



Chart #: \_\_\_\_\_  
Para uso de la oficina

### INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 Masculino  Femenino  Casado (a)  Soltero (a)  Menor  Otro \_\_\_\_\_  
 Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Telefono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_  
 Telefono (Otro): \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Calle o avenida \_\_\_\_\_ Departamento # \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Apartado Postal \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

Ultima visita a su dentista: \_\_\_\_\_ Razon de su visita: \_\_\_\_\_

**Alguna vez ha tenido alguno de estos padecimientos? Por favor mencionelos con una marca (X) Si o No:**

	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No
Sida/HIV+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Golpes en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a la aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a la codeina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo del corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a la ibuprofeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a la erythromacilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogas recreacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a la penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulacion de la mandibula (TMJ Dysfunction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a la vicodina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del rinon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venereas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a la anestetica local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del higado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metanfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia al oxido nitroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumador? # pk/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia al llatex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<b>Otras alergias:</b>		
Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marca pasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazo? Fecha de parto: / /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de radiacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Fiebre de heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

**Mencione medicamentos que este tomando:**

- Alguna vez ha tenido complicaciones despues de algun tratamiento dental ?  Si  No  
por favor expliquelo: \_\_\_\_\_
- Ha sido hospitalizado de emergencia durante los dos anos anteriores a esta fecha ?  Si  No  
Por favor expliquelo: \_\_\_\_\_
- Esta usted actualmente bajo tratamiento medico?  Si  No  
Por favor expliquelo: \_\_\_\_\_
- Nombre de su doctor: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_
- Esta usted esperando algunos resultados medicos?  Si  No  
Por favor expliquelo: \_\_\_\_\_

*En mi conocimiento, las preguntas anteriores e informacion proveida es cierta y correcta. Si he tenido algun cambio en mi salud, lo informare al doctor al momento de mi proxima cita sin falta.*

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

Firma del Paciente, Padre o Guardian

### Como supo de nosotros?

A quien le tenemos que agradecer por recomendarnos ?  A otro paciente, amigo  A otro paciente, familiar

Oficina dental  Paginas amarillas  Periodico  Escuela  Trabajo  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que nos recomendo: \_\_\_\_\_

### Informacion del responsable

El siguiente es para :  El paciente  La persona responsable del pago.

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Masculino  Femenino  Casado(a)  Soltero(a)  Menor  Otro \_\_\_\_\_

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

Telefono (casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Calle o Avenida \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

### Lugar de Trabajo

El siguiente es para:  El paciente  La persona responsable del pago

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Calle o avenida \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

### Informacion de la Asegurancia

**Primera asegurancia**  
 Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Esta asegurado el paciente? Si  No  No  
Apellido Nombre

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ No. de asegurancia \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Domicilio del asegurado: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Zona postal

Nombre del empleado Asegurado \_\_\_\_\_

Domicilio del empleado asegurado: \_\_\_\_\_  
Calle o Avenida Ciudad Estado Zona Postal

Parentesco con el asegurado:  Asegurado  Esposa  hijo(a)  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la asegurancia y domicilio: \_\_\_\_\_

---

**Segunda Asegurancia**  
 Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Esta asegurado el paciente?  Yes  No  
Apellido Nombre

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ No. de asegurancia: \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_

Domicilio del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Calle o avenida Ciudad Estado Zona Postal

Nombre del empleado asegurado: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleado asegurado: \_\_\_\_\_  
Street Ciudad Estado Zona Postal

Parentesco con el asegurado:  Asegurado  Esposa  Hijo(a)  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la asegurancia y domicilio: \_\_\_\_\_

### Consentimiento de servicios

Como una condicion de su tratamiento en esta Oficina, arreglos financieros deben ser por adelantado esta oficina ha dependido del pago de los pacientes , por el costo incurrido en el cuidado sera responsabilidad por parte de cada paciente debe ser determinada antes del tratamiento.

Todo servicio de emergencia dental, o cualquier servicio hecho sin previo arreglo financiero, debera ser pagado al contado al momento de ser ejecutado.

