

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (*Confidencial*)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección de Correo _____ Dirección del Hogar _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Compra _____ Renta _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____ Hombre _____ Mujer _____

Empleador del Paciente _____ Teléfono _____

Dirección del Trabajo _____ Seguro Social #: _____

Esposo(a) _____ Empleador de Esposo(a) _____

Referido por: _____

Directorio de St. George ___ Directorio Dex ___ Periódico Local ___ Directorio Dixie ___ Otro _____

PERSONA RESPONSABLE (Si el paciente es un menor, el adulto que lo acompaña y firma las formas de consentimiento)

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Hombre _____ Mujer _____ Licencia de Manejo #: _____

Dirección _____ Compra _____ Renta _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador _____ Teléfono del Trabajo # _____

¿Hace cuánto tiempo ha trabajado para ese Empleador? _____ Seguro Social #: _____

Estado Civil: Menor _____ Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Viudo(a) _____ Separado(a) _____

Esposo(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

¿A quién podemos contactar en caso de emergencia? _____ Teléfono _____

¿Su familiar más cercano que no vive en su hogar? _____ Teléfono _____

Seguro Primario

Compañía de Seguro _____ Grupo # _____ Seguro Social# _____

Dirección del Seguro _____ Teléfono _____

Poseedor del Seguro _____ Empleador _____ Fecha de Nacimiento _____

Seguro Secundario

Compañía de Seguro _____ Grupo # _____ Seguro Social # _____

Dirección del Seguro _____ Teléfono _____

Poseedor del Seguro _____ Empleador _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo estoy de acuerdo y entiendo, (que sin importar mi situación con el seguro), Yo soy ultimadamente responsable por el saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional recibido. Yo he leído toda la información en esta página y he respondido las preguntas. Yo certifico que la información es correcta y verdadera a mi conocimiento. Yo le notificaré de cualquier cambio en la información aquí mencionada.

Firma _____ Fecha _____

Adicionalmente, Yo autorizo la emisión de cualquier información relacionada con la reclamación de pago y concuerdo que el pago de mis beneficios sean enviados directamente a Staples Dental Care.

Firma _____ Fecha _____



Estamos comprometidos a proveerle con el mejor cuidado posible. Para hacer esto es importante que no dejemos que su beneficio dental sea el factor determinante en su diagnóstico. Su tratamiento será determinado dependiendo de sus necesidades y nosotros asumimos que usted está igualmente preocupado(a) en mantener buena salud dental.

Su Pago es esperado cuando usted recibe el servicio. La cita inicial debe ser pagada por completo. Aceptamos Efectivo, Cheques y las Tarjetas de Crédito (**Visa, Master Card, American Express y Discover**). Si usted necesita hacer otros arreglos financieros para trabajo adicional, nosotros queremos asistirle lo más posible sin actuar como una institución financiera. Nosotros tenemos disponible financiamiento fácil que le ofrece 6 meses sin intereses con una compañía local. Si usted cumple los requisitos, la compañía nos paga al momento del servicio y usted hace pagos mensuales durante el periodo del préstamo sin incurrir más gastos.

El presupuesto del tratamiento dental solo puede ser extendido por un periodo de 6 meses a partir de la fecha en la que fue diagnosticado.

Los cheques devueltos sin pago y los saldos de más de 90 días serán sujetos a cuotas de recaudación y un cargo de 1 ½ de interés por mes.

Estamos complacidos en explicarle cualquier tratamiento recomendado y responder preguntas relacionadas con su seguro:

1. Su seguro en un contrato entre su Empleador y La Compañía de Seguro. Nuestra oficina no es parte de ese contrato.
2. No todos los servicios dentales tienen cobertura en todos los contratos. Algunas compañías seleccionan ciertos servicios arbitrariamente y les niegan cobertura.
3. Usted será responsable por todos los cargos que haya incurrido a través de los servicios que reciba en **Staples Dental Care**.

