



INFORMACION DEL PACIENTE

Sr. Sra. Srta. Dr. Primer Nombre _____ Inicial _____ Apellidos _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Soc. Sec. # _____

Dirección de Vivienda, Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Telef. Casa _____ Cel. _____ Trabajo _____ Empleador: _____

Email _____ En caso de Emergencia contactar: _____ Tel. _____

Dentista General _____ Telef. _____ En caso de ser Greenberg, Coast, or Celebration, cual locación _____

Cómo se entero de nosotros? Compañía de Seguros Dentista General Internet Paginas Amarillas Online
 Directorio Telefónico Paciente de la practica (su nombre: _____) Amigo/Familiar (su nombre: _____)
 Otros: _____ **Quién es la persona responsable de su factura?** Ud. mismo (Si es Ud. Mismo siga a la sig. sección) Esposo/a Padre Otro _____

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____ Soc. Sec. # _____

Dirección de Vivienda, Calle _____ Ciudad: _____ Estado _____ Zip _____

Telef, Casa. _____ Cel. _____ Trabajo _____ Empleador _____

INFORMACION DEL SEGURO DENTAL

Compañía Aseguradora _____ Telef. _____ DMO/HMO PPO DELTA CARE

Grupo # _____ Nombre del Grupo _____ ID Subscriptor # _____

(Si es otra persona) Nombre del Beneficiario _____ Apellido _____ Relación _____

Dirección de Vivienda, Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Fecha de Nac. _____ Soc. Sec. # _____ Telef. _____ Empleador _____

HISTORIA MEDICA Ud a sufrido o sufre de los siguientes:

Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	VIH	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Murmullo en el Corazón/Prolapso de Válvula Mitra	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Angina/Problemas Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Reemplazo de articulación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marcapaso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Embarazo, Lactancia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hepatitis/Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas en Senos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Colon Irritable / Colitis Ulcerativa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sangramiento de las encías	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Abuso de Sustancias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alergia a Penicilina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ulceras Gástricas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas Mentales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alergia al Látex	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis/ Problemas de Pulmón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otra Condición	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Su medico primario le dio instrucciones de pre-medicación con antibióticos previos al tratamiento dental? Si No

En caso de contestar si, explique: _____

Actualmente esta tomando algún medicamento: (osteoporosis, bisphosphonatos, diluyentes de sangre, vitaminas, suplementos, otros): _____

Alergia a alguna droga o medicamento: _____



Certifico que toda la información arriba es correcta:

Paciente (o Representante)

Fecha

**APROBACION PARA EL USO DE INFORMACION MEDICA
Y RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO LA NOTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Sección A: Consentimiento Del Paciente

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero Telefónico: _____

Sección B: Al Paciente- Por Favor Lea Cuidadosamente

Propósito del Consentimiento: Al firmar este formulario, usted aprueba el uso de su información protegida para tratamiento, pagos, y otros procedimientos.

Nota de Practicas de Privacidad: Usted tiene el derecho a leer nuestra Nota de Practicas de Privacidad antes de firmar. Nuestra Nota suministra una descripción de nuestros tratamientos, actividades de pagos, y operaciones de salud; de los usos que le podemos dar a su información médica, y otros asuntos de su información medica protegida. Una copia de nuestra Nota acompaña este papel de Consentimiento. Los encomiamos a leerlo cuidadosa y completamente antes de firmar este Consentimiento. Reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad como ha sido señalado en nuestra Nota de Practicas de Privacidad. Si hay cambios en nuestras practicas de privacidad, habrá un nuevo y revisado formulario de Nota de Practicas de Privacidad. Esos cambios pueden aplicar a su información médica. Usted puede obtener una copia de nuestra Nota de Practicas de Privacidad incluyendo nuestras revisiones en cualquier momento al contactar: Business Manager (Director Comercial), 407-423-7667 Direccion: 610 N. Mills Ave #210, Orlando, FL 32803 Derecho a Revocar: Usted tendrá el derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento al darnos un aviso escrito de su revocación y someterlo al director comercial. Por favor entienda que revocar este Consentimiento *no* afectará ninguna acción hecha en concordancia con este Consentimiento antes de recibir su revocación, y que nosotros podemos negar a continuar el tratamiento si usted revoca este Consentimiento.

