

Información del Paciente

STUDIO DENTAL

Favor de usar letra de molde

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Si es menor, Nombre del Padre o Madre _____ Sexo Masculino Femenino

Teléfono Residencia _____ Tel. Alternativo _____

Estado Matrimonial Casado Soltero Estudiante

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Seguro Social _____ Correo electrónico _____

Licencia de Conducir _____ Estado _____ Exp. _____

Contacto de emergencia _____ No. De Teléfono _____

¿Tiene Seguro Dental? Si No Nombre de la Aseguradora _____

Razón de la Visita: _____

Referido por:

Periódico Volante Familiar/Amigo: Nombre: _____

Agente Profesional Paso por el Lugar Otro _____

Todos los servicios dentales de emergencia o cualquier tratamiento que se haya hecho sin previo arreglo financiero deberá ser pagado por completo al momento que se practique el servicio. Los estimados de aseguradora son solo una cortesía, en el evento que su aseguradora pague menos de lo que tiene en su estimado, **usted es responsable por la cantidad no pagada.**

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Si es menor, firma del padre o madre _____

Cuestionario Medico

STUDIO DENTAL

Use Letra de Molde

Nombre

Fecha de Nacimiento

Favor de responder a las siguientes preguntas lo mejor que pueda, tomando en cuenta que las respuestas son importantes para la calidad del cuidado. Toda la información que usted provee será confidencial.

FAVOR RESPONDA AL MARCAR LA CAJA EN CADA PREGUNTA.

	Si	No	
1. ¿Ha habido algún cambio en su salud durante este último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Ha tenido alguna enfermedad seria, operaciones o a estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Ha tenido algún tipo de sedación intravenosa o anestesia general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tuvo algún tipo de efecto negativo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ: (Por favor marque una X en cada caja que le aplica)			
<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Emphysema	<input type="checkbox"/> Desordenes Nerviosos	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Desordenes Neurológicos	<input type="checkbox"/> Enfermedad venera
<input type="checkbox"/> Angioplastia	<input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Mareos
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Alergia a Penicilina
<input type="checkbox"/> Articulación Artificial	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación	<input type="checkbox"/> Alergia a Amoxicilina
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Alergia a Látex
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Alergia a Anestesia Local
<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Alergia a Aspirinas
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/> Alergia a Cefalosporina
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales	<input type="checkbox"/> Alergia a Barbitúricos
<input type="checkbox"/> Tos Crónica	<input type="checkbox"/> Jaundice	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Alergia a Sedantes
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Tumores	<input type="checkbox"/> Alergia a codeína
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón	
<input type="checkbox"/> Desordenes Mentales	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Arteria coronaria		

5. FAVOR DE ANOTAR TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE INGIERE (Incluyendo aquellos sin receta)

6. Otras alergias o reacciones Favor de anotar

7. Fuma? ¿Hace cuanto tiempo? _____ ¿cuánto por día? _____ Si No

8. MUJERES

	Si	No
A. ¿Toma pastillas anticonceptivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Está embarazada, tratando de quedar o alguna posibilidad que pudiera estar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si contesto SI cual es la fecha del parto? _____		
C. ¿Esta amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Está tomando algún reemplazo hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entiendo la importancia de la historia de salud verdadera y sé que información incompleta puede tener algún efecto en mi tratamiento. De acuerdo a mi conocimiento, la información descrita esta completa u es verdadera.

X

Fecha

Firma del paciente (si es menor, firma del padre)

FORMA DE CONSENTIMIENTO LEGAL A LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Yo, _____ (Paciente), con número de Seguro Social _____ y fecha de nacimiento _____, autorizo y doy mi consentimiento a STUDIO DENTAL a otorgar información sobre mi tratamiento Médico/Dental. Incluyendo mí historial médico/dental, reportes físicos y radiográficos, así como reportes de laboratorio. Se incluirán los progresos en mi tratamiento y opiniones relevantes acerca de alguna dependencia química o abuso de alcohol, al igual que enfermedades mentales o contagiosas como el SIDA, virus de VIH, (esto incluye cualquier menor a mi cuidado). Esta forma tiene como propósito autorizar y obtener tratamiento médico/dental o pago por servicios prestados. Entiendo que la copia firmada por mi persona de este formulario es válida y original, y puede ser usada como documento legal. Al firmar este formulario, doy mi autorización a que STUDIO DENTAL de acceso a información pertinente a mi tratamiento médico/dental a cualquier entidad medica o gubernamental que la requiera. Entiendo que tengo el derecho de analizar cualquier petición de mi historial médico/dental y a revocar o restringir este formulario en el futuro.

Consentimiento General para el Tratamiento

En términos generales, al tratamiento dental podría incluir uno o más de los siguientes procedimientos:

- * Limpieza de dientes con la aplicación de fluoruro.
- * Aplicación de relleno blanco preventivo de caries (sealant) para cubrir las grietas de los dientes.
- * Restauración de algún diente lastimado o con carie. Esto puede hacer con relleno de color plateado (amalgama) o blanco (composite).
- * Coronas de acero inoxidable para niños, necesario cuando los rellenos simples no son lo más aconsejable por tener caries extensas.
- * El reemplazo de un diente (o sea in diente que no está) por medio de alguna prótesis (coronas, parciales, dentaduras, etc.).
- * Extracción (remoción) de uno o más dientes que ya no pueda ser salvado o funcional.
- * Tratamiento de tejidos orales lastimados o enfermos.
- * Tratamiento de dientes que se encuentran mal acomodados o algún diente desarrollado que presente alguna condición muy poco común.
- * El uso de sedantes u oxido nitroso para controlar el comportamiento del paciente.

Es muy importante saber que aunque raro y muy impredecible, algunos riesgos están asociados a procedimientos dentales, cirugía oral, medicamentos o anestesia. Se nos requieres suministrar esta información para que el paciente tenga conocimiento sobre ellos. Estos son los siguientes: miedo, nerviosismo, adormecimiento, infección, aspiración, inflamación, sangrado, decoloración, nauseas, vómitos, reacciones alérgicas y en muy pocos casos hasta la perdida de la función de algunos de sus órganos. Yo entiendo y acepto que las complicaciones podrían requerir asistencia, hospitalización o hasta podría resultar en una pérdida humana en raros casos.

3. El tratamiento se me ha sido explicado en mi pleno juicio. Yo entiendo que todos los procedimientos que han de realizarse se me han discutido y Studio Dental no ha tratado al paciente sin mi consentimiento. Se me ha dicho las desventajas y ventajas del tratamiento en so o de algún otro tipo de procedimiento si es necesario. Yo he sido informado que los resultados a esperarse son buenos pero como sea las posibilidades y naturaleza de alguna complicación no pueden asegurarse anticipadamente. Comprendo que al recibir tratamiento no se me da ningún tipo de garantía. Antes de empezar el tratamiento yo entiendo y autorizo al dentista a realizar cualquier tratamiento que él /ella en su conocimiento crea es la mejor opción para mi salud o la de mi niño(a).

Yo reafirmo una vez más que he leído todo este consentimiento y que lo entiendo a plenitud. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con relación a este consentimiento y el propósito del tratamiento. Este consentimiento será efectivo hasta que usted decida terminarlo. La terminación deberá ser por escrito.

Nombre del Paciente: _____

Firma (si es menor del Padre o Guardián): _____ Fecha: _____