En consideración al servicio profesional del Doctor que yo he recibido/requerido. Yo me comprometo a pagar la cuota por el servicio al momento que sea recibido. Adicionalmente, acuerdo a pagar todas las cuotas de recopilación incluyendo el 50% del costo de recolección, las cuotas del abogado y gastos del juicio si una demanda es establecida a continuación. Yo le otorgo permiso a usted y a sus asociados para comunicarse conmigo vía telefónica para discutir asuntos relacionados con esta forma. Yo he leído las condiciones aquí mencionadas y estoy de acuerdo este contenido.

FIRMA _____ FECHA _____

HISTORIA MEDICA

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Sus respuestas son solo para nuestro uso y serán consideradas confidenciales.

1. ¿Ha tenido un cambio en su salud general en el año pasado?
SI NO
 2. ¿Esta bajo el cuidado de un doctor? SI NO
 - a.Cuál es la condición por la que esta siendo tratado? _____
 3. Nombre del Doctor _____
 4. ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? SI NO
 5. ¿Tiene ó ha tenido cualquiera de las siguientes enfermedades?
 - Fiebre Reumática o Enfermedad Reumática del corazón
Si No
 - Prolapso de válvula mitral SI NO
 - Soplo en el Corazón SI NO
 - Lesión congénita del corazón SI NO
 - Enfermedad cardiovascular (problema cardiaco, Ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, hipertensión arterial, arteriosclerosis, embolia, marcapasos, válvula cardiaca artificial) SI NO
 - Cáncer (quimioterapia, radioterapia) SI NO
 - Alergias SI NO
 - Problemas de los Senos Nasales SI NO
 - Asma ó Alergias Temporales SI NO
 - Desmayos, Mareos, Epilepsia, ó Apoplejía SI NO
 - Diabetes SI NO
 - Hepatitis, Ictericia (color amarillo), o enfermedad del hígado SI NO
 - Artritis SI NO
 - Reumatismo inflamatorio (dolor ó inflamación de las articulaciones) SI NO
 - Osteoporosis SI NO
 - Articulaciones artificiales SI NO
 - Problemas del riñón SI NO
 - Problemas Respiratorios, Enfisema, Tuberculosis SI NO
 - Tos constante ó con sangre SI NO
 - Presion arterial baja SI NO
 - Enfermedades Trasmittidas Sexualmente SI NO
 - SIDA SI NO
 - ¿Tiene alto riesgo para el SIDA o VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)? SI NO
 - Sangado Anormal SI NO
 - ¿Se le hacen moretones facilmente? SI NO
 - Transfusion Sanguínea SI NO
 - Enfermedad de la Sangre SI NO
 - Anemia SI NO
 - Incapacidad fisica ó mental SI NO
 - Glaucoma SI NO
 - Ulceras SI NO
 6. ¿Ha utilizado **Phen-Fen** ú otra combinacion de medicamentos para bajar de peso? SI NO
 - a. ¿Ha sido evaluado por un cardiólogo ó ha tenido un electrocardiograma (ECG)? SI NO
 7. ¿Ha tenido cirugía ó radioterapia para un tumor, crecimiento ú otra condicion en el cuello ó en la cabeza? SI NO
 8. ¿Esta tomando cualquier medicamento? SI NO
 - a. ¿Cuál? _____
 9. ¿Esta tomando cualquiera de los siguientes?:
 - a. Antibióticos SI NO
 - b. Anticoagulantes SI NO
 - c. **Fosamax, Zometa, Anepia, Actonel, Boniva** SI NO
 - d. Medicina para la hipertensión SI NO
 - e. Esteroides (**Cortisone**) SI NO
 - f. Tranquilizantes SI NO
 - g. Antihistaminicos SI NO
 - h. Aspirina SI NO
 - i. Insulina, **Tolbutamide (Orinase)** SI NO
 - j. **Digitalis**, Medicamentos para el corazón SI NO
 - k. Nitroglicerina SI NO
 - l. Pastillas anticonceptivas ó terapia hormonal SI NO
 - m. Otros medicamentos _____
 10. ¿Ha tenido una reacción alérgica a cualquier medicameto aquí mencionado? SI NO
 - a. ¿A cualquier otro? _____
 11. ¿Usa productos de tabaco? SI NO
 12. ¿Ha tenido problemas serios relacionados con tratamiento dental? SI NO
 13. ¿Que le gusto más de su oficina dental pasada?

