



Por favor, tómese unos minutos para completar la siguiente información para que podamos mejorar la atención para usted. Nuestro objetivo es ayudarlo a alcanzar y mantener una buena salud oral.

Titulo: Sr. Sra. Señorita. Jr.

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: (Hombre / Mujer)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Casa # \_\_\_\_\_ Cel # \_\_\_\_\_

Trabajo # \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

¿Como le gustaria confirmar sus citas?  
(Texto / Email / Llamada)

Empleador: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Otros miembros de la familia vistos por nosotros?  
\_\_\_\_\_

Dentista anterior/presente: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Nombre de su médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Seguro Dental
<p><b>Seguro Dental Primario</b></p> <p>Nombre del seguro: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Grupo # (Plan, Local, or Póliza #) _____</p> <p>Nombre del asegurado: _____</p> <p>Relación: _____</p> <p>Fecha de nacimiento del asegurado: _____</p> <p>El SSN del asegurado: _____</p>
Seguro dental secundario
<p>Nombre del seguro: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Grupo # (Plan, Local, or Póliza #) _____</p> <p>Nombre del asegurado: _____</p> <p>Relación: _____</p> <p>Fecha de nacimiento del asegurado: _____</p> <p>El SSN del asegurado: _____</p>

En caso de una emergencia, ¿hay alguien que vive cerca de usted que debemos contactar?

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Trabajo # \_\_\_\_\_ Cel # \_\_\_\_\_

Una nota para los pacientes con seguro dental – le ayudaremos a maximizar sus beneficios de seguro, y estamos encantados de presentar reclamos a su aseguradora y aceptar el pago de cualquier proveedor que ofrezca una asignación de beneficios, si lo desea. Haremos todo lo posible para calcular su monto de beneficio disponible, sin embargo, independientemente de lo que pague su plan de seguro, usted es responsable por todos los cargos.

## Historial Médico

Su salud física actual es: Buena Justa Mala

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Está tomando alguna prescripción/medicamentos genericos? Sí No

En caso afirmativo, favor de listar: \_\_\_\_\_

¿Utiliza o fumas tabaco en cualquier forma? Sí No

¿Tiene o toma Redux/Fen Phen o Pondimin? Sí No

Para mujeres: ¿está tomando píldoras anticonceptivas? Sí No

¿Está embarazada? Sí No Semanas# \_\_\_\_\_

¿Estás amamantando? Sí No

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

S	N	Sangrado anormal	S	N	Ampollas de fiebre/herpes
S	N	Abuso de alcohol/drogas	S	N	Presión arterial alta
S	N	Anemia	S	N	VIH +/-SIDA
S	N	Angina pectoris	S	N	Hospitalizado antes
S	N	Artritis	S	N	Problemas renales
S	N	Huesos/articulacion/válvulas artificiales	S	N	Ictericia amarilla
S	N	Asma	S	N	Enfermedad hepática
S	N	Transfusiones de sangre	S	N	Presión arterial baja
S	N	Cáncer/quimioterapia	S	N	Prolapso de válvula mitral
S	N	Colitis	S	N	Nervioso/ansioso
S	N	Defecto cardíaco congénito	S	N	Marcapasos
S	N	Diabetes	S	N	Problemas psiquiátricos
S	N	Dificultad para respirar	S	N	Tratamiento de radiación
S	N	Enfisema	S	N	Fiebre Reumatica/Escarlatina
S	N	Epilepsia	S	N	Convulsiones
S	N	Desmayos/ Vertigo	S	N	Culebrilla
S	N	Dolores de cabeza frecuentes	S	N	Problemas sinusales
S	N	Glaucoma	S	N	Derrame Cerebral
S	N	Fiebre del heno	S	N	Problemas de tiroides
S	N	Ataque cardíaco	S	N	Tumores
S	N	Soplo Cardíaco	S	N	Ulceras
S	N	Cirugía cardíaca	S	N	Enfermedad venérea
S	N	Hemofilia	S	N	Hepatitis

¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, condición o problema no enumerado?

¿Es alérgico a alguno de los siguientes elementos?

