

INFORMACIÓN PACIENTE

Bienvenido a nuestro consultorio. Agradecemos la confianza depositada en nosotros para proveer servicios dentales. Para ayudarnos a servirle, por favor complete el siguiente formulario. La información proporcionada en este formulario es importante para su salud dental. Si ha habido algún cambio en su salud, por favor díganoslo. Si tiene alguna duda, por favor pregunte.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Dirección de la casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Dirección Facturación (si difiere): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Teléfono de la casa: _____ Celular: _____ Email: _____
Número de licencia de conducir: _____ Estado: _____ SS#: _____
Empleador/Ocupación: _____ Teléfono empresa: _____
Nombre y teléfono del cónyuge #: _____ Teléfono emergencia# (diferente al del cónyuge): _____
Seguro dental primario: _____ Grupo #: _____
Seguro dental secundario: _____ Grupo #: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____
Nombre de su médico: _____ Fecha de la última visita al médico: _____
Nombre dentista anterior: _____ Fecha de la última visita al dentista: _____
Referido por: _____

Consentimiento para el Tratamiento

1. Por la presente autorizo al médico o personal designado a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y cualquier otra ayuda de diagnóstico que el médico considere apropiada para realizar un diagnóstico completo de las necesidades dentales de (nombre del paciente) _____.
2. Luego de dicho diagnóstico, autorizo al médico a realizar todos los tratamientos recomendados para mí de común acuerdo y a emplear la ayuda necesaria para proveer la atención apropiada.
3. Estoy de acuerdo con el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos necesarios. Entiendo plenamente que el uso de agentes anestésicos conlleva ciertos riesgos. Entiendo que puedo pedir una lectura completa de cualquier posible complicación.
4. Por último, acepto la responsabilidad por el pago de todos los servicios prestados (incluida la parte estimada del seguro) en mi nombre o el de mis dependientes. Entiendo que el pago debe hacerse en el momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos. Como cortesía, su seguro será facturado. Sin embargo, los gastos y deducibles del paciente se deben pagar en el momento en que se prestan los servicios. Los saldos de cuenta que excedan los 90 días están sujetos a acciones de cobro, así como a gastos de cobro adicionales y cargos financieros (2% mensual o 24% anual)

X _____ Fecha: _____ Nombre: _____
Firma del paciente / representante legal

Historial Médico

Nombre Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Creación: _____

Aunque el personal dental trata principalmente el área de su boca, esta hace parte de su cuerpo. Los problemas de salud que usted pueda tener, o los medicamentos que usted esté tomando, podrían tener una importante interrelación con el tratamiento odontológico que recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

¿Ve a un médico de cabecera? ¿Nombre?
¿Ha sido hospitalizado o tenido una operación importante?
¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o el cuello?
¿Está tomando algún medicamento, pastilla o droga?
¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bisfosfonatos?
¿Está siguiendo una dieta especial?
¿Está en terapia con anticoagulante (diluyente de la sangre)?
¿Utiliza sustancias controladas?
¿Usa tabaco?
¿Alguna vez un médico le ha recomendado antibióticos antes de un tratamiento dental?

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?
Aspirina Penicilina Codeína Acrílico
Metal Látex Sulfa Drogas Anestesia Local
¿Otras alergias?
Mujer: Está usted
¿Embarazada/Intentando quedar embarazada? ¿Lactando? ¿Tomando anticonceptivos orales?

¿Tienes, o ha tenido, alguno de los siguientes?
Positivo para el SIDA/VIH
Enfermedad de Alzheimer
Adicción a las drogas
Herpes
Presión arterial alta
Colesterol alto
Urticaria o sarpullido
Asma
Enfermedad de la sangre
Transfusión de sangre
Dolores cabeza frecuentes
Baja presión arterial
Enfermedad de la tiroides
Dolores de pecho
Herpes labial/ampollas fieb
Trastor. cardíaco congénito
Problemas cardíacos
Enfermedades graves no listadas
Aquí:
Medicina de Cortisona
Diabetes
Hepatitis A, B o c
Fiebre reumática
Reumatismo
Fiebre Escarlata
Herpes
Desmayos y mareos
Tos frecuente
Leucemia
Enfermedad hepática
Cáncer
Quimioterapia
Ataque cardíaco/falla
Soplo del corazón
Marcapasos
Enfermedad mental
Hemofilia
Hinchazón miembros
Diálisis renal
Angina
Artritis/Gota
Válvula de corazón artificial
Reemplazo articulación
Latidos irregulares
Problemas de riñón
Enferm.estomacal/intest.
Derrame
Glaucoma
Prolapso de la válvula mitral
Osteoporosis
Dolor en articulaciones
Enfermedad de la paratiroides
Tratam.de radiación
Anafilaxia
Anemia
Enfisema
Epilepsia y Convuls.
Sangrado excesivo
Hipoglucemia
Problema de sinusitis
Columna Bífida
Prob. Respiratorios
Moretón fácil
Enferm. Pulmonar
Amigdalitis
Tuberculosis
Tumores o Crecim.
Úlceras

Comentarios:

Hasta donde sé, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que suministrar información incorrecta puede ser peligroso para mi corazón (o el del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