Pacientes que tengan asegurancia dental entienden que todo trabajo dental elaborado , sera cargado directamente al paciente o responsable por el pago de los servicios prestados. Esta oficina ayudara a preparar las formas de asegurancia o asistira en hacer cobros a las companias de asegurancia y acreditaremos cualquier pago a su cuenta. No obstante , esta oficina dental no puede asumir que los servicios rendidos seran cubiertos por su asegurancia.

Yo autorizo y requiero a mi asegurancia pagar directo a mi dentista mis beneficios, ademas autorizo a mi dentista, dar informacion necesaria para asegurar el pago de los beneficios, tambien autorizo el uso de la firma abajo en todo tramite de asegurancia.

Un pago por servicio de 11/2 % por mes ( 18% annual) y el saldo sin pagar sera cargado en la cuenta excedida por 60 dias a menos que haya habido arreglos financieros por escrito .

Yo entiendo que el cobro listado por esta oficina , puede ser unicamente extendido por un periodo de seis meses apartir de la fecha que el paciente tuvo su examen.

En consideracion por los servicios profesionales rendidos a mi o a mi requerido , por el Doctor, estoy de acuerdo de pagar por lo tanto por los servicios, al momento en que estos ocurran, en un periodo no mayor de (5) dias del cobro, si el credito fuera extendido. De nuevo estoy de acuerdo en pagar el razonable valor de los servicios, o debera ser cobrado a menos que yo la objete, por escrito en un periodo de tiempo por el pago, por lo tanto . De nuevo estoy de acuerdo que en el momento de el incumplimiento de mi palabra, no constituye a renunciar a ningun acuerdo o condicion y estoy de acuerdo en pagar los gastos y costos que se originen del abogado.

Doy mi autorizacion para que usted o a quien usted asigne de hablarme por telefono a mi casa o trabajo, para discutir cualquier problema relacionado con esta forma.

He leido las condiciones arriba del tratamiento y pago y estoy de acuerdo con el contenido.

\_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o guardian.

\_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_  
Firma del responsable del pago.

# Forma de Consentimiento de Tratamiento Dental y Reconocimiento del Paciente de Haber Recibido Una Forma de la Descripción de los Materiales Dentales y copia de Noticia de Privacidad/Garantía

Por favor lea los artículos marcados abajo y lea y firme la sección abajo de la forma:

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

1. Una Forma de la Descripción de los Materiales Dentales y copia de Noticia de Privacidad Practicar/Garantía

Yo reconozco haber recibido de AllSmile Dental Practice una copia de la descripción de los materiales dentales, y copia de Noticia de Privacidad Practicar/Garantía Iniciales ( )

2. Tratamiento que se suministrara

Estoy conciente de que se me suministraran los siguientes tratamientos: Rellenos \_\_\_\_ Puentes \_\_\_\_ Coronas \_\_\_\_ Extracciones \_\_\_\_ Extracciones de los dientes impactados \_\_\_\_ Tratamiento de endodancia \_\_\_\_ u otro \_\_\_\_ Iniciales ( )

3. Drogas y Medicines

Estoy conciente que el uso de antibioticos, analgesicos y otras medicamentos, pueden causar reacciones alergicas, provocando irritacion o inflamacion de la piel, dolor, comezon, vomito, y/o estado de shock (severa reaccion alergica). Iniciales ( )

4. Cambios en el Plan de Tratamiento

Estoy conciente que durante el tratamiento quizas sea necesario cambiar o anadir procedimientos por condiciones encontradas en los dientes mientras se trabaja en ellos, y que no fueron descubiertos durante el examen. El ejemplo mas comun, es el tratamiento de endodoncia que sigurestoraciones rutinarios. Yo doy mi consentimiento al dentista para que haga cambios adicionales si es necesario. Iniciales ( )

