

# Dental Studio of Pasadena

## Información del paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo/a: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Algun familiar se ha hecho trabajo dental en nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Persona financieramente responsable: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Número del teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## **Información del seguro dental**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ S.S.#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de la aseguranza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

## **Historia Médica**

### ***POR FAVOR CIRCULE O CONTESTE LA RESPUESTA CORRECTA***

1. ¿Está teniendo usted alguna molestia o dolor en este momento? .....Si No  
2. ¿Está usted bajo el cuidado de un médico?.....Si No  
¿Desde cuando? ¿Por que?

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

3. ¿Cuando fue su último examen físico completo?  
4. ¿Ha tomado alguna medicina durante los últimos dos años?.....Si No

Por favor nombrar: \_\_\_\_\_

5. ¿Es usted alérgico a algún medicamento o sustancia? Cúal: \_\_\_\_\_ Si No  
6. ¿Padece usted de alguna otra alergia? Cúal: \_\_\_\_\_ Si No  
7. ¿Tiene usted problemas con penicilina antibióticos, anestesia local  
(Novocaína) o algún otro medicamento?.....Si No  
8. ¿Está usted embarazada o sospecha que puede estar encinta? .....Si No  
9. ¿Toma usted medicinas anticonceptivas?

10. ¿Ha sido usted tratado o le han dicho que tiene enfermedad del corazón?..... Si No
11. ¿Tiene usted un marcapaso o un implante de válvula artificial en el corazón? ..... Si No
12. ¿Ha tenido alguna vez fiebre reumática?..... Si No
13. ¿Sabe usted si tiene soplo del corazón?..... Si No
14. ¿Tiene usted la presión sanguínea alta o baja?..... Si No
15. ¿Ha tenido usted alguna vez una enfermedad seria o cirugía mayor?..... Si No
- Por favor explique ..... Si No
16. ¿Ha tenido usted tratamiento de radiación, quimioterapia para un tumor? ..... Si No
17. ¿Tiene usted un malester, dolor o ruido articular en la mandíbula?..... Si No
18. ¿Tiene usted enfermedades inflamatorias como artritis o reumatismo?..... Si No
19. ¿Tiene usted articulaciones artificiales (en su cadera, rodilla, etc)? ..... Si No
20. ¿Tiene desordenes de la sangre, como anemia, leucemia, hemofilia, etc.?..... Si No
21. ¿Ha sangrado excesivamente después de una cortadura o lesión? ..... Si No
22. ¿Ha recibido usted una transfusión de sangre?..... Si No
23. ¿Tiene usted problemas de estómago? ..... Si No
24. ¿Tiene usted problemas de riñones? ..... Si No
25. ¿Tiene usted problemas de hígado?..... Si No
26. ¿Es usted diabético?..... Si No
27. ¿Tiene usted asma?..... Si No
28. ¿Tiene usted o ha tenido usted alguna enfermedad transmitida sexualmente? ..... Si No
29. ¿Ha resultado positivo/a al virus del SIDA? ..... Si No
30. ¿Tiene usted SIDA? ..... Si No
31. ¿Ha tenido usted Hepatitis o ha resultado positivo al examen de hepatitis? ..... Si No
32. ¿Tiene usted Tuberculosis? ..... Si No
33. ¿Fuma, mastica o usa cualquier forma de tabaco? ..... Si No
34. ¿Consumo usted bebidas alcohólicas?..... Si No
35. ¿Usa usted habitualmente drogas de control especial?..... Si No
36. ¿Es usted alérgico a los guantes de látex?..... Si No
37. ¿Toma usted o ha tomado phen-phen?..... Si No
38. ¿Cuando sube las escaleras, o camina, tiene que parar porque tiene dolor de pecho,  
le falta aliento o se siente cansado/a? ..... Si No
39. ¿Se le inflaman los pies o los tobillos durante el día? ..... Si No
40. ¿Usa mas de dos almohadas para dormir? ..... Si No
41. ¿Hay alguna otra información que deberíamos saber acerca de su salud que no  
le hemos preguntado en esta forma?..... Si No
- Si la respuesta es si por favor explique:
42. ¿Toma usted o ha tomado Bisphosphonates?..... Si No