Y	N	Aspirina	Y	N	Látex
Y	N	Codeína	Y	N	Penicilina
Y	N	Anestésicos dentales	Y	N	Tetraciclina
Y	N	Eritromicina	Y	N	Otro

Please list any other drugs you are allergic to:

## Historial Dental

¿Por qué has venido hoy al dentista? \_\_\_\_\_

¿Sus dientes son sensibles a: Caliente Frío Presión Dulces

¿Tiene miedo al trabajo dental? Sí No

¿Qué trabajo se realizó en su última visita al dentista?

¿Cómo se siente acerca de la apariencia de tus dientes?

¿Cómo describiría el estado de sus dientes y encías?

Bien Justo Malo

¿Está usted actualmente en dolor o malestar con sus dientes o encías?

Sí No Explique: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se cepillas los dientes? \_\_\_\_\_

¿Hilo dental? \_\_\_\_\_

¿Sus encías sangran cuando se cepilla? Sí No

¿Sus encías sangran cuando usa hilo dental? Sí No

¿Alguna vez has experimentado dolor en la articulación de la mandíbula? Sí No

¿Alguna vez te han tratado por síntomas de TMJ? Sí No

Favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Rechinan o apretan los dientes? Sí No

1. El suscrito por el presente autoriza al médico a ordenar radiografías, modelos de estudio, fotografías, o cualquier otra ayuda diagnóstica que el médico considere apropiada para hacer un diagnóstico exhaustivo de las necesidades dentales del paciente.

2. También autorizo al médico a llevar a cabo todo el tratamiento recomendado mutuamente acordado por mí, y a utilizar el medicamento adecuado y la terapia indicada para dicho tratamiento en relación con el paciente nombrado en este formulario. Entiendo que el uso de agentes anestésicos representa un cierto riesgo. Además, autorizo y consiento que el médico elija y emplee la asistencia que considere adecuada para proporcionar el tratamiento recomendado.

3. Entiendo que toda la responsabilidad por el pago de los servicios dentales prestados en esta oficina para mí o para mis dependientes es mía, debida y pagadera en el momento en que los servicios se prestan a menos que se hayan hecho otros arreglos. En el caso de que los pagos no sean recibidos por las fechas acordadas, entiendo que un cargo de financiamiento del 11/2% (APR del 18%) se puede Agregar a mi cuenta, además de cualquier cargo por cobro.

4. Entiendo que, cuando proceda, se pueden ordenar los informes de la oficina de crédito.

5. Entiendo que es mi responsabilidad asesorar a su oficina de cualquier cambio en la información obtenida.

6. Autorizo el uso de mi número de seguro social para presentar mis reclamos dentales.

## Historial médico/Consentimiento

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Por favor lea este formulario cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta, nuestro personal estará encantado de ayudarle.**

- 1.) Autorizo y dirijo al dentista y/o auxiliares dentales para realizar el tratamiento dental con el uso de cualquier radiografía necesaria o aconsejable (rayos x) y/o cualquier otra ayuda diagnóstica con el fin de completar un diagnóstico exhaustivo y plan de tratamiento.
- 2.) Entiendo que los rayos x, las fotografías, los modelos de la boca y/u otras ayudas diagnósticas utilizadas para un diagnóstico preciso y la planificación del tratamiento son propiedad de los médicos, pero las copias de ciertas ayudas están disponibles bajo petición y por un cargo.
- 3.) En términos generales, los procedimientos dentales pueden incluir, entre otros:
  1. Examen oral exhaustivo, radiografías, limpieza de los dientes, y la aplicación de fluoruro tópico.
  1. Aplicación de "selladores" de resina en las hendiduras de los dientes.
  1. Tratamiento de dientes enfermos o lesionados con restauraciones dentales (rellenos).
  1. Tratamiento del tejido oral enfermo o lesionado secundario a lesiones traumáticas y/o accidentes y/o infecciones
- 4.) Entiendo que el médico no es responsable de tratamiento dental previo realizado en otras oficinas. Entiendo que, en el transcurso del tratamiento, esta odontología previamente existente puede necesitar ajuste y/o reemplazo. Me doy cuenta de que las garantías de resultados o la satisfacción absoluta no siempre son posibles en el servicio de salud dental.
- 5.) Certifico que si yo, y/o mis dependientes tenemos cobertura de seguro, le asigno directamente al dentista todos los beneficios de seguro para los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea o no pagado por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los envíos de seguros.
- 6.) He respondido a todas las preguntas sobre mí o la historia clínica de mi dependiente y la condición de salud presente totalmente y sinceramente. Le he dicho al dentista u otro personal de oficina sobre todas las condiciones médicas, incluyendo las alergias. También entiendo si mi dependiente o alguna vez tengo cambios en el estado de salud o cualquier cambio en los medicamentos, informaré al médico en la próxima cita.

