

REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLÍNICA

Fecha _____ (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA) Teléfono Particular (_____) _____

Paciente _____
Apellido Primer Nombre Inicial Nombre Preferido

Dirección - Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Sexo: M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Empleado(a) por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (_____) _____

Nombre del Cónyuge/Padre o Madre _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Padre o Madre _____

Cónyuge/Padre o Madre Empleado por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (_____) _____

¿Quién es responsable por esta cuenta? _____ Relación con el Paciente _____

No. de Seguro Social _____ No. de Seguro Social del Cónyuge/Padre o Madre _____

Nombre de la Compañía del Seguro Dental _____ Grupo Número _____

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono (_____) _____

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.? _____

HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Médico _____ Fecha del Último Examen Físico _____

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dieta Especial |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA u Otros |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Diarrea Crónica | <input type="checkbox"/> Trastornos Inmunosupresores |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales | <input type="checkbox"/> Alergias a Anestésias | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda | <input type="checkbox"/> Alergias Generales | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Drogaadicción |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hemofilia |

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? _____

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? _____

¿Está tomando Ud. actualmente algún medicamento? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

¿Ha tomado Ud. alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen" (fenphen, en inglés). Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico? Sí No ¿Por el tratamiento de qué condiciones? _____

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? _____

(Mujeres) ¿Sospecha Ud. que está embarazada? Sí No ¿Está Ud. amamantando a un bebé? Sí No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? _____

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha _____ Firma _____

(SIGUE AL DORSO)

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el suscrito, tengo seguro con _____
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

Fecha

Firma

CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NIÑO

Yo, siendo el padre o tutor de _____ por el presente
Nombre del menor/niño

solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi niño, incluyendo pero no limitados a, radiografías y la administración de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo esté presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/niño. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental? Sí No

¿Para qué condiciones? _____

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Dentista

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental? Sí No

¿Para qué condiciones? _____

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Dentista

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Por favor lea y escriba las iniciales de su nombre en cada uno de los siguientes párrafos, y lea y firme la sección al pie de esta forma.

Nombre del Paciente _____

1. TRATAMIENTO A HACERSE

Entiendo que me harán el siguiente tratamiento: Empaste____ Puentes____ Coronas____ Extracción de Dientes____ Extracción de Dientes Impactados____ Anestesia General____ Conducto Radicular____ Otro PROPHYLAXIS (Iniciales _____)

2. FÁRMACOS Y MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando el enrojecimiento e inflamación de tejidos, dolor, comezón, vómito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa).. (Iniciales _____)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontradas durante la examinación, siendo lo más común la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/ todos los cambios y añadiduras necesarios. (Iniciales _____)

4. EXTRACCIÓN DE DIENTES

Se me han explicado las alternativas a una extracción de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al Dentista extraerme los siguientes dientes _____ y cualquier otro(s) que sea necesario por motivos descritos en el párrafo #3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre remueve toda la infección, si la hay, y puede que necesite tratamiento adicional. Entiendo cuáles son los riesgos de una extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, propagación de la infección, alveolo seco, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un período de tiempo indefinido (días o meses), o quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizado si resultan complicaciones durante o después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto. (Iniciales _____)

5. CORONAS, PUENTES Y FUNDAS

Entiendo que algunas veces no es posible igualar exactamente el color de la dentadura postiza al de la dentadura natural. Además entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarme de que no se caigan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Estoy enterado que la última oportunidad para hacer cambios a mi nueva corona, puente o funda (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré antes de la cementación. (Iniciales _____)

6. DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS O PARCIALES

Estoy enterado de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, construídas de plástico, metal, y/o porcelana. Se me han explicado los problemas que pueden surgir por usar estos aparatos, incluyendo aflojamiento, dolor, y posible ruptura. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré cuando asista a la consulta para probarme los "dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren otra alineación aproximadamente de tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en el costo inicial de la dentadura postiza. (Iniciales _____)

7. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO (CONDUCTO RADICULAR)

Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y que pueden presentarse complicaciones por el tratamiento, y que en ocasiones, se cementan objetos de metal en el diente o se extienden a través del conducto radicular, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones puede necesitarse de procedimientos quirúrgicos adicionales después de un tratamiento de conducto radicular (apicoectomía). (Iniciales _____)

8. PÉRDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que tengo una condición grave, que está causando inflamación o pérdida de encías y de hueso, y que puede causar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo cirugía de la encías, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condición periodontal. (Iniciales _____)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, prácticos acreditados no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad _____ Fecha _____

Patient Acknowledgement of Receipt of Dental Materials Fact Sheets

We have posted 'Dental Material Fact Sheet' in the wall and provide copy of it when the patient asks. Please, read and ask any question you may have.

"I acknowledge that I have read or been offered from the dental office, a copy of the Dental Materials Fact Sheet."

Patient/Guardian Sign: _____ **Date:** _____

HIPAA Information and Consent

We have posted 'HIPAA Information' in the wall and provide copy of it when the patient asks. Please, read and ask any question you may have.

"I consent and acknowledge my agreement to the terms set forth in the HIPAA INFORMATION FORM and any subsequent changes in office policy. I understand that this consent shall remain in force from this time forward"

Patient/Guardian Sign: _____ **Date:** _____

Phone/Cell phone/Email Contact Consent

Our main ways to contact patients are Text or call to phone or cell phone. So, please, allow us to contact you especially to your cell phone mostly by texting. For optional email, we will send special discount information when we have specials. We don't share with anybody else.

"I authorize and expressly consent to receiving calls and/or SMS/text and voice messages delivered to my phone number placed by Woo Yong Lee DDS Inc."

Patient/Guardian Sign: _____ **Date:** _____

Cell Phone number: _____

Optional Email : _____