

California Dentistry & Orthodontics

Fecha de hoy: ___/___/___

INFORMACIÓN DEL PACIENTE...

PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE	INICIAL	APELLIDO	PREFIERE QUE SE LE LLAME	
DIRECCIÓN			FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	MASCULINO FEMENINO	CASADO(A) SOLTERO(A)
TELÉFONO DE CASA ()	TELÉFONO CELULAR ()	TELÉFONO DE TRABAJO ()	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
CORREO ELECTRÓNICO			LICENCIA DE CONDUCIR NÚM	

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, PROPORCIONE:

NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR			RELACION	
DIRECCIÓN			FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	MASCULINO FEMENINO	CASADO(A) SOLTERO(A)
TELÉFONO DE CASA ()	TELÉFONO CELULAR ()	TELÉFONO DE TRABAJO ()	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
CORREO ELECTRÓNICO			LICENCIA DE CONDUCIR NÚM	

PROPORCIONE INFORMACIÓN DE CONTACTO ADICIONAL...

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA		NUMERO DE TELÉFONO ()	RELACION
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE DEL PARIENTE MAS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED		NUMERO DE TELÉFONO ()	RELACION
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

EL MAYOR CUMPLIDO QUE NUESTROS PACIENTES NOS PUEDEN DAR ES REFERIRNOS CON SUS FAMILIARES Y AMIGOS...

¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLE?	¿SON PACIENTES NUESTROS?
---	--------------------------

SI USTED TIENE SEGURO DENTAL, POR FAVOR PROPORCIONE:

COMPAÑIA ASEGURADORA PRIMARIA		COMPAÑIA ASEGURADORA SECUNDARIA	
NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS	TELÉFONO DE LA COMPAÑIA ()	NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS	TELÉFONO DE LA COMPAÑIA ()
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR ()	NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR ()
NOMBRE DEL ASEGURADOR	NUM. DE IDENTIFICACION	NOMBRE DEL ASEGURADOR	NÚM. DE IDENTIFICACION
FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL PACIENTE
NÚM. DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADOR		NÚM. DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADOR	
SI ES ESTUDIANTE NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD	TIEMPO COMPLETO MEDIO TIEMPO	SI ES ESTUDIANTE NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD	TIEMPO COMPLETO MEDIO TIEMPO

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- | | | |
|--|---|---|
| ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Esta usted en una dieta especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usa tabaco? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usted usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?
 Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|--|---|-----------------------------------|---|
| SIDA / HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diálisis renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / vértigo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretonescon facilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falla del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | La ictericia amarilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____

California Dentistry & Orthodontics

9867 Magnolia Ave. Ste. E

Riverside CA 92503

Teléfono: (951)352-2112

Consentimiento para El Tratamiento Dental

POR FAVOR INICIAL CADA PÁRRAFO DESPUÉS DE LA LECTURA. Si tienes alguna pregunta, pídale a su médico antes de INICIALIZAR.

_____ 1. **Examen y Limpieza:** Entiendo que estoy teniendo el médico realice un examen y limpieza.

_____ 2. **Drogas y medicamentos:** Entendido que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones de alérgicas, resultando en enrojecimiento, hinchazón de los tejidos, picazón, dolor, náuseas y vómitos o más graves reacción de alergia, incluyendo las irregularidades del corazón. He informado al médico de cualquier alergia conocida. Ciertos medicamentos pueden causar somnolencia y problemas de juicio. Es recomendable no conducir o operar equipos peligrosos al utilizar esas drogas. Tengo entendido que medicamentos están destinados a mitigar el dolor y despegar el borde y no pueden ser efectivos para la eliminación de dolor.

_____ 3. **Rayos X:** Comprendo y voluntariamente han elegido tener diagnósticos radiografías (rayos x) para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de planificación de mi condición dental. Yo no asimiento a mi dentista responsable para ninguna riesgos asociada a este procedimiento.

_____ 4. **Selladores:** Entiendo que selladores están diseñados para ayudar a proteger un diente y para ayudar a prevenir la caries en la superficie de masticación de un diente. Un sellante no es una protección garantizada de decaimiento. Ellos pueden llevar fuera del chip y puede requerir el reemplazo periódico. Normalmente no están cubiertos por el seguro.

