

BIENVENIDO

Los beneficios de una sonrisa feliz y saludable son infinitos. Nuestra meta es ayudarlo a alcanzar y mantener una salud oral óptima. Por favor, rellene este formulario completamente. Mientras mejor nos comuniquemos, mejor podremos cuidar de Usted.

1 SOBRE USTED

Fecha de hoy: _____

Correo electrónico: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial Sr. Sra. Srta.

Prefiero que me llamen por: _____ Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____

Seguro Social: _____

Dirección de casa: _____
de Apt./Condo

Ciudad Estado Código postal

Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Tel. Casa: (____) _____ Tel. Celular/Otro: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____

Licencia de manejar: _____

Patrón: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

¿Cuánto tiempo lleva en ese trabajo? _____ Ocupación: _____

¿Cuándo y a qué hora es mejor llamarle? _____

¿A quién debemos agradecerle que lo refiriera? _____

Otros miembros de la familia atendidos por nosotros: _____

Dentista previo / actual: _____
(por favor haga un círculo alrededor del que convenga)

Persona responsable por la cuenta: _____

2 INFORMACIÓN DEL/A ESPOSO/A

Su nombre: _____

Patrón: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____

de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Licencia de manejar: _____

Amigo o pariente que no viva con Ud.

Su nombre: _____ Relación: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Tel. Casa: (____) _____

3 ASEGURANZA

¿Plan dental? Sí No

Compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Teléfono: (____) _____

de grupo (# de plan, local o póliza): _____

Nombre del asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de nac. del asegurado: ____/____/____

de Seguro Social: _____

Patrón del asegurado: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

Aseguranza secundaria

¿Plan dental? Sí No

Compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Teléfono: (____) _____

de grupo (# de plan, local o póliza): _____

Nombre del asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de nac. del asegurado: ____/____/____

de Seguro Social: _____

Patrón del asegurado: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

El pago debe hacerse en su totalidad al momento de recibir el tratamiento a menos que se hayan hecho arreglos previos y éstos hayan sido aprobados con anterioridad.

Si esta oficina acepta aseguranza, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios recibidos así como por el pago de cualquier co-pago o deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo el pago directo a la Oficina Dental de los beneficios del grupo de aseguranza que de otro modo me serían pagados. Entiendo que soy responsable por todo el costo del tratamiento dental. Autorizo la entrega de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los expedientes de tratamiento o examen provistos, a mi compañía de seguros.

Firma _____

Fecha _____

CONTINÚA AL DORSO

4 HISTORIAL MÉDICO

¿Tiene Ud. un médico personal? Sí No

Nombre del médico: _____

Tel.: (____) _____ Fecha de la última visita: _____

Su estado actual de salud es: Bueno Regular Pobre

Actualmente, ¿Está Ud. bajo atención médica? Sí No

Por favor, explique: _____

¿Fuma Ud. o utiliza alguna forma de tabaco? Sí No

¿Le han puesto varillas de metal, tornillos o implantes? Sí No

¿Está tomando alguna medicina con o sin receta? Sí No

Haga una lista de cada una: _____

¿Ha tomado algún medicamento de Bisfosfonato/Fosamax? Sí No

Si la ha tomado, ¿cuándo? _____

Para mujeres: ¿Toma Ud. pastillas anticonceptivas? Sí No

¿Está Ud. embarazada? Sí No **Semana #:** _____

¿Está lactando? Sí No

¿Ha tenido Ud. algunas de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado anormal / Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes / Ampollas de fiebre |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alcohol / abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No VIH |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hospitalización |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Huesos / coyunturas / válvulas artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Baja presión |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lupus |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer / Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapsia de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Colitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Defecto congénito del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiación |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática / escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Varicelas adultas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de la tiroide |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ataque cardíaco / cirugía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades venéreas |

Haga una lista de cualquier condición médica seria que tenga / haya tenido: _____

¿Es Ud. alérgico a cualquiera de las siguientes cosas?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aspirina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eritromicina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Codeína | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Joyas / metales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anestésicos dentales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Látex | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro |

Haga una lista de cualquier otra medicina / material al que sea alérgico: _____

5 HISTORIAL DENTAL

¿Por qué vino al dentista hoy? _____

¿Sufre de dolor en este momento? Sí No

¿Requiere Ud. de antibióticos antes del tratamiento dental? Sí No

Su estado actual de salud es: Bueno Regular Pobre

¿Ha tenido Ud. problemas serios / complicaciones asociadas con trabajos dentales previos? Sí No