5. Extracciones de Dientes

Las alternativas de extraccion han sido explicados (tratamiento de raiz, coronas, cirujia oral, etc.). Y yo autorizo al dentista para que remueva los siguientes dientes \_\_\_\_\_ y cualquier otros necessary por ranones expliccadas en el parrafo #3. Estoy conciente que al sacar los diente no siempre se remueve toda la infeccion que esta presente y quizas sea necesario tratamiento adicional. Estoy conciente de los riesgos que implica la extraccion de los dientes. Algunos de los cuales, es dolor, inflamacion, extension de infeccion, o perder el coagulo de sangre, perde la sencibilidadada en los dientes, labios, lengua y el tejido celular, que puede durar por un tiempo indefinido (dias o meses) o fractura de la quijad. Estoy conciente de los reiesgos durante el proceso de la extraccion de los dientes el cual incluye danos al ajuste do los dientes, al germen dentario, movimiento de los dientes, y la necesidad de dejar la punta de la raiz. Estoy conciente que puede ser necesario el tratamiento de un especialista, u hospitalizacion. Si durante el tratamiento, surgiera alguna complicacion, el cual el costo es mi responsabilidad. Iniciales ( )

6. Coronas, Puentes, Veneers, y Casquillos

Estoy conciente que algunas veces no es posible conuinar el color natural con el del diente artificial. Es de mi entero entedimiento que pueda necesitar usar coronas temporales, y que se peden caer con facilidad. Por lo tanto debo de tener cuidado para que se mantengan fijas hasta que las coronas permanentes sean puestas, y estoy conciente que psibles complicaciones pueden ocurrir, como fractura en la percelana del diente das de corona, infeccion dental y futures caries podrian ocurrir las cuales requieran tratamiento adicional. Yo comprendo que la ultima oportunidad para hacer cambios en mi corona nueva, veneers, puente o casquillo (incluyendo forma ajuste tamano y color) antes de el encementado. Iniciales ( )

7. Dentaduras completas o parciales

Estoy conciente que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plastico, metal o porcelana. Los problemas del uso de artificios dentales, me han sido explicados, incluyendo falta de ajuste, dolor y posible ruptura. Yo comprendo que puedo hacer cambios en mi dentaduras (incluyendo forma ajuste, tamano, colocasion y color). Sera en los "dientes de cera" durante la prueba. Estoy conciente que todas los dentaduras requieren un reajuste aproximadamente de 3 a 12 meses despues de la colocacion inicial. El costo de este procedimiento no es incluido en el cobro inicial. Iniciales ( )

8. Tratamiento Endodancia (Endodontico)

Estoy conciente de que el tratamiento de raiz no garantiza que los dientes se salven, y que pueden surgir complicaciones causadas por el tratamiento y que tambien el uso de objetos metalicos (limas o condensadores) son cementados, o extendidos desde la raiz, la cual no afecta necesariamente el exito del tratamiento de raiz dental. Entiendo que ocasionalmente pudiera necesitarse otro tratamiento de la riz el cual se llama apiceciomia (tratamiento de apice). Iniciales ( )

9. Perdida de Tejido y Hueso

Estoy conciente de que tengo una condicion seria que causa inflamacion de la encia y el hueso, y que puede provocar la perdida de los dientes. Se me han explicado otras alternativas de tratamiento incluyendo cirujia de la encia, reemplazamiento o extracciones. Estoy conciente que al tomar cual quier procedimiento dental, puede tener efectos en el futuro en mi condicion dental. Iniciales ( )

10. Rellenos Dentales

Estoy conciente de que un diente o muela recien rellenos pueden estar sensible por un periodo de tiempo, el relleno puede quebrarse si se mastican substancias duras mientras tarda en endureserse y puede caerse despues de un extenso uso. Estoy conciente que la odontologia no es una ciencia exacta por la tanto los practicantes de Buena reputacion no garantizan los resultados. Iniciales ( )

**Yo reconozco que no hay garantia o aseguramiento tocante al tratamiento dental el cual e solicitado y autorizado. Y he tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Mis pregunta has sido contestadas a mi satisfacion. Yo doy concentimiento para el tratamiento recomendado.**

Firma del paciente / guardian si el paciente es menor de edad:  \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Doctor: CPENA

Testigo: tgardner