_____ 5. **Rellenos:** Entiendo que una restauración más amplia que la prevista originalmente puede ser necesaria debido a las condiciones originales descubiertas durante la preparación. Me doy cuenta que rellenos son raramente "permanentes" y normalmente requieren reemplazo periódico. Entiendo que cualquier momento que es preparado un diente, por cualquier motivo, existe siempre una irritación del nervio del diente, que puede resultar en sensibilidad postoperatoria o en algunos casos, daño permanente del nervio que requieren tratamiento de Endodoncia o extracción del diente. Es difícil predecir cómo su diente puede responder al tratamiento.

_____ 6. **Coronas y puentes:** Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con dientes artificiales. Además tengo entendido que puedo llevar coronas temporales, que pueden desprenderse fácilmente y que debo ser cuidadoso asegurar que se mantengan hasta las coronas permanentes se entregan. Me doy cuenta de que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, puente, cap o (incluyendo el color, tamaño y forma, ajuste) será antes de cementación.

_____ 7. **Dentaduras:** Entiendo que el uso de prótesis es difícil. Dolorido por spots, voz alterada y dificultades para comer son problemas comunes. Dentaduras inmediatas (colocación de extracción inmediatamente después de dentaduras postizas) pueden ser dolorosos. Prótesis inmediatas pueden requerir ajustes considerables y varios relines. Más tarde se necesitará una reline permanente. Esto no está incluido en la tarifa de prótesis. Entiendo que es mi responsabilidad volver para la entrega de las prótesis. Entiendo que fracaso para mantener mi nombramiento de entrega puede resultar en prótesis dentales mal fijadas. Si un remake es necesario debido a Mis retrasos de más de 30 días habrá cargos adicionales.

_____ **8. Terapia Endodoncia:** Me doy cuenta que no hay ninguna garantía de que tratamiento de Endodoncia salvara un diente, y puede ocurrir esa complicación del tratamiento. Entiendo que indetectable "rayita" grieta en un diente puede causar falla, no importa cómo extensa terapia puede ser. Un pequeño porcentaje de los canales de la raíz de un error a pesar de los esfuerzos. Entiendo que la atención de especialidad puede indicarse si surgen complicaciones, tales como la necesidad de un apicoectomy.

_____ **9. Extracción, Alveoplasty y/o eliminación de toro:** Entiendo quitando los dientes no siempre eliminar todas la infección, si está presente, y puede que sea necesario tener más tratamiento. Entiendo que los riesgos que implica tener dientes eliminados, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, la propagación de la infección, socket seco, pérdida de sensación en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante que puede durar un período de tiempo indefinido. Entiendo que alveoplasty es un procedimiento quirúrgico que alivia la quijada. Se realiza en las zonas donde se ha eliminado o perdieron dientes. Alveoplasty puede hacer sola, pero generalmente se realiza al mismo tiempo que se extraen los dientes

_____ **10. Tratamiento periodontal:** La enfermedad periodontal puede ser una enfermedad grave, causando chicle y hueso inflamación y/o pérdidas y puede conducir a la pérdida de los dientes permanentes. Planes de tratamiento han sido explicadas a mí, incluida la escala y raíz planificación (limpieza profunda), huesos injerto, extracción de reemplazo de dientes y chicles cirugía. Entiendo que gran parte del éxito del tratamiento periodontal depende mi continua atención domiciliaria y fiel adhesión a siguiendo instrucciones de mi médico, incluida la observancia estricta del nombramiento de limpieza. Entiendo que la atención de un especialista puede ser necesaria.

Cambio de PLAN de tratamiento : Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones que descubrió durante el tratamiento y que no fueron evidentes durante el examen. Autorizo a mi médico utilizar juicio profesional para brindar atención apropiada.

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que no específico puede aseguró o garantizado. Reconozco que tales garantías no han sido sobre el tratamiento que he autorizado. Entiendo que el plan de tratamiento y las tasas propusieron están sujetos a modificación, dependiendo de las condiciones imprevistas o no diagnosticadas que pueden ser reconocidas sólo en el curso del tratamiento. Entiendo que cualquier gasto asociado es mi responsabilidad financiera.

He dado una historia clínica completa y veraz, incluyendo todos los medicamentos, el uso de drogas, embarazo, etc.

Consentimiento: He tenido la oportunidad de tener todas mis preguntas respondidas por mi médico y certifico que entiendo inglés. Mi firma abajo indica que entiendo el tratamiento y la anestesia que se propone para mí, junto con riesgos conocidos y complicaciones asociadas con ese tratamiento. Queda dar su consentimiento para el tratamiento. Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento tengo elegido.