Por la presente reconozco que he leído y entendido este consentimiento y el significado de su contenido. Todas las preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria y creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento informado. Además, entiendo que este consentimiento permanecerá en vigencia hasta que yo lo termine.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
PADRE/TUTOR SI EL PACIENTE ES UN MENOR

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



## CONOCIMIENTO PARA PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido el "aviso de prácticas de privacidad" y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo. Se puede solicitar una copia del aviso de prácticas de privacidad.

El nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO FOTOGRÁFICO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Consiento que se tomen fotografías médicas de mí por el Dr. Rajiv Shekhadiya, el Dr. Dhiren Ahir, o un representante del personal de Prime Dentistry en Denton. Entiendo que la información puede ser utilizada en mis registros dentales para fines de demostración y enseñanza, así como:

1. Guardado en el registro para el tratamiento futuro
2. Mandarlo por correo electrónico a mi doctor médico tratante
3. Utilizado por el médico para la educación y la formación
4. Publicaciones de salud en papel o electrónicas
5. Disponible para materiales de mercadotecnia

Al ver estas fotografías, entiendo que no recibiré el pago de ninguna de las partes. Aunque estas fotografías se utilizarán sin identificar información como mi nombre o información personal, entiendo que es posible que alguien pueda reconocerme. La negativa a dar su consentimiento a las fotografías no afectará en modo alguno a la atención dental que yo voy a recibir. Si deseo retirar mi consentimiento en el futuro, podría hacerlo con una solicitud por escrito.

Autorizo el uso de estas imágenes: **(por favor indique SI o NO abajo)**

\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO      Para fines de demostración incluyendo un álbum de fotos de oficina.

\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO      En nuestro sitio web para pacientes potenciales.

\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO      En los anuncios impresos y/o revistas profesionales.

Al firmar este formulario a continuación, confirmo que este formulario de consentimiento me ha sido explicado en términos que entiendo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente impreso/ Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo impreso/ Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma testigo



## Norma de cancelación de citas

Nos esforzamos por prestar un excelente cuidado dental a usted y al resto de nuestros pacientes. En un intento de ser consistente con esto, tenemos una **norma de cancelación de citas** que nos permite programar citas para todos los pacientes. Cuando una cita está programada, ese tiempo se ha reservado para usted y cuando es perdido, ese tiempo no puede ser utilizado para tratar a otro paciente.

### Nuestra norma es la siguiente:

Requerimos que le dé a nuestra oficina un aviso avanzado de 48 horas si necesita reprogramar su cita. Esto permite tiempo para que otro paciente sea programado en ese tiempo disponible.

Si se olvida de una cita sin ponerse en contacto con nuestra oficina dentro del tiempo requerido, esto se considera una cita perdida. Se le **cobrará un cargo de \$50.00; esta tarifa no se puede facturar a su compañía de seguros y será su responsabilidad directa.**

No se pueden programar citas futuras ni se pueden transferir registros sin el pago de esta tarifa.

Si tiene alguna pregunta sobre esta norma, por favor, informe a nuestro personal y estaremos encantados de aclarar cualquier pregunta que tenga.

Le agradecemos su patrocinio.

He leído y entiendo la norma de cancelación de citas de la práctica y acepto estar obligado por sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificada de vez en cuando por la práctica.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre impreso), he recibido una copia de la norma de cancelación de citas de Prime Dentistry.

---

Firma del paciente

Fecha