¿Utiliza hilo dental a diario? Sí No

¿Se cepilla los dientes a diario? Sí No

Tipo de cerdas en el diente: Duras Medianas Suaves

¿Ha tenido tratamiento para las encías? Sí No

¿Sangran sus encías? Sí No ¿Le pican? Sí No

¿Ha sufrido alguna vez de enfermedades periodónticas? Sí No

¿Ha sufrido Ud. alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandíbula (TMJ / TMD)? Sí No

¿Son sus dientes sensibles al calor, frío u otra cosa? _____

¿Se mueven sus dientes? Sí No

¿Tiene Ud. todavía las muelas del juicio? Sí No

¿Le gustaría tener un aliento más fresco? Sí No

¿Le gustaría tener los dientes más blancos? Sí No

¿Está contento con su sonrisa? Sí No

Si no está contento, ¿qué cambiaría? _____

Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental a llevar a cabo cualquier servicio dental que sea necesario durante el diagnóstico y tratamiento, con mi consentimiento.

Firma _____

Fecha _____

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado verbalmente la información médica / dental con el paciente aquí nombrado:

Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios del doctor: _____

Nuestra oficina cumple con las normas HIPAA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.

Actualización del historial médico

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado médico desde su última visita? Sí No

Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del dentista _____ Fecha _____

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado médico desde su última visita? Sí No

Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del dentista _____ Fecha _____

Reidville Dentistry & Implants LLC

464 Reidville Drive Suite A2

Waterbury, CT 06705

(203)575-9120

Método de pago

El pago se espera el día en que se proporciona el servicio. Estaremos encantados de enviar a su compañía de seguros; sin embargo, después de 90 días si el saldo no se paga, se convierte en responsabilidad del paciente o asegurado de hacer un seguimiento con su compañía de seguros.

Aceptamos cheques locales (CT), giros postales, efectivo y las principales tarjetas de crédito. A partir de esta fecha, no podemos aceptar cheques iniciales o cheques de más de \$200.00.

A las cuentas morosas transferidas a cobranza se les cobrará un cargo de hasta el 40% del saldo no pagado.

A los cheques devueltos se les cobra un cargo mínimo de \$50.00.

Citas rotas

Las citas perdidas son una dificultad para todos, incluido el paciente. Nuestra política requiere un aviso de 24 horas para cambiar o cancelar una cita. Su compañía de seguros no es responsable ni se les cobrará por las citas perdidas. Las citas interrumpidas sin previo aviso de 24 horas están sujetas a un cargo de \$50.00 y pueden resultar en la terminación del tratamiento.

Registros duplicados

Reidville Dentistry and Implants LLC se complacerá en enviar sus registros con su autorización por escrito que debe incluir el nombre y la dirección de su dentista actual.

Las radiografías [rayos X] se pueden enviar *sin cargo a otro proveedor*. Se requiere un mínimo de 5 días hábiles para este servicio.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Reidville Dentistry & Implants LLC

Consentimiento informativo para el tratamiento dental de rutina

Para proporcionar un tratamiento dental cómodo, a menudo es necesario administrar anestesia local. (Novocaína, Lidocaína, etc.) por inyección. Este es un procedimiento comúnmente realizado en los consultorios dentales y por lo general conlleva muy poco riesgo, sin embargo, existen riesgos asociados con su uso.

Las posibles complicaciones incluyen, pero no se limitan a:

- Dolor o infección local
- Entumecimiento temporal pero potencialmente permanente o sensación alterada del nervio que va al labio, lengua, encía, etc.
- Reacción sistemática [de todo el cuerpo], incluida la reacción alérgica.

Además, el tratamiento puede producir dolor o molestias prolongadas en las articulaciones de la mandíbula. Esta es una complicación conocida debido a la apertura amplia y la tensión en las articulaciones de la mandíbula. Aunque suele ser temporal, pueden producirse molestias y movimientos de la mandíbula restringidos durante algún tiempo.

Con mi firma doy fe de que he leído y comprendo este consentimiento para que me administren anestesia local según sea necesario y para que me realicen procedimientos dentales de rutina. He proporcionado un historial preciso de mi estado médico y dental, incluidos todos los medicamentos que estoy tomando.

Firma del paciente

Nombre del paciente

Fecha

Firma del padre o encargado (si es menor)/parentesco

Testigo

Reidville Dentistry & Implants LLC

464 Reidville Drive Suite A2

Waterbury, CT 06705

(203)575-9120

Por la presente acuso recibo de las normas de privacidad de HIPAA.

Copias disponibles si desea leerlas

Firma del paciente/padre/encargado

Fecha