Yo entiendo que la información es necesaria para obtener tratamiento dental de una forma eficiente y segura. Yo he contestado todas las preguntas con sinceridad y con lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma del Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento y póliza de citas:**

1. Autorizo al doctor a tomar radiografías, modelos, fotos necesarias o cualquier otro medio para hacer un diagnóstico completo de la condición dental del paciente.
2. Yo tambien autorizo al doctor de hacer cualquier tratamiento que sea necesario y a el cual yo halla autorizado.
3. Yo entiendo que al usar algunas anestecias tienen algun riesgo. Yo también autorizo al doctor usar agentes de anestesia que sean necesarios para proveer tratamiento dental.
4. Yo entiendo que yo soy responsable por los pagos del tratamiento dental obtenido en esta oficina para mi y para mis dependientes. En el evento que los pagos no sean recibidos en el tiempo acordado, yo entiendo que 1.5 % de interés se le cobrará por cargos financieros y (18% APR) se le sumara a su balance mas cualquier cargo de colecciones.
5. Yo entiendo que se reportará a las oficinas de crédito.
6. Yo entiendo que es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cambio de información.
7. Un mínimo de 24 horas son necesarias para cancelar su cita o tendrá que pagar \$ 25.00.

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**HIPAA LEY DE PRIVACIDAD  
AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO**

**Autorización para suministrar información de Salud, pago, o tramites de salud.  
(164.508(a))**

Yo \_\_\_\_\_ entiendo que como parte de mi cuidado dental, Pasadena Family Dental Center mantiene y requiere información médica que incluye, exámenes, resultados médicos, diagnósticos, tratamiento, y planes para tratamiento futuro. Yo entiendo que esta información sirve como:

- Bases para planear mi tratamiento dental.
- Forma de comunicación entre profesionales de la salud que pudieran contribuir con mi cuidado de salud.
- Información médica necesaria para cobrar.
- Información necesaria para que una tercera persona u organización pague su cuenta.
- Herramientas rutinarias en las operaciones de salud como evaluaciones de calidad y competencia profesional.

Yo he recibido una copia y entiendo la *Notificación de información de Prácticas* que provee información más detallada.

Yo entiendo que como parte de mi cuidado dental podría ser necesario proveer información médica personal y privada a otra entidad.

Yo autorizo a Pasadena Family Dental Center suministrar mi información de salud privada a las siguientes personas:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**Información Autorizada:**

**F**

**Propósito**

Yo entiendo que:

- Yo tengo el derecho de pedir restricciones en la forma que mi información privada se suministre a entidades que pagarán mi tratamiento dental.
- Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito. Yo entiendo que esta acción puede limitar mis opciones de tratamiento en el futuro.

\_\_\_\_\_ Acepto \_\_\_\_\_ No acepto

Firma del paciente o representante legal \_\_\_\_\_

Nombre del paciente o representante legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# TRABAJO DENTAL GENERAL

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

CHART NUMBER \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

### 1. TRABAJO POR HACER

Entiendo que me van a hacer el siguiente trabajo: Rellenos \_\_\_\_\_, Puentes \_\_\_\_\_, Coronas \_\_\_\_\_, Extracciones \_\_\_\_\_, Extraer muelas impactadas \_\_\_\_\_, Anestesia General \_\_\_\_\_, Tratamiento de los Nervios \_\_\_\_\_, Examen \_\_\_\_\_, Rayos X \_\_\_\_\_, Otro \_\_\_\_\_

### 2. DROGAS Y MEDICINAS

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas provocando urticaria e hinchazón de los tejidos, comezón, vómitos, y/O choque anafiláctico (reacción alérgica severa).

