

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE (en letra demoldo)

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo  M  F  Seguro Social # \_\_\_\_\_

Dirección su Residencia \_\_\_\_\_

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

Teléfono # \_\_\_\_\_ Celular # \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

¿Como se entero de nosotros \_\_\_\_\_

## En Caso de Emergencia Comunicarse

Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Teléfono de el Hogar # \_\_\_\_\_

Celular # \_\_\_\_\_

## Información Sobre Su Seguro

Compañía deseguros \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor (si es diferente al del paciente) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

## Asignación y liberación

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro Y cedemos directamente a Family Dentistry of Woodstock todos los beneficios del seguro por los servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

Family Dentistry of Woodstock puede utilizar mi informacion sobre atencion de salud y puede divulgar dicha informacion a la(s) compania(s) de seguro arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro por servicios relacionados. Este consentimiento se terminara cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un ano despues de la fecha de suscripcion a continuacion.

## Historia Dental

Motivo de la visita de hoy \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima visita \_\_\_\_\_ Fecha de las ultimas radiografias \_\_\_\_\_

Dentista anterior \_\_\_\_\_ Con que frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_ Con que frecuencia utiliza el hilo dental \_\_\_\_\_

## Marcar si o no para indicar si experimento:

Mal aliento (bad breath)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comerse las unas (nailbiting)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros Dolores (other pain)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangrado de encias (bleeding gums)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Objetos Extranos (foreign objects)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Respiracion de boca (mouth breathing)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ampollas en labios o boca (blisters)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Rechinar los dientes (teeth grinding)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de Ortodoncia (ortho)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ardor en la lengua (burning tongue)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Encias hinchadas (swollen gums)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento Periodonta (perio)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Masticacion en un lado de la boca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de mandibular (jaw pain)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad (sensitivity)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fumar (smoking)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Morderse los labios o Mejillas (lips)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sequedad en la boca (dry mouth)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Chasquido o crujido mandibular (jaw)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dientes flojos o empastes (loose teeth)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Empastes rotos (broken fillings)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre, tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Favor de escribir en molde el nombre del paciente, padre, tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente



# CONSENTIMIENTO GENERAL

**Por favor, lea este formulario cuidadosamente. Si usted tiene alguna pregunta, nuestro personal estará encantado de ayudarle.**

- 1.) Por la presente autorizo a Family Dentistry of Woodstock y/o auxiliares para realizar el tratamiento dental con el uso de cualquier clase de radiografías (rayos X) y/o cualquier otra ayuda conveniente con el fin de completar un exhaustivo diagnóstico y plan de tratamiento.
- 2.) Entiendo que los rayos X, modelos de la boca y/u otros medios auxiliares utilizados para el diagnóstico y la planificación del tratamiento son propiedad de Family Dentistry of Woodstock; pero algunas copias de determinadas ayudas están disponibles con su respectiva solicitud y con una tarifa aplicada
- 3.) En términos generales los procedimientos dentales pueden incluir, pero no limitarse a:
  - A. Examen oral completo, radiografías, limpieza dental y la aplicación del fluor tópico.
  - B. Aplicación de resina "selladores" a los surcos de los molares.
  - C. Tratamiento de dientes con trauma y restauraciones dentales (empastes).
  - D. Tratamiento de enfermedades dentales y tejidos orales enfermos.
- 4.) Entiendo que el doctor no es responsable por tratamientos dentales realizados previamente en otras oficinas dentales y entiendo que en el transcurso del Nuevo tratamiento dental puede ser necesario el ajuste o reemplazo de los anteriores. Reconozco que la garantía de los resultados o la satisfacción absoluta no siempre son posibles en los servicios odontológicos
- 5.) Yo certifico que mis dependientes y yo tenemos cobertura del seguro y asigno directamente a Family Dentistry of Woodstock todos los beneficios del mismo por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de todos los costos sean o no pagados por mi aseguradora, y autorizo mi firma para todos los cobros al seguro..
- 6.) He contestado a todas las preguntas sobre el historial y el estado actual de salud de mis dependientes y yo. He informado al dentista u otro personal de la oficina sobre todas las condiciones médicas, incluyendo alergias y lista de medicamentos recetados. También entiendo que debo informar cualquier cambio reciente en mi historial médico.

Por la presente reconozco que he leído y comprendido este consentimiento y el significado de su contenido. Todas las preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria y tengo la información suficiente para dar consentimiento a este. Además, entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea terminado por mí.

