

# BIENVENIDOS A NUESTRA PRACTICA

Queremos ofrecerle el mejor servicio en cuidados dentales. Nos gustaría conocer sus experiencias dentales previas y sus expectativas.

**\* ¿Por qué dejó su anterior dentista?**

---

---

---

**\* ¿Qué podemos hacer para que su visita sea más placentera?**

---

---

---

**\* ¿Hay algo que le preocupe de su salud dental?**

---

---

---

**\* ¿Qué debiera cambiar en la apariencia de sus dientes para que usted estuviera satisfecho con su sonrisa?**

---

---

---

**\* ¿Qué valora usted de una práctica dental?**

---

---

---

**\* ¿Tiene alguna inquietud o pregunta?**

---

---

---

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

Padre / Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Celular \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

SS#: \_\_\_\_\_ Licencia #: \_\_\_\_\_  Soltero  Casado  Otros

Como supo de nuestra practica?: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para el tratamiento:

1. Yo en pleno uso de mis facultades autorizo al doctor y/o a la persona designada del equipo de trabajo a que me tomen rayos-x, estudien modelos, fotografías y cualquier otro tipo de ayudas que el doctor considere apropiadas para hacer un diagnóstico exhaustivo, cubriendo así, las necesidades dentales de (nombre del paciente) \_\_\_\_\_.
2. Después de dicho diagnóstico, autorizo al doctor para que realice todos los tratamientos acordados conjuntamente, y a llevar a cabo dicha asistencia como es requerida para proveer un cuidado apropiado.
3. Yo acepto el uso de anestésicos, sedantes y cualquier otro medicamento que sea necesario. Entiendo a cabalidad que el uso de agentes anestésicos trae ciertos riesgos. Entiendo que puedo pedir un recital completo sobre cualquier posible complicación.

Yo he leído y entendido todo lo anteriormente explicado.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente / Guardián

\_\_\_\_\_

Fecha

## Información Seguro Médico

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Empleo: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

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

## HISTORIA DENTAL

Por favor indique lo siguiente:

Última: \_\_\_\_\_  
 Visita dental \_\_\_\_\_ Limpieza \_\_\_\_\_  
 Rayos-X \_\_\_\_\_  
 Qué procedimiento recibió en su última visita dental? \_\_\_\_\_

Nombre de su dentista anterior: \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia:  
 Exámenes dentales: \_\_\_\_\_ Cepilla sus dientes: \_\_\_\_\_  
 Usa la ceda dental: \_\_\_\_\_ Otras ayudas: \_\_\_\_\_

SI NO

### Son sus dientes sensibles a:

- ¿El calor o el frío?  SI  NO
- ¿Los dulces?  SI  NO
- ¿Al morder o masticar?  SI  NO
- ¿Ha notado algún hedor bucal?  SI  NO
- ¿Siente usted un sabor desagradable en su boca?  SI  NO
- ¿Tiene con frecuencia inflamaciones por el frío, ampollas u otras lesiones orales?  SI  NO
- ¿Le duelen o sangran sus encías?  SI  NO
- ¿Han experimentado sus padres enfermedades en las encías o pérdida de dientes?  SI  NO
- ¿Ha notado usted algún diente flojo o cambios en su mordida?  SI  NO
- ¿Se le queda comida atascada entre los dientes?  SI  NO
- Si es así, ¿en dónde? \_\_\_\_\_

### Tiende usted a:

- ¿Apretar o rechinar los dientes?  SI  NO
- ¿Morder sus labios o mejillas regularmente?  SI  NO
- ¿Sostener en su boca objetos ajenos a ella?  SI  NO
- ¿Respirar por la boca mientras está despierto o dormido?  SI  NO
- ¿Tener sus mandíbulas cansadas especialmente durante las mañanas?  SI  NO
- ¿Fuma o mastica tabaco?  SI  NO

### Alguna vez usted:

- ¿Ha recibido un tratamiento de ortodoncia?  SI  NO
- ¿Cirugía oral?  SI  NO
- ¿Ha recibido un tratamiento periodontal?  SI  NO
- ¿Le han ajustado sus dientes u/o mordida?  SI  NO
- ¿Ha usado una placa de mordida o un protector bucal?  SI  NO
- ¿Ha tenido una lesión seria en su boca o cabeza?  SI  NO
- Si es así, explique \_\_\_\_\_

### Alguna vez ha experimentado?

- ¿Un cliqueo/chasquido en su mandíbula?  SI  NO
- ¿Dolor? (articulación mandibular, oído, a un lado del rostro)  SI  NO
- ¿Problemas abriendo/cerrando la boca?  SI  NO
- ¿Problemas masticando en alguno de los lados de la boca?  SI  NO
- ¿Dolores de cabeza, de cuello o de hombros?  SI  NO
- ¿Inflamación muscular (cuello, hombros)?  SI  NO