Autorización Para Consentimiento

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este Consentimiento y la Nota de Practicas de Privacidad. Yo entiendo que al firmar este formulario de Consentimiento, estoy dando consentimiento para usar mi información médica para seguir tratamiento, pagos, y otras operaciones médicas. Información de tratamiento dental puede ser dispersada a todos los proveedores envueltos en mi cuidado incluyendo documentación adicional como radiografías u otra información.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si este Consentimiento es firmado por un **representante personal** por el paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: _____

Relación al Paciente: _____



REVOCAION DE CONSENTIMIENTO

Yo revoco mi Consentimiento para el uso de mi información médica para tratamiento, pagos, y otros procedimientos médicos. Entiendo que revocar mi consentimiento *no* afectara ninguna acción tomada en concordancia con mi consentimiento antes de que recibieran este Aviso Escrito de Revocación. También entiendo que mi tratamiento puede ser definitivamente detenido después de mi revocación.

Firma: _____ Fecha:

P. 1

Consentimiento Informado Para Tratamiento Endodóntico

Usted, ha sido referido a nuestra oficina de especialistas debido a que quizás necesite un tratamiento endodóntico. La necesidad para esta terapia es comúnmente debido a traumas previos (bien sea por caries, restauraciones de gran tamaño o fracturas) en su diente, lo cual ha comprometido la salud del tejido pulpar. Endodoncia (tratamiento de canal) es realizado para aliviar los síntomas existentes y salvar el diente que quizás debería ser extraído. Esta terapia es realizada como un tratamiento endodóntico convencional (se realiza la remoción del tejido pulpar y el espacio que es creado en el canal es sellado, para aliviar o prevenir infección en la raíz del diente), o cuando es necesario cirugía endodóntica. No realizamos examen para detectar cáncer oral.

Nos complace e interesa que todos nuestros pacientes sean informados acerca de los diferentes procedimientos y riesgos que involucra el tratamiento/ cirugía comparados con otras opciones de tratamiento. **Usted debe firmar este consentimiento previo a su evaluación, Sin embargo no esta usted obligado a ninguna opción de tratamiento.** Queda entendido que puede realizar cualquier pregunta y que usted ha sido informado y entiendo lo siguiente:

Cualquier procedimiento dental implica riesgos tales como reacciones alérgicas o complicaciones ante cualquier procedimiento odontológico previo, material dental, medicamento o inyecciones. Entre las complicaciones que pueden ocurrir se pueden incluir inflamación, sensibilidad, sangramientos, cambios de coloración, dolor, picazón, infección, decoloración en el diente, limitación de apertura o en cierre de la boca, cambios en la mordida, retardo en la cicatrización, calambres o espasmos en los músculos de la cara, sensación de adormecimiento en la cara o la boca, En algunas ocasiones puede generar un absceso, perdida de diente, dolor irradiados hacia oídos, cuello o la cabeza, nauseas, o perforaciones en los senos paranasales.

Riesgos más específicos ante una terapia endodóntica o procedimiento quirúrgico:

Se pueden incluir mas no son limitantes: La posibilidad de fractura de un instrumento en el interior del canal, perforaciones (apertura no programada) a nivel de la corona del diente o de la raíz, daño de puentes existentes, restauraciones, coronas, veniers de porcelana, perdida de estructura dentaria, laceración al tejido blando (encías) o nervios cerca del diente a tratar, o pequeños fragmentos de la raíz remanente. **Si es necesario el acceso a los canales a través de una corona presente, existe la posibilidad de que requiera una nueva corona en el futuro.** Su Odontólogo general determinara si este procedimiento es necesario. Durante el procedimiento, pueden surgir complicaciones que pueden comprometer la finalización del procedimiento, o que requiera de cirugía o extracción del diente. Entre estas complicaciones se pueden incluir imposibilidad de lograr un acceso a los canales del diente, bloqueo de canales debido a restauraciones

hechas previamente, curvaturas o canales en extremo delgados, calcificaciones naturales, enfermedad periodontal, defectos por reabsorciones, fracturas del diente.

Medicamentos: la prescripción de ciertos medicamentos pueden causar infectividad de pastillas anticonceptivas, letargo, falta de coordinación (lo cual puede ser influenciado por el uso de alcohol u otras drogas. No se recomienda operar ningún vehículo o realizar maniobras riesgosas mientras este bajo los efectos del medicamento.