 - a. ¿Que le gusto menos? _____
 14. ¿Tiene cualquier enfermedad, condición ó problema que no ha sido mencionada? SI NO
 15. ¿Tiene alergias al metal ó a la joyería? SI NO
 - a. Alergia al Látex? SI NO
- MUJERES**
16. ¿Estas embarazada? SI NO
- HISTORIA DENTAL & TMJ**
1. ¿Tiene dolor con lo frío, caliente ó dulce? SI NO
 2. ¿Ha perdido cualquiera de sus dientes? SI NO
 - a. ¿Hace cuanto tiempo los perdio? _____
 3. ¿Sangran sus encias cuando se cepilla ó usa el hilo dental? SI NO
 4. ¿Tiene dolor cuando muerde ó mastica? SI NO
 5. ¿Escucha un zumbido en sus oidos? SI NO
 6. ¿Aprieta los dientes cuando se estresa? SI NO
 7. ¿Tiene dificultad abriendo y cerrando su boca? SI NO
 8. ¿Tiene dolores de cabeza? SI NO
 9. ¿Escucha un sonido o tronido cuando abre y cierra su boca? SI NO
 10. ¿Tiene inflamación del ojo ó de la cara? SI NO
 11. ¿Tiene problemas del cuello? SI NO
 12. ¿Tiene problemas de la espalda? SI NO
 13. ¿Esta satisfecho con la apariencia de sus dientes? SI NO

SU QUEJA DENTAL: _____

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Doctor

Fecha

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DECLARACIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA Y CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER: Yo

certifico que las respuestas al cuestionario médico son correctas y verídicas a mi conocimiento. Porque un cambio en la historia médica ó medicamentos puede afectar mi tratamiento dental, yo comprendo la importancia y estoy de acuerdo en notificar al dentista de cualquier cambio después de mi cita inicial.

Yo autorizo al Dr. _____ y sus asociados, asistentes como él indique para llevar a cabo los procedimientos que sean necesarios ó recomendados para mantener mi salud dental ó la salud dental del menor ú otro individuo por el cual yo soy responsable. Incluyendo el arreglo y la administración de un sedante (incluyendo el óxido nitroso), analgésico, agentes farmacéuticos ó terapéuticos, que estén relacionados con el tratamiento de restauración, alivio, terapia y cirugía.

Yo entiendo que la administración de anestesia local puede causar una reacción indeseada ó un efecto secundario, que puede incluir pero no está limitado a: dolor muscular, moretones, estimulación cardíaca, y en raras ocasiones, adormecimiento temporal ó permanente. Yo comprendo que es posible que una aguja se quiebre durante la administración de la anestesia local y que sería necesario realizar una cirugía para removerla.

Yo comprendo que como parte del tratamiento dental incluyendo procedimientos preventivos como limpiezas y tratamiento básico incluyendo empastes ó rellenos de cualquier clase. Los dientes pueden experimentar sensibilidad ó dolor durante y después del tratamiento.

Después de largos procedimientos dentales los músculos de su mandíbula pueden estar adoloridos y cansados. Las encías y los tejidos circundantes pueden ser lastimados ó cortados involuntariamente durante los procedimientos dentales de rutina y en algunas ocasiones es necesario suturar ó realizar tratamiento adicional.

Yo entiendo que como parte de mi tratamiento dental artículos pequeños como: coronas, instrumentos ó brocas pueden ser aspirados (inhalados en el sistema respiratorio) ó ingeridos (en el sistema digestivo).

Esta situación es inusual que pueden requerir que un médico ó el hospital tome una serie de radiografías.

Y en raras ocasiones es necesaria una exploración traqueal ú otros procedimientos para remover el artículo de una manera segura.