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

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
PADRE O TUTOR (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## 1. Drogas y Medicamentos:

Entiendo que los antibioticos, analgesicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alergicas causando enrojecimiento e hinchazon de los tejidos, dolor, picazon, vomitos y /o shock anafilactico (reaccion alergica grave)..... (Iniciales \_\_\_\_\_)

## 2. Cambios en el plan de tratamiento:

Entiendo que Family Dentistry of Woodstock no es responsable por tratamientos realizados previamente en otras oficinas dentales y entiendo que en el transcurso de el nuevo tratamiento dental puede ser necesario el ajuste o reemplazo de los anteriores. Doy mi permiso al dentista para hacer cualquier / todos los cambios y adiciones que sean necesarios una vez que han sido descubiertos y discutidos  
..... (Iniciales \_\_\_\_\_)

## 3. Extracción de dientes: Diente # \_\_\_\_\_

Se me explicaron las diferentes alternativas a la extraccion (tratamiento de conducto, coronas, protesis y cirujia periodontal, etc) para así elegir la mejor alternativa para mi. Entiendo que la extraccion de dientes no siempre remueve toda la infeccion, en este caso puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo los riesgos que implica una extraccion de dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazon, propagacion de la infeccion, alveolitis seca, perdida de sensibilidad en los dientes, los labios, la lengua y los tegidos circundantes (parestesia), que pueden durar un periodo indefinido de tiempo (dias o meses), o la mandibula fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o incluso la hospitalizacion si surgen complicaciones durante o despues del tratamiento, cuyo costo es mi responsabilidad..... (Iniciales \_\_\_\_\_)

## 4. Coronas y Puentes: Diente # \_\_\_\_\_

Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con el color de los dientes artificiales, ademas entiendo que se me van a poner coronas temporales que se podrian salir facilmente y que debo tener cuidado para que no se caigan antes de cementear la corona permanente. Tendre una oportunidad final para hacer cambios en mi nueva corona o puente( incluyendo forma, ajuste, tamaño, color) antes de ser cementada..... (Iniciales \_\_\_\_\_)

## 5. Tratamiento de endodoncia (Tratamiento de conducto): Diente # \_\_\_\_\_

Entiendo que no hay garantia de que el tratamiento de conducto radicular salve mi diente, tambien entiendo que las complicaciones pueden ocurrir en el tratamiento y que de vez en cuando objetos de metal son cementados en el diente o se extienden atraves de la raiz pero esto no necesariamente afecta el exito del tratamiento. Entiendo que en ciertas ocasiones algunos tratamientos quirurgicos adicionales seran necesarios despues del tratamiento del conducto radicular. ....(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 6. Pérdida Periodontal (Tejido y Hueso):

### Descripcion de el tratamiento

Entiendo que la enfermedad periodontal es una enfermedad grave, la cual puede causar infeccion en las encias y en el hueso o la perdida de el mismo conduciendo a la perdida de los dientes. Planes alternativos de tratamiento se me explicaron, incluyendo cirujia de las encias, reemplazos y/o extracciones. Entiendo que al no comprometerme con cualquier procedimiento dental puedo tener un

efecto adverso en el futuro de mi condicion periodontal.....(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 7. Rayos X:

Entiendo que los rayos x son necesarios para el diagnostico y un tratamiento adecuado.....(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 8. Dentaduras totales o parciales:

Maxilar \_\_\_\_\_ Mandibular \_\_\_\_\_

Entiendo que las dentaduras completas o parciales son artificiales, hechas de plastico, metal y/o porcelana. Los problemas con el uso de estos aparatos se me han explicado a mi, incluyendo: aflojamiento, dolor y posible ruptura. Me explicaron que hay una oportunidad final para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (forma, tamaño, ubicacion y color). Entiendo que la mayoría de las dentaduras pueden necesitar revisiones y cambios de tres a doce meses despues de la colocacion inicial. El costo de estos procedimientos no estan incluidos en el precio inicial de la dentadura. Entiendo que usar dentaduras postizas es dificil y hay problemas comunes tales como puntos de dolor, alteracion en el habla y dificultad para comer. Prottesis inmediata (colocacion de la protesis inmediatamente despues de extracciones) puede ser dolorosa, se requieren ajustes considerables y una rectificacion permanente sera necesaria mas adelante (lo que no esta incluido en el precio de la protesis). Es importante que se hagan todas las impresiones y pruebas necesarias: si no se hacen estas citas puede dar lugar a una mala protesis y la necesidad de hacerse de nuevo resultando en cargos adicionales.....(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 9. Rellenos:

Entiendo que se debe tener cuidado en la masticacion despues de hacerse un relleno, especialmente durante las primeras 24 horas para evitar rupturas. Entiendo que el relleno mas costoso puede ser necesario debido al deterioro adicional del diente que se puede ver en los rayos X; y entiendo que puedo tener una sensibilidad significativa como efecto comun despues de hacerme un relleno.....(Iniciales \_\_\_\_\_)

Entiendo que la odontologia no es una ciencia exacta y que por lo tanto los profesionales de renombre no pueden garantizar plenamente los resultados, yo reconozco que no hay garantía ni aseguramiento. He tenido la oportunidad de leer este formulario y hacer preguntas, mis preguntas han sido contestadas a satisfaccion y doy mi consentimiento al tratamiento propuesto.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del paciente

Firma del padre / tutor si el paciente es menor de edad

Firma del médico

Fecha



# RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Me han dado la oportunidad de leer y revisar el "Aviso de Prácticas de Privacidad."

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_

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