P. 2

OTRAS OPCIONES DE TRATAMIENTO: Estas incluyen el no realizar ningún tratamiento, esperar por la aparición de síntomas concluyentes, o la extracción del diente. Todas estas opciones, y la opción de no culminar el tratamiento endodóntico una vez este ha sido iniciado, conlleva riesgos por si mismo, tales como: dolor severo, infección e inflamación, formación de quistes, enfermedades sistémicas, perdida de dicho diente e incluso dientes adyacentes. La extracción de un diente frecuentemente viene seguida por la confección de un Puente, dentadura parcial, o implante dental para la prevención del desplazamiento de otros dientes que puedan afectar la distribución de las fuerzas de masticación, y mantener la apariencia de la cara. Todas estos métodos restaurativos son costos adicionales al costo de la extracción.

SEGUROS: Como una cortesía para usted, participamos en una diversa variedad de planes, pero nuestro servicio profesional y especializado es provisto y la cancelación de honorarios del mismo corre por cuenta del paciente, no de la compañía de seguros. La política del seguro es un contrato entre usted/ su empleador/ su compañía aseguradora, excluyendo nuestra compañía. No obstante, en caso de usted proveernos su información de seguro previo al tratamiento esta podrá ser verificada, se aceptara la asignación de la parte de seguros de los beneficios. Antes de la realización del tratamiento, la compañía colecta los pagos, monto deducible co-pago, u otro monto estimado que no sea cubierto por su compañía de seguros. **Cualquier monto del total que no sea cubierto por su compañía de seguros es su responsabilidad.** Nuestra oficina no entrara en disputa con su compañía sobre ningún reclamo. Habrá un cargo de \$25.00 dolares por todos los cheques que regresen sin fondo. Todos los honorarios cargados a través de intentos para reunir alguna porción será la responsabilidad financiera del paciente o el representante del mismo. Es su responsabilidad archivar cualquier reclamo medico, compañía de trabajo, seguro secundario, COBRA, seguro militar/ gubernamental.

La terapia endodóntica que será realizada de modo de minimizar los riesgos y obtener un alto grado de éxito clínico, sin embargo al ser un procedimiento de origen biológico el mismo no puede ser garantizado. Diversos factores que no pueden ser controlados influyen en el éxito de la terapia, tales como, sin ser limitantes: salud general del paciente, su capacidad de cicatrización o resistencia a infecciones, soporte adecuado del hueso y resiliencia de la encía, anatomía, condición y localización de las raíces del diente, habito de apretamiento dentario, la fuerza utilizada para morder con el diente fracturado o tratado. Si una fractura es detectada en el diente y aun así el tratamiento endodóntico es recomendado, debe estar al tanto que algunas fracturas pueden continuar y posiblemente resulte en la perdida del diente. Sin embargo el tratar un diente fracturado es aun importante debido a que el dolor será aliviado en comparación a una fractura no tratada.

En raras ocasiones un diente tratado endodónticamente puede no sentir alivio a los síntomas del dolor por completo, este podría requerir de una cirugía, o extracción, o tratamiento de otro diente. En ese caso se cobrara el total del caso completado, independiente del éxito o fracaso del tratamiento. Si el tratamiento no puede ser culminado debido a diversas complicaciones, habrá un cargo por el procedimiento realizado hasta ese punto.



Es responsabilidad del paciente prestar atención cualquier circunstancia que pueda ocurrir en el post operatorio debido a negligencia en el seguimiento de las instrucciones dadas. Una vez culminado el tratamiento endodóntico usted debe inmediatamente (un lapso no mayor de 30 días) volver a su odontólogo general para la colocación de la restauración definitiva del diente tratado (el costo de esta no esta incluido es nuestro honorarios.). **De no cumplir este paso ocurrirá contaminación del tratamiento y la necesidad de un re tratamiento.**

Hago constar que he leído, entendido y tengo conocimiento del contenido de este documento. Doy mi consentimiento y autorizo al dentista y a su personal a realizar cualquier examen, diagnostico, procedimiento, tratamiento, medicamentos necesarios o recomendados para mi condición dental, el cual mantengo ahora y como en el transcurso del tratamiento.

Paciente (Representante)

Fecha