X _____ Fecha: _____
Firma del paciente, padre o tutor

HISTORIAL DENTAL DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

RAZÓN DE ESTA VISITA: _____
CUÁNDO FUE SU ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA: _____ QUÉ SE HIZO ENTONCES: _____
CON QUÉ FRECUENCIA VISITÓ AL DENTISTA ANTES DE ESO: _____
DENTISTA ANTERIOR (NOMBRE Y UBICACIÓN): _____
¿SE HA HECHO UNA SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFÍAS DENTALES, CUÁNDO Y DÓNDE?: _____
FRECUENCIA DE CEPILLADO DE SUS DIENTES: _____ FRECUENCIA DE USO DEL HILO DENTAL: _____
ES SU AGUA POTABLE FLUORADA SI NO

	Si	No	Si	No
¿Sus encías sangran al cepillarse o usar hilo dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se muerde los labios o mejillas con frecuencia?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Dientes sensibles a líquidos o comidas calientes o frías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha notado algún aflojamiento de sus dientes?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Dientes sensibles a líquidos/comidas dulces o agrias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿La comida se queda atrapada entre los dientes?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Siente dolor en alguno de sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido tratamiento periodontal (encías)?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tienes alguna llaga o bulto en o cerca de su boca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha usado una placa de mordida u otro aparato?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido alguna extracción difícil en el pasado?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas?:			¿Ha tenido alguna vez un sangrado prolongado por	
Chasquido en la mandíbula.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extracciones?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dolor (en las articulaciones, oídos, lados de la cara).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa dentadura postiza o parcial?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dificultad al abrir y cerrar la mandíbula.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si afirmativo, especifique la fecha en que fueron colocadas:	
Dificultad al masticar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene oral	
¿Aprieta o rechina los dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	con respecto al cuidado de sus dientes y encías?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SI PUDIERA CAMBIAR ALGO DE SU SONRISA, ¿QUÉ CAMBIARÍA?

AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN:
CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR HASTA DONDE TENGO CONOCIMIENTO. LAS PREGUNTAS ANTERIORES HAN SIDO RESPONDIDAS CON PRECISIÓN. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN NO INCLUIDA, EL DIAGNÓSTICO PROPORCIONADO Y LA INFORMACIÓN INCORRECTA PUEDEN SER PELIGROSOS PARA MI SALUD. AUTORIZO AL DENTISTA A DIVULGAR CUALQUIER INFORMACIÓN, INCLUYENDO EL DIAGNÓSTICO Y LOS REGISTROS DE CUALQUIER TRATAMIENTO Y EXAMEN QUE SE NOS HAYA REALIZADO A MÍ O A MI HIJO DURANTE EL PERÍODO DE DICHA ATENCIÓN DENTAL, A TERCEROS PAGADORES Y/O PROFESIONALES DE LA SALUD. AUTORIZO Y SOLICITO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE PAGUE DIRECTAMENTE AL DENTISTA O GRUPO DENTAL, LOS BENEFICIOS DEL SEGURO DENTAL QUE DE OTRO MODO ME SERÍAN PAGADEROS. ENTIENDO QUE MI COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTAL PUEDE PAGAR MENOS QUE LA FACTURA REAL POR LOS SERVICIOS. ACEPTO SER RESPONSABLE DEL PAGO DE TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS EN MI NOMBRE O EL DE MIS DEPENDIENTES

_____	_____
FIRMA DEL PACIENTE O PADRE / TUTOR SI ES MENOR:	FECHA
_____	_____
FIRMA DEL DOCTOR:	FECHA
COMENTARIOS DEL DOCTOR: _____	



Política de Rayos X

Los rayos X son una de las mejores herramientas de diagnóstico en odontología, permitiendo a los dentistas ver los tejidos de los dientes y los huesos de la mandíbula. Le aseguramos que somos conservadores en el uso de los rayos X, pero sin ellos, las caries y otras enfermedades de la boca y los huesos de la cara no pueden ser diagnosticadas hasta que se haya producido un daño grave. Nunca tomaremos radiografías innecesarias.

Utilizamos lo último en tecnología de rayos X digitales, esto quiere decir que usted recibe una dosis de radiación muy baja en nuestro consultorio. Nuestras máquinas de rayos X tienen licencia y son inspeccionadas rutinariamente por el Estado de Nevada.

Nuevos pacientes

Nuestra política es tener radiografías dentales actualizadas para todos los nuevos pacientes. Esto incluye una serie completa de la boca y una panorámica cuando el Dr. Milligan lo requiera. Si usted cuenta con radiografías actuales de una clínica dental anterior, estaremos encantados de usarlas. Si las radiografías solicitadas de su anterior clínica no han llegado en el momento de su primera visita, o no son de calidad diagnóstica, será necesario tomar nuevas radiografías. Esta serie completa de la boca se necesitará cada tres a cinco años.

Rayos X de control

Según el riesgo de enfermedad dental, lo más posible es que se necesiten radiografías de control una vez al año y que se tomen en su visita de higiene.

He leído y estoy de acuerdo con la política de rayos X de Incline Dental Care

Firma del paciente

Nombre

Fecha

INCLINE DENTAL CARE

RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN de "AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD"

Yo _____ he recibido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Incline Dental Care.

Nombre (Por favor en letra imprenta)

Firma

Fecha

Por favor, tenga en cuenta que tiene derecho a negarse a firmar este reconocimiento.

Si firma en nombre de la persona mencionada:

Nombre del representante personal: _____

Relación con la persona arriba mencionada: _____

Solo Uso Oficial

Tratamos de obtener un reconocimiento por escrito de la persona mencionada anteriormente por haber recibido nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo hacer porque:

- Una emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
- Una barrera de comunicación nos impidió obtener el reconocimiento.
- El individuo no estaba dispuesto a firmar.
- Otro: _____

Nombre del personal o del director de privacidad: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____