efectos de los medicamentos analgésicos o sedantes recetados. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales.

**3. Cambios en el plan de tratamiento:** Entiendo que, durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas al trabajar con los dientes que no se descubrieron durante el examen, el más común es la terapia del conducto radicular después de los procedimientos de restauración de rutina o la necesidad de un tapón pulpar durante el procedimiento de restauración. Doy permiso al dentista para que realice cualquiera o todos los cambios y adiciones que sean necesarios.

**4. Visita de emergencia:** Entiendo que el tratamiento proporcionado por mi dentista tiene como objetivo SÓLO eliminar o reducir la infección y/o el dolor que estoy experimentando actualmente y que puede no ser una atención definitiva. Puede ser necesario realizar procedimientos adicionales para devolver el estado de mi boca a una salud óptima. No buscar el tratamiento adicional que recomienda mi médico puede provocar más problemas, como dolor, infección y pérdida de dientes/huesos y/o de función.

**5. Consentimiento:** Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta, por lo tanto: los médicos acreditados no pueden garantizar adecuadamente los resultados. Los resultados dependen en gran medida de mi papel activo en el mantenimiento de la salud bucal adecuada. Reconozco que nadie ha hecho ninguna garantía o garantía con respecto al tratamiento dental que solicito y autorizo. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y es responsable individualmente de la atención dental que se me brinda. También entiendo que ningún otro dentista, aparte del dentista tratante, es responsable de mi tratamiento dental. Puedo rechazar cualquier tratamiento que se propone, pero debe informar al dentista antes del trabajo que se realiza.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## POLIZA DE CITA Y FINANCIAMIENTO

Gracias por escoger a Hulen Smiles como su proveedor dental para su familia.

Esperamos proporcionarles el cuidado dental de alta calidad a un precio razonable. Al programar sus citas, estamos haciendo un compromiso con usted. Por favor recuerde que hemos reservado un momento especial para usted.

Si usted encuentra la necesidad de reprogramar sus citas, le pedimos un mínimo de 24 horas de antelación. Citas falladas y citas canceladas sin aviso de 24 horas están sujetas a una cuota de \$30.00.

Los cheques devueltos por falta de fondos están sujetos a una cuota de \$30.00. Este cargo se aplica para cubrir los gastos bancarios. Por favor, háganos saber si arreglos especiales debe ser hecho.

- La porción del paciente se debe al momento del servicio.
- Por favor traiga su co-pago con usted.

Nosotros facturamos a su seguro como una cortesía para usted. Si las cantidades son negadas o no cubierto, el balance pendiente es su responsabilidad. Su porción estimada para los servicios se basa en la información proporcionada por su compañía de seguros, y el pago se espera en el día del tratamiento. Por favor, solicite un estimado, si no se ha dado a usted.

Declaro que no soy un beneficiario de seguros del estado asistido, incluyendo pero no limitado a, el DSHS.

Paciente reconoce en consideración para los servicios dentales que se prestarán que toda la deuda pendiente a nuestra oficina no se incluirá en cualquier petición de bancarrota.

**Opciones de pago disponibles:** Efectivo, Cheque, Visa, Mastercard, American Express, Care Credit, Cherry, Sunbit.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Declaración de Prácticas de Privacidad

Nuestra oficina está dedicada a proteger los derechos de privacidad de nuestros pacientes y la información confidencial que se nos confían. El compromiso de cada empleado para garantizar que su información de salud no se vea comprometida es un concepto principal de nuestra práctica. Es posible que, de vez en cuando, enmendamos las políticas y prácticas de privacidad, pero siempre le informará de cualquier cambio que pueda afectar sus derechos.

Protección de su información personal de salud: Nosotros usamos y revelamos la información que obtenemos de usted sólo según lo permitido por la Health Insurance Portability and Accountability Act y el Estado de California. Esto incluye cuestiones relacionadas con su tratamiento, pago, y nuestras operaciones de cuidado dental. Su información personal de salud nunca revelará a cualquier persona, incluso miembros de la familia, sin su consentimiento escrito. Usted, por supuesto, podrá conceder autorización escrita para revelar su información a cualquier persona que elija, para cualquier propósito.

Nuestras normas de privacidad y prácticas se aplican a todos los pacientes anteriores, actuales y futuros, así que usted puede estar seguro de que su información de salud está protegida y no se distribuirá indebidamente o en libertad. Recopilación de información de salud protegida, Sólo le pediremos información personal necesaria para proporcionar a nuestros estándares de atención dental de calidad, llevar a cabo actividades de pago, realizar las operaciones normales de la práctica dental, y cumplir con la ley. Esto puede incluir su nombre, dirección, números de teléfono, número de seguro social, datos de empleo, historial médico, los registros de salud, etc. Mientras que la mayoría de la información será obtenida de usted, podemos obtener información de terceras partes si se considere necesario. Independientemente de la fuente, su información personal siempre estará protegida con todo el rigor de la ley.

Revelación de su información protegida de salud: Como se mencionó anteriormente, podemos revelar la información requerida por la ley. Estamos obligados a proporcionar información a la policía y funcionarios del gobierno en ciertas circunstancias. Podemos usar y/o divulgar su información médica para comunicarse recordatorios sobre sus citas incluyendo mensajes de voz, contestador automático, y tarjetas postales.

Derechos de los pacientes: Usted tiene el derecho de solicitar copias de su información de salud, al igual que para solicitar copias en una variedad de formatos, y para solicitar una lista de casos en los que nosotros, o nuestros socios de negocios, han dado a conocer su información protegida para otros usos que los indicados anteriormente.

Todas las solicitudes deben hacerse por escrito. Nosotros tenemos el derecho de cobrar por las copias en una cantidad permitida por la ley. Si usted cree que sus derechos han sido violados, le instamos a que nos notifique de inmediato. Le damos las gracias por ser un paciente en nuestra oficina. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta acerca de sus derechos de privacidad y la protección de su información médica personal.

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