Firma
(Pacientes menores de 18 años de edad, padre o tutor firma)

Fecha

HIPPA Regla de Privacidad del Acuerdo de Autorización del Paciente

**Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida
para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica (\$164.508(a))**

Yo, _____ (nombre del paciente) entiendo que como parte de mi atención médica en esta clínica, se origina y mantiene el historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, tratamiento y planes para el tratamiento de cuidado en el futuro. Entiendo que esta información sirve como

- Base para planear mi tratamiento dental
- Medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen para mi atención dental
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico y información quirúrgica en mi factura
- Una forma de como una tercera parte o aseguradora responsable puede verificar los servicios facturados que fueron realmente elaborados

Una herramienta para operaciones de atención médica rutinarias tales como la evaluación de la calidad y revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Se me ha proporcionado una copia de la notificación de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de información de usos y divulgaciones

Entiendo que como parte de mi atención y tratamiento puede ser necesario proporcionar mi información de salud protegida a otra entidad cubierta. Tengo el derecho de revisar el aviso de la instalación antes de firmar esta autorización. Autorizo a esta divulgación de mi información protegida de la salud como un especificado más abajo para los fines y las partes designadas por mí.

Regla de la Privacidad del Paciente de Acuerdo

Consentimiento para el uso y la divulgación de información de salud protegida para tratamiento, pago u opciones de salud.
Entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el aviso de este centro de información antes de firmar este consentimiento
- Este servicio, se reserva el derecho de cambiar el aviso y prácticas y antes de la implementación le enviará por correo una copia de cualquier notado revisado la dirección que he proporcionado si se solicita
- Tengo el derecho a solicitar restricciones en cuanto a como mi información de salud protegida puede ser usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica y que esta instalación no está obligada por ley a de acuerdo a las restricciones solicitadas
- Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que este servicio, ya han tomado medidas en virtud de las mismas

Es procedimiento de la instalación para compartir información de salud protegida con laboratorios, rayos x, consultoría, de médicos y hospitales. Vamos a llamar a la farmacia de su elección en cuanto a sus recetas. Solo intercambiamos información de salud protegida necesarios mínimos para cada transacción.

Firma del Paciente o Legal Representante Testigo _____

Nombre del Paciente o Legal Representante Testigo _____ Fecha: _____

REGISTRO DEL PACIENTE

California Dentistry & Orthodontics

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

1. Por este medio autorizo al medico o al personal designado para que puedan tomar Rayos X, modelos de estudio, fotografias y otros métodos de diagnóstico que el médico considere apropiados para realizar un diagnóstico minucioso de mis necesidades dentales o las de mis dependientes.
2. Otorgo mi consentimiento para que el médico o el personal designado utilicen y divulgen cualquier registro médico oral, escrito o electrónico que se pueda identificar de forma individual como mío o de mis dependientes con el propósito de realizar mi tratamiento, pago o recibir atención médica. Entiendo que sólo se utilizará o divulgará la cantidad mínima de información necesaria para proveer atención de calidad y que se encuentra disponible un aviso que describe completamente la protección de salud personal.
3. Por este medio autorizo y ordeno que se pague directamente para nuestra oficina el pago de los beneficios del seguro dental que de otro modo serían pagaderos a mí por los servicios prestados. En el caso que la compañía de seguro me envíe el pago por error, entiendo que soy responsable de remitir dicho pago inmediatamente para nuestra oficina dental.
4. Acuerdo ser responsable por el pago de todos los servicios que se presten en mi nombre o en nombre de mis dependientes. Entiendo que el pago debe efectuarse en el momento de recibir el servicio, a menos que se hayan hecho otros acuerdos. En el caso de que los pagos no se reciban en las fechas acordadas, entiendo que es posible que se sume a mi cuenta el 1-1/2% (18% tasa anual) de cargo por atraso o \$15 de cargo por atraso por pago tardío. También acuerdo informar nuestra oficina dental de cualquier cambio de dirección o número de teléfono dentro de los siguientes 30 días de dicho cambio. En el caso que no cumpla con ello, autorizo nuestra oficina dental a utilizar todos los medios debidos, inclusive el uso de registros de historial crediticio, para averiguar mi nueva dirección para propósitos de cobro.

Firma del paciente _____ Fecha ____/____/____

Firma del padre de familia/parte responsable _____

Relación con el paciente _____

Testigo _____