



Bienvenidos

Bienvenidos a nuestra oficina. Por Favor tome unos minutos para llenar esta forma con toda la informacion posible. Si tiene alguna pregunta con gusto le ayudamos.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
 Apellido Nombre Inicial

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Sexo M F Seguro Social (#) _____

Marque una de las cuadros Menor soltero (a) Casado (a) Divorciado (a)

Nombre del Trabajo _____ Telefono () _____

Direccion del Trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Nombre de Esposo(a) _____ telefono de Trabajo de esposo(a) () _____

Si, el (la) paciente es un estudiante. Nombre de la escuela _____

A quien le tenemos que agradecer por referirlo? _____

En caso de emergencia _____ Telefono () _____

Cual es el motivo de su visita (sea especifico) _____

Alguien de su familia ha sido visto en esta oficina Si No Quien? _____

PARTE RESPONSABLE

Persona responsable _____ Relacion con paciente _____

Direccion _____ Telefono () _____

Licencia de Conducir (#) _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleado (a) de _____ Telefono del trabajo () _____

Es paciente de esta Oficina Dental? Si No

NUMEROS DE TELEFONOS

Numero de Tel. (Casa) : () _____ Numero Celular : () _____

Numero de Tel. del Trabajo: () _____ Numero de Tel de Esposo (a) () _____

INFORMACION DE LA ASEGURANZA PRINCIPAL

Parte Responsable de la cuenta _____ Relacion con paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social # _____

Nombre de Trabajo _____ Telefono de Trabajo () _____

Nombre de la Aseguranza _____ Numero De Grupo _____ Union or Local # _____

Firma del Paciente o Guardian _____ Dia _____

Historia De Salud

Aunque el personal dental principalmente tratan la 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? SI [] NO [] _____
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? SI [] NO [] _____
- ¿Ha tenido alguna vez lesión grave en la cabeza o en el cuello? SI [] NO [] _____
- ¿Está tomando medicamento SI [] NO [] _____
- ¿Toma o ha tomado PHEN-FEN, REDUX, FOSAMAX, BONIVA, o cualquier otro medicamento? SI [] NO [] _____
- ¿Usa tabaco? SI [] NO [] _____
- ¿Usted usa sustancias controladas SI [] NO [] _____

Es usted Alérgico(a), o ha reaccionado negativamente a cualquiera de los siguientes; SI [] NO []

- Látex
- Penicilina
- Anestésicos locales (novocaína)
- Codeína
- Sulfamida
- Metálico
- Otro _____

MUJERES: ¿Está usted : Embarazada o Tratando SI [] NO [] Toma anticonceptivos orales SI [] NO []
Amamantando SI [] NO []

MARQUE LOS QUE LE APLICAN:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o Baja | <input type="checkbox"/> Dolores en la quijada |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Ronchas o erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación |
| <input type="checkbox"/> Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Latido irregular en el corazón | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Diálisis renal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Cáncer o Tumores | <input type="checkbox"/> Herpes labial | <input type="checkbox"/> Problemas del seno nasal |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Espina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorio | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal |
| <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Ataque fulminante |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Cortisona | <input type="checkbox"/> Hinchazón de las extremidades |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del hiezo | <input type="checkbox"/> Fácilmente pierde el aliento | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Ataque/Falla del corazón | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Marca pasos en el corazón | <input type="checkbox"/> Desmayos/ vértigo | <input type="checkbox"/> La ictericia amarilla |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad en el corazón | <input type="checkbox"/> Tos frecuentes | |
| <input type="checkbox"/> Sida/HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | |

Tiene una enfermedad grave que no está en la lista? SI [] NO []

Firma del Paciente o Guardián X _____

Fecha ____/____/____

Consentimiento Dental General

Nombre del Paciente: _____

1. EXAMEN Y RADIOGRAFIAS

Entiendo que la consulta o visita inicial puede requerir radiografias para poder completar el diagnostico y plan de tratamiento (Iniciales _____)

2. DROGAS, MEDICAMENTOS Y SEDANTES

Me han informado y entiendo o que los antibioticos, analgesicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alergicas resultando en enrojecimiento, inflamacion o hinchazon de los tejidos, dolor, comezon, vomito, y/o choque anafilactico (severa reaccion alergica).

Tambien ueden Causar somnolencia y falta de conocimiento y coordinacion que pueden ser exacerbados por el uso de alcohol u otras drogas.

Entiendo y Acepto. Que no debo operar o manejar ningun vehiculo o artefacto peligroso por lo menos por 12 horas o hasta que completamente recuperando de los efectos de la anestesia, medicamentos y drogas que me pueden haber administrado en la oficina para mi tratamiento .