### 3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el curso del tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir algunos procedimientos debido a condiciones encontradas en los dientes en el transcurso del trabajo que no fueron descubiertas durante la examinación, el más común siendo terapia de los conductos después de procedimientos rutinarios restaurativos. Le doy mi permiso al Doctor hacer estos cambios o añadiduras cuando sean necesarios.

### 4. EXTRACCION DE DIENTES

Me han sido explicadas las alternativas a la extracción (terapia de los conductos, coronas, cirugía de la encía, etc.) y autorizo al Doctor extraer los siguientes dientes \_\_\_\_\_ y cualesquier otros por razones en el párrafo #3. Entiendo que el sacar dientes no siempre remueve toda la infección (si existe), y puede ser necesario tener tratamiento adicional. Reconozco los riesgos involucrados al sacar dientes, algunos de los cuales con dolor, hinchazón, extensión de la infección, alveolo seco, pérdida de sensación en los dientes, labios, lengua y tejido rodeante (Parastl!sia) que puede durar un período indefinido (días o meses) o quijada fracturada. Entiendo que pueda necesitar mayor tratamiento por un especialista o aun ser hospitalizado si surgen complicaciones durante después del tratamiento, el costo del cual es mi responsabilidad.

### 5. CORONAS, PUENTES Y CASQUILLOS

Entiendo que algunas veces no es posible obtener el mismo color de dientes naturales con dientes artificiales. Además entiendo que pueda yo tener coronas provisionales que se despegan fácilmente y que debo tener mucho cuidado para asegurar que no se caigan hasta que las coronas permanentes me sean entregadas. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, puente o casquillo (incluyendo forma, ajuste, tamaño y color) será antes de la cementación.

### 6. DENTADURAS - COMPLETAS O PARCIALES

Entiendo que las dentaduras completas y parciales son artificiales, construidas de plástico, metal y/o porcelana. Me han explicado los problemas que pueden surgir al usar estos aparatos, tales como soltura, inflamación, y posible rotura. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura (incluyendo forma, ajuste, tamaño, colocación y color) será durante la visita de probar "Los dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras requieren un rebasamiento de tres a doce meses después de ser entregadas inicialmente. El costo por este procedimiento no está incluido en el precio original de la dentadura postiza.

### 7. TRATAMIENTO DE ENDODONCIA (DE LOS NERVIOS O CONDUCTOS)

Entiendo que no hay ninguna garantía que el tratamiento de endodoncia salvará mi diente, y que pueden surgir complicaciones del tratamiento, y que a veces objetos de metal son cementados adentro del diente o se extienden por fuera del diente que no afecta necesariamente éxito del tratamiento. Entiendo que a veces sean necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales después de tratamiento endodóntico (Apicoectomía).

### 8. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que tengo una severa condición que causa inflamación o pérdida de las encías o hueso y que puede resultar en la pérdida de mis dientes. Los tratamientos alternativos me han sido explicados, incluyendo cirugía de la encía, piezas de repuesto y/o extracciones. Entiendo que el seguir con cualquier procedimiento dental pueda tener un futuro efecto adverso sobre mi condición periodontal.

Entiendo que el trabajo dental no es una ciencia exacta y por consiguiente los practicantes bien reputados no pueden garantizar propiamente los resultados. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantía o seguridad con respecto al tratamiento dental que he pedido y autorizado. Doy autorización a los doctores de PFDC o los asistentes de PFDC a proceder con el tratamiento diagnosticado y explicado a mi en su totalidad con anterioridad. Yo entiendo que esto es solo un estimado sujeto a modificación durante el tratamiento en caso de algo imprevisto. Yo entiendo que aun estando cubierto bajo un seguro dental, soy responsable por el costo de mi tratamiento dental. Yo acepto pagar gastos de abogado, agencia de colección o gastos de corte en caso que sea necesario. Yo doy autorización a PFDC para mandar cobrar a mi aseguranza y dar información si es necesario de de mi historia médica.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_