

# ¡Bienvenido!

## ***Información del paciente***

---

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ FdN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

\*Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ \*Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

\*Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Nombre del médico/grupo médico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Referido por:  Amigo  Postal  Anuncio físico  Internet  Otro: \_\_\_\_\_

## ***Información de la parte responsable (si corresponde)***

---

### **Madre/tutora**

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

FdN: \_\_\_\_\_ Estado civil:  Soltero  Casado

Dirección:  La misma que el paciente  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Tel (C) \_\_\_\_\_

Tel (M) \_\_\_\_\_

### **Padre/tutor**

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

FdN: \_\_\_\_\_ Estado civil:  Soltero  Casado

Dirección:  La misma que el paciente  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Tel (C) \_\_\_\_\_

Tel (M) \_\_\_\_\_

## ***Información del seguro***

---

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

FdN del titular de la póliza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

FdN del titular de la póliza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

## ***Historia dental***

---

Fecha de la última visita al dentista: \_\_\_\_\_ Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

Se tomaron radiografías en su última visita:  Sí  No

**Marque Sí o No en cualquiera de las siguientes condiciones que le sean aplicables:**

S N (Por favor, marque)

Problemas por tratamientos dentales previos

Dolor de dientes

S N (Por favor, marque)

Sangrado de encías

Dolores de oído o de cuello

S N (Por favor, marque)

Rechinar o apretar los dientes

Comida/hilo dental entre dientes

S N (Por favor, marque)

Lesiones graves en la cabeza/boca

Boca seca

Suministro de agua de casa fluorado

Dentadura postiza/Implantes

Sensibilidad dental al masticar (presión)

S N (Por favor, marque)

Llagas o úlceras en la boca

Ortodondia

Tratamiento periodontal (encías) anterior

Sensibilidad dental al frío, calor y/o dulces

S N (Por favor, marque)

Dolores/chasquidos/bloqueos de la mandíbula

Bebe agua embotellada o filtrada

## Historial médico

Aunque el personal dental trata principalmente el área de dentro y alrededor de la boca, esta forma parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o la medicación que esté tomando, podrían tener una relación importante con los servicios dentales que reciba. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

¿Se encuentra bajo tratamiento médico actualmente?  Sí  No En caso afirmativo, explique:

¿Ha sido hospitalizado o se le ha practicado una operación importante en los últimos 6 meses?  Sí  No En caso afirmativo, explique el motivo del tratamiento:

¿Está tomando anticoagulantes o aspirina para bebés?  Sí  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o alguna otra medicación que contenga bifosfonatos?  Sí  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien de su familia ha tenido alguna complicación con la anestesia general?  Sí  No

Enumere todas y cada una de las alergias:

### Hábitos – Cantidades

Tabaco \_\_\_\_\_ Paquetes

Alcohol \_\_\_\_\_ Al día

Drogas \_\_\_\_\_ ¿Alguna vez ha tenido problemas con las drogas y el alcohol?  Sí  No

Por favor, enumere toda la medicación que tome actualmente:

**Medicación** **Dosis** **Motivo**

### ¿Padece o ha padecido alguno de los siguientes?

S N (Por favor, marque)

#### GENERAL

Se cansa con facilidad, debilidad

Cambios de peso considerables

Fiebre persistente

Tomado esteroides

Le salen moratones con facilidad

Dolores de cabeza frecuentes

#### PIEL

Cambios en el color de la piel

Erupciones cutáneas, urticaria

Herpes

#### OJOS

Problemas oculares

Glaucoma

Otros problemas de glándulas

S N (Por favor, marque)

#### OÍDOS

Pérdida de audición

Infecciones de oído

#### NARIZ

Problemas sinusales

Sangrado de nariz frecuente

#### GARGANTA

Dolor de garganta frecuente

Goteo por la nariz

Paladar hendido

#### ENDOCRINO

Diabetes

Problemas de tiroides

Presión arterial baja