Entiendo que el no tomar las medicinas prescritas en la manera indicada puede presentar riesgos de infecciones y/o dolores continuos o agravados y resistencia potencial tratamiento eficaz de mi esado. Entiendo que los antibioticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales.

(Iniciales _____)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el curso del tratamiento puede ser necesario cambiar o anadir procedimientos debido a condiciones encontradas en los dientes en el transcurso del tratamiento que no fueron descubiertas durante el examen, siendo el mas comun el tratamiento de conducto despues de procedimientos rutinarios restaurativos. Autorizo al dentista a hacer cualquier cambio y/o anadidura que sean necesarios.

(Iniciales _____)

4. FUNCIONAMIENTO DEFICIENTE DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR (TMD)

Entiendo que sintomas tales como chasquidos, tronidos, disloque o dolor pueden intensificarse o desarrollarse an la mandibula Interior (cerca del oido) despues del tratamiento dental de rutina an el cual la boca la debe mantenerse en posicion abierta. Aun cuando los sintomas de TMD asociados con el tratamiento dental son usualmente de naturaleza transitoria y bien tolerados por la mayoria de los pacientes, comprendo que si llegara a surgir la necesidad de tratamiento, yo sere derivado a un especialista para tratamiento, el costo del mismo sera de mi responsabilidad.

(Iniciales _____)

5. RELLENOS

Entiendo que debo tener cuidado al masticar con los rellenos nuevos durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Entiendo que la sensibilidades un efecto comun de los rellenos nuevos.

(Iniciales _____)

6. EXTRACCION DE DIENTES O MUELAS

Me han sido explicadas las alternativas de la extraccion (tratamiento de conducto, coronas, cirugia de la encia, ect.) y autorizo al Dentista a extraer los siguientes dientes y/o muelas _____ Y cualquier otros por razones explicitadas en el parrafo 3. Entiendo que el extraer piezas dentales no siempre remueve toda la infection (si existiese), y puede ser necesario un tratamiento adicional. Reconozco los riesgos involucrados en sacar dientes o muelas, algunos de los cuales son dolor, hinchazon, expansion de la infeccion, Alveolitis, perdida de sensacion en los dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar un periodo indefinido o mandibula fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamientos adicionales por un specialist o aun ser hospitalizado si surgen complicaciones durante o despues del tratamiento, el costo de los cuales son de mi responsabilidad

(Iniciales _____)

7. CORONAS, PUENTES Y CEMENTACION

Entiendo que algunas veces no es posible obtener el mismo color de dientes artificiales. Ademas entiendo que pueda tener que usar coronas Provisorias que despegan facilmente y que debo tener mucho cuidado para asegurar que no se caigan o despeguen hasta que las coronas permanentes me sean entregadas. Entiendo que la ultima oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, Puente o casquillo (funda), incluyendo forma, ajuste, tamano y color, sera antes de la cementacion. Me ha sido explicado que, en algunos pocos casos, tratamiento cosmeticos pueden ocasionar la necesidad de tratamientos edodonticos adicionales que no siempre pueden ser previstos o anticipados. Entiendo que procedimientos cosmeticos pueden afectar las superficies dentales y pueden requerir cambios en los procedimientos de limpieza diarios.

(Iniciales _____)

8. DENTADURAS - COMPLETAS O PARCIALES

Entiendo que las dentaduras completa o parciales son artificiales, construidas de plastico, metal y porcelana. Me han explicado los problemas que pueden surgir al usar estos aparatos, tales como desajuste, Dolores, y posible rotura. Entiendo que la ultima oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura (incluyendo forma, ajuste, tamano, colocacion y color) sera durante la visita de prueba del modelo en cera. Entiendo que la mayoria de las dentaduras requieren ajustes de tres a doce meses despues de ser colocadas inicialmente. el costo de este procedimiento no esta incluido en el precio original de la dentadura.

(Iniciales _____)

9. TRATAMIENTO DE ENDODONCIA (TRATAMIENTOS DE CONDUCTO)

Entiendo que no hay ninguna garantia que el tratamiento de conducto salvara mi diente o muela, y que pueden surgir complicaciones del tratamiento. y que a veces objetos de metal son cementados adentro del diente o se extienden por fuera del diente o muela pero que no afecta necesariamente el exito del tratamiento. Entiendo que a veces procedimientos quirurgicos adicionales son necesarios despues de un tratamiento de conducto (Apicectomia)

(Iniciales _____)

10. TRATAMIENTO PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESOS)

Entiendo que tengo una condicion seria que causa inflamacion de las encias y/o perdida de hueso, y que puede llevar a la perdida de dientes o muelas. Planes de tratamiento alternativos me han sido explicados, incluyendo limpieza sin cirugia, cirugia de encias y/o extacciones. Entiendo que el exito de cualquier tratamiento Depende en parte de mis esfuerzos en el cepillado diario y en la limpieza habitual de los dientes con hilo dental, en recibir los tratamientos de limpieza indicados, En seguir una dieta sana, en evitar el tabaco y en seguir otras recomendaciones.