Comprendo que es mi responsabilidad informar al Dentista de cualquier medicamento de prescripción que yo tomo ó he tomado en el pasado por

Ejemplo: Phen Fen. Yo tambien entiendo que los medicamentos que son para la prevención ó tratamiento de la osteoporosis como: Fosamax, Boniva o Actonel pueden resultar en complicaciones serias que evitan la curación del hueso mandibular despues de una cirugía ó de extracciones dentales.

Voluntariamente asumo cualquier y todos los riesgos, incluyendo el riesgo sustancial de daño serio, que este asociado con tratamientos de prevención y operación con la esperanza de obtener los mejores resultados posibles. Ya sea que obtengamos esos resultados ó no, para beneficiarme ó para beneficiar al menor/adulto bajo mi custodia. Yo admito que se me ha explicado la naturaleza y el propósito de los futuros procedimientos y que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____



ATENCIÓN: IMPORTANTE INFORMACIÓN DEL SEGURO
Por favor lea detenidamente y por completo.

Es necesario que esta carta sea clara y directa para evitar futuros malentendidos, desacuerdos y decepciones. Es vital que nuestros pacientes entiendan nuestra relación con las compañías de seguro. Si usted cree que sus necesidades dentales tienen cobertura, por favor entienda que el contrato que usted tiene representa un acuerdo entre usted y su seguro; no entre nosotros y su compañía. Nosotros no somos propietarios, no tenemos control ó influencia en su seguro. Porque los requisitos del seguro dental son muy complejos, le proveémos asistencia con el proceso como una cortesía.

La responsabilidad primaria de lidiar con la compañía es suya fundamentalmente, no nuestra. Desacuerdos ó malentendidos no son entre nosotros y su compañía de seguro, es en realidad entre usted y su compañía de seguro. Es mas probable que su compañía de seguro le responda a usted directamente si tiene preguntas ó quejas, porque usted es el que paga la poliza.

En caso de que su compañía de seguro rechaze pagar por los servicios que se le ofrecieron, usted sera el único responsable del saldo. El rechazo por parte de su seguro no elimina su responsabilidad financiera con nosotros. No estamos asociados con la compañía de seguro, no le podemos garantizar, prometer, ó declarar sus acciones y decisiones. Asumir que la compañía de seguro ya sea de gobierno ó privada pagará su cuenta puede crear un desastre.

Yo he leído y comprendo.

Firma: _____ **Fecha:** _____

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE

Yo entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad para proteger mi información médica. Estos derechos se me fueron otorgados bajo el Decreto de la Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico 1996 (**HIPAA**). Yo comprendo que al firmar este permiso yo autorizo el uso de mi información médica para realizar:

Tratamiento (incluyendo tratamiento directo ó indirecto que este involucrado con otros proveedores médicos)

Obtener pago de una tercera persona (incluyendo mi compañía de seguro)

El funcionamiento cotidiano de su práctica.

Yo tambien he sido informado que tengo derecho a revisar y obtener una copia de La Notificacion de las Practicas de Privacidad, que contiene un descripción mas completa de el uso y la propagación de mi información médica y mis derechos con **HIPAA**.

Yo entiendo que ustedes se reservan el derecho de cambiar los terminos de este aviso ocasionalmente y que yo puedo obtener una copia actualizada de este aviso.

Yo entiendo que tengo el derecho a requerir restricciones adicionales en la manera que mi información médica es usada y compartida para realizar tratamiento, operaciones médicas y para recibir pago; pero que ustedes no estan obligados a acordar con mis requisitos.

En caso de que ustedes estén de acuerdo, estarán obligados a cumplir con esas restricciones.

Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito en cualquier momento. Y que cualquier uso ó propagación de mi información que ocurra antes de esa fecha no sera afectado(a).

Firmado el día _____ de _____ 20__.

Nombre del Paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

**STAPLES DENTAL CARE
427 W. 100 S.
ST. GEORGE, UTAH 84770**