## HISTORIA MÉDICA

Por favor indique lo siguiente:

¿Alguna vez ha estado bajo el cuidado de un doctor durante los últimos dos años? \_\_\_\_\_

Si es así, explique \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Tel#: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado/usado algún medicamento o droga durante los últimos dos años? \_\_\_\_\_  
 ¿Está tomando/usando algún medicamento, drogas o pastillas en este momento? \_\_\_\_\_  
 Si es así, por favor liste los nombres: \_\_\_\_\_

¿Hace usted alguna reacción alérgica a algún medicamento o sustancia? \_\_\_\_\_  
 Si es así, por favor liste: \_\_\_\_\_

Ha sido usted diagnosticada (o) con osteoporosis? \_\_\_\_\_

Indique cual de las siguientes ha tenido o tiene en este momento.

	SI	NO		SI	NO
Corazón (cirugía, enfermedad, ataque)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Transfusión de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor en el pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemofilia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad cardíaca congénita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de células falciformes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soplo cardíaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Le salen moretones con facilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión sanguínea alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad del hígado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prolapso de la válvula mitral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ictericia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Válvula cardíaca artificial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Desorden neurológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marcapasos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsia o convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiebre reumática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Desmayos/Mareos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis/ Reumatismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervios/Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos de cortisona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cuidado psiquiátrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tobillos hinchados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cuidado psicológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accidente cerebro vascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Dieta (Especial/Restringida)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Conteste lo siguiente:</b>		
Articulaciones artificiales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Usa más de dos almohadas para dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de riñón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Ha ganado o perdido más de 10 libras en el último año?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úlceras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no está en la lista anterior?		
Problemas de tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Mujer:</b>		
Lentes de contacto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se encuentra en estado de embarazo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfisema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Si es así, cuantos meses? _____		
Tuberculosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Esta lactando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Está tomando pastillas anticonceptivas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiebre de heno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Sensibilidad al látex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Alergias o Urticaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Sinusitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Radioterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Tumores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Inflamación por el frío/ ampollas por la fiebre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Hepatitis A (Infecciosa) B (Serum)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Enfermedades venéreas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
HIV Positivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

YO ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA ARRIBA ES NECESARIA PARA PROVEERME UN CUIDADO DENTAL DE UNA MANERA EFICIENTE Y SEGURA. YO HE RESPONDIDO AL MÁXIMO DE MI CONOCIMIENTO. SI EN UN FUTURO SE NECESITARA MÁS INFORMACIÓN, DOY MI AUTORIZACIÓN PARA QUE SE CONSULTE CON LA RESPECTIVA AGENCIA O PROVEEDOR DE SEGURO MÉDICO, QUIENES PODRÍAN PROVEERLOS CON DICHA INFORMACIÓN. YO NOTIFICARÉ AL DOCTOR SOBRE CUALQUIER CAMBIO EN MI SALUD O EN MIS MEDICAMENTOS.

Firma del Paciente / Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Consentimiento Para el Uso y Divulgación de Información de Salud

## Sección A: el paciente da su consentimiento

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Paciente#: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

## Sección B: Al paciente -- por favor lea las siguientes declaraciones cuidadosamente

**Propósito del Consentimiento:** Al firmar esta forma, usted nos otorgará su consentimiento para que podamos usar y divulgar su información de salud protegida para así, llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de salud.

**Aviso sobre Prácticas de Seguridad:** Usted tiene derecho a leer nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad antes de decidir si quiere firmar este Consentimiento. Nuestro Aviso provee una descripción de nuestros tratamientos, actividades de pago, y operaciones de salud, de los usos y divulgación que podríamos hacer de su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Una copia de de nuestro Aviso acompaña a este Consentimiento. Le alentamos a que la lea cuidadosamente antes de firmar este consentimiento.

Conservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad de cómo están descritas en nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad. En el caso de cambiar nuestras prácticas de privacidad, pondremos en circulación un aviso revisado sobre Prácticas de Privacidad, que contendrá los cambios. Dichos cambios podrían ser aplicados a cualquier información de salud protegida que tengamos de usted.

Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad, incluyendo revisiones hechas de nuestro Aviso, en cualquier momento contactando a Martha Restrepo al número (305) 666-3824.

**Derecho a Revocar:** Usted tendrá derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento al enviar una notificación por escrito de su revocación a la persona de contacto listada arriba. Por favor entienda que el revocar este Consentimiento no afectará ninguna acción que tomemos en dependencia sobre este Consentimiento antes de haber recibido su revocación, y que podríamos declinar a tratarlo o continuar con su tratamiento si usted revoca este Consentimiento.