(Iniciales _____)

Entiendo que el trabajo dental no es 100% exacta y por consiguiente los profesionales de Buena reputacion no pueden garantizar propiamente los resultados. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantia o seguridad con respecto al tratamiento dental que he pedido y autorizado. Entiendo que cada Dentista es un profesional individual, tambien entiendo que SkyView Dentistry & Braces es responsables de mi tratamiento dental. Reconozco que he recibido y entendido las instrucciones post-operativas y me han dado una cita para regresar.

Firma del Paciente o Guardian _____ Relacion con Paciente _____ Fecha: _____
Doctor _____ Date _____

NewportSmiles DENTAL SPA

Forma de Consentimiento para compartir informacion medica

Desde Abril del 2003, el gobierno federal aprobo "El Acta de Proteccion y del Uso de Informacio Medica" (HIPAA por sus siglas en ingles), requiriendo que todo proveedor de servicios relacionados con la salud, las companias aseguradoras y otras instituciones mantengan en privado toda la informacion medica de los pacientes.

Yo entiendo que bajo estas nuevas regulaciones federales aprobadas en 1996, tengo ciertos derechos para pedir que mi informacion medica sea mantenida en privado; tambien entiendo que esta informacion puede ser usada y compartida para:

- Concenter, planear y darle seguimiento a mi tratamiento entre todos los proveedores de servicios de salud que necesiten verse envueltos.
- Obtener pago de terceras partes (por ejemplo: companias de seguros.)
- Levvar a cabo procedimientos medicos normales como obtener permisos de mi medico general.

Yo certifico que he recibido una copia de la Poliza de Privacidad para leer y comprender de manera mas completa todos los puntos de proteccion a los que la informacion de mi salud estan sujetos. Yo entiendo que esta oficina dental tiene el derecho de modificar su Poliza de Privacidad algunas veces, y que puedo obtener una copia de la nueva poliza cuando asi lo requiera.

Yo entiendo que para que mi informacion no sea compartida con otros proveedores de servicios de salud y/o terceras partes tengo que presentar una peticion por escrito; pero tambien entiendo que la oficina dental no esta obligada a aceptar mi peticion de restringir el uso y distribucion de mi informacion si asi lo considera necesario, pero en caso que lo aceptara, mi peticion escrita sera respetada.

Nombre de Paciente

Firma de Paciente o Persona Responsable

Fecha

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

El paciente rehusó firmar esta forma, por las siguientes razones

Iniciales

Fecha

Newport Smiles DENTAL SPA

570 W 19th ST

Costa Mesa CA 92627

MISSED APPOINTMENT CONSENT FORM

Patient Name: _____

We ask you to show consideration by notifying our office at least 24 hour in advance if you are unable to keep the appointment. We would like to have the option to offer that appointment to another patient who needs to see the doctor.

This form serves as a notice that if you fail to give us a 24 hours' notice of cancellation in the future, there will be a \$25.00 cancellation fee billed to your account that is not covered by your insurance. You will be held responsible for the fee.

This is to certify that I understand to the best of my knowledge the information mentioned above. I have read and agree to the terms of the office policy.

Patient or Guardian Signature: _____

Date: ___/___/___

FORMA DE CONSENTIMIENTO

PARA PACIENTES QUE FALTAN A SUS CITAS

Nombre del Paciente: _____

Les pedios mostrar consideración para notificar a nuestra oficina por los menos con 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. Nos gustaría tener la opción de ofrecer la cita a otra paciente que desea ser atendido por nuestro doctor.

Este formulario sirve como un aviso de que si no nos dan el aviso en 24 horas para su cancelación de \$25.00 dólares los cuales serán agregados a su cuenta, la cual no es cubierta por su seguro. Usted será responsable de este cargo. Repetidas citas perdidas puede resultar el rechazo de nuestros servicios.

Al firmar certifico que entiendo la información antes mencionada. He leído y estoy de acuerdo con los términos de la política de esta oficina.

Firma del Paciente o Tutor: _____ **Fecha:** ___/___/___