



**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: \_\_\_\_\_



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

## Póliza de cancelaciones

Nuestra practica se esfuerza por brindarle un excelente servicio de endodoncia a usted y al resto de nuestros pacientes.

Por esa razón, tenemos una póliza de cancelaciones que nos permite agendar nuestras citas.

Cuando una cita es agendada, ese tiempo ha sido ocupado para atenderla/o usted, lo que significa, que, si usted no se presenta al momento de su cita, no se podrá atender ningún otro paciente.

Si usted tiene algún inconveniente, amablemente le solicitamos que usted nos notifique en un mínimo de **24 horas**, lo cual permite que otro paciente pueda ocupar ese espacio si es necesario. De no te presentarte a tu cita sin contactarnos durante las 24 horas, habrá un cargo de **\$135.00**, no negociable. Este cargo será 100% su responsabilidad y no podrá ser sometido a su seguro dental.

Adicionalmente, si el paciente esta 15 minutos tarde, y no notifico nuestra oficina, el cargo de \$135.00 igualmente aplica.

Es la responsabilidad del paciente notificar nuestra oficina de cualquier cambio de dirección o números telefónicos.

De tener cualquier otra pregunta sobre esta póliza, favor de dirigirse al personal de la oficina para que su duda pueda ser aclarada. Gracias por su patrocinio.

**YO he leído y entiendo la póliza de cancelaciones de la práctica y YO acepto a estar sujeta/o a estos términos. YO también entiendo y acepto que estos términos pueden ser modificados de vez en cuando.**

---

Nombre del paciente o guardián legal

---

Firma del paciente o guardián legal

---

fecha de hoy

## Notificación del procedimiento posoperatorio

El paciente ha sido informado y entiende que cualquier tratamiento accediendo a través de su corona o puente tiene una **ALTA** posibilidad de que una corona o puente nuevo sea necesario. La restauración final es completada por su dentista general.

El/la paciente debe regresar a su dentista general para la restauración final, 30 días después del tratamiento realizado en nuestra oficina. Si el/la paciente no recibe la restauración final durante los 30 días después del tratamiento, la área del tratamiento puede infectarse y el/la paciente necesitaría un retratamiento en la misma área. El paciente será responsable de cualquier otro cargo pendiente por los servicios realizados.

---

Nombre de paciente o del guardián legal

---

Firma del paciente o guardián legal

# Bifosfonatos

Bifosfonato es un medicamento utilizado para el manejo de varias enfermedades incluyendo la fragilidad y pérdida de hueso. También es regularmente utilizado para el tratamiento de osteoporosis, mieloma múltiple y carcinoma metastático. El Bifosfonato incluye, pero no está limitado a: Fosamax, Actonel, Areida, Zometa, Boniva...

Marque una de las siguientes opciones:

\_\_\_\_ SI, Yo actualmente estoy consumiendo o he consumido algún tipo de Bifosfonato.

\_\_\_\_ NO, Yo nunca he tomado un ningún tipo de Bisfosfonato.

Yo he leído, reconozco, y entiendo la información en este documento. Yo doy mi consentimiento y autorizo que el dentista y su personal:

- Realicen cualquier tipo de examinación, procedimientos de diagnóstico y cualquier tratamiento que sea necesario.
- Provean medicamentos que sean necesarias o sugeridas al momento o durante el tratamiento, según mi condición dental.

---

Nombre legible del paciente (o guardián legal)

---

Firma del paciente (o guardián legal)

**PROTECCION DE INFOMACION MEDICA**

Apellido(s) del paciente \_\_\_\_\_

Primer nombre del paciente \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PHI**

No podemos discutir tu información media protegida con ningún con ninguna persona, a menos que usted lo autorice.

Por favor, provea los nombres de las personas que están autorizadas para discutir o solicitar cualquier tipo de información, como su historial y recetas médicas. NO se le proveerá información a ningún individuo el cual su nombre no esté en el espacio proveído.

\_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor, especifique la información que NO debería ser provista a las personas indicadas arriba.

(ej. Rayos-x, notas del doctor, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CBCT (tomografía computarizada de haz cónico) SCAN**

¿Qué es un CBCT?

En menos de un minuto, se capturan entre 150 y 200 imágenes desde una variedad de ángulos. Estos datos se utilizan para reconstruir una imagen en tridimensional de los dientes, la boca y la mandíbula. Una exploración CBCT utiliza **menos** radiación y ahora es un **estándar de atención en la práctica de la endodoncia**. Esto da como resultado una visión mucho más detallada y efectiva de su salud dental; por ejemplo, la CBCT mostrará cualquier canal adicional en el diente, fractura, infecciones o reabsorción, que no se ven en la imagen unidimensional de una radiografía. La exploración CBCT también mostrará cualquier diente adicional que pueda necesitar trabajo, y la exploración será válida durante 1 año. También se le proporcionará una copia de la exploración CBCT para sus propios registros personales.

Yo, \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en tener el

(Nombre en letra de imprenta)

Tomografía computarizada (CBCT). **Entiendo que mi seguro no cubre este procedimiento; el costo es de \$375 y no es reembolsable.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma) (Fecha)

**Rechazar el análisis**

Yo, \_\_\_\_\_ soy

(Nombre en letra de imprenta)

renunciando a cualquier responsabilidad por un diagnóstico erróneo que incluye, entre otros, canales en el diente, fracturas, infecciones que no se ven en la imagen unidimensional de un radiografía, reabsorción, etcétera, que terminan con la extracción del diente. **Al firmar este documento, usted entiende que el Dr. Timothy Temple no es responsable de ningún diagnóstico erróneo o extracción del diente.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma) (Fecha)