### Firma

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la completa oportunidad de leer y considerar el contenido de esta forma de Consentimiento y de su Aviso sobre Prácticas de Privacidad. Yo entiendo que, al firmar esta forma de Consentimiento, les estoy otorgando mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida para poder llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de salud.

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

Si este consentimiento es firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Usted tiene derecho a una copia de este consentimiento después de haberlo firmado.

## Reconocimiento de Recibos de Aviso Sobre Prácticas de Seguridad

Usted puede negarse a firmar este Reconocimiento

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Seguridad de esta oficina.

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

## Para uso exclusivo de nuestra oficina

Nuestra oficina intentó obtener un reconocimiento de recibos por escrito sobre nuestras Prácticas de Seguridad; sin embargo, el reconocimiento no se pudo obtener porque:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El individuo se negó a firmar                                   | <input type="checkbox"/> Barreras de comunicación prohibieron obtener este reconocimiento |
| <input type="checkbox"/> Una situación de emergencia impidió obtener este reconocimiento | <input type="checkbox"/> Otra (por favor, explique)                                       |

## Absolución de Video, Audio y Fotografía

El abajo firmante por medio de la presente autoriza a los doctores a usar, reproducir y publicar video, audio, fotografías y/o ilustraciones computarizadas de sus dientes/boca, para propósitos educativos y renuncia a cualquier queja en contra de cualquier parte basada en el uso de estas imágenes, de igual manera, renuncia a cualquier queja que implique que el uso de estas imágenes difame o constituya una infracción en contra de sus derechos a la privacidad o cualquier otro derecho que pueda disfrutar. No es mandatorio que firme este párrafo y estoy de acuerdo en que si decido hacerlo, lo estoy haciendo libre y voluntariamente.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente / Guardián

\_\_\_\_\_

Firma del Doctor

\_\_\_\_\_

Firma del Testigo

\_\_\_\_\_

Fecha

## Autorización de recibo de Beneficios Dentales:

Es un placer para nosotros aceptar pacientes que cuentan con seguro dental. Nuestra oficina con mucho gusto se encargará de presentar y archivar las formas de su seguro sin cargo alguno, a manera de cortesía. Sin embargo, requerimos que su deducible y copago (usualmente 20%-50%) sean pagados al momento del servicio. No podemos facturarle a su compañía de seguros a menos de que usted nos provea con la información de su seguro. Usted a través de la presente, autoriza se haga a su seguro una reclamación de reembolso por beneficios dentales recibidos, y que este reembolso sea pagado directamente a T.M.J. Dental Consultants, Inc. Su póliza de seguros es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos, ni hacemos parte de dicho contrato, su compañía de seguros no ha pagado el monto total de su cuenta durante los primeros 60 días, el balance se vencerá automáticamente y será asumido por usted.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente / Guardián

\_\_\_\_\_

Fecha

## Póliza Financiera:

Nosotros tratamos a cada uno de nuestros pacientes con igual cuidado, tenga o carezca de seguro. Desafortunadamente, algunas compañías de seguros no siempre cubren ciertos procesos establecidos, aceptados y/o de rutina. Creemos que usted se merece el mejor tratamiento posible y que esto no debería estar influenciado por las pólizas de las compañías de seguros. Debido a que no tenemos acceso a cada plan de contrato, es difícil para nosotros conocer cada limitación, deducible o indemnización para cada procedimiento. Es importante que usted sepa la cobertura de su póliza. Nuestra práctica está comprometida a proveer el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es consuetudinario y razonable para nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente a cualquier determinación arbitraria por parte de la compañía de seguros acerca de las tarifas usuales o consuetudinarias.

Entiendo y acepto que todos los servicios prestados a mí, mis dependientes, u otros asignados por mí a mi cuenta deben ser cargados directamente a mí. Además, entiendo que soy personalmente responsable del pago. Si yo suspendo el tratamiento, los honorarios por servicios prestados serán exigibles y pagaderos inmediatamente. Si los honorarios de los servicios profesionales no se pagan de conformidad con lo dispuesto en la misma, los honorarios razonables de abogados, además de los cargos financieros aplicables y gastos previstos por la ley se incluirán en el cálculo de la cantidad adeudada. Los cargos financieros se pueden aplicar a todas las cantidades que tengan por lo menos 30 días de mora a una tasa de 1,5% mensual (tasa anual del 18%). Si la cuenta está en mora y entregada a cobros, reconozco que seré responsable de todos los costos razonables relacionados con la recaudación efectiva. El cargo por cheque devueltos es de \$35.00

He leído esta póliza financiera. Entiendo y estoy de acuerdo con esta póliza financiera.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente / Guardián

\_\_\_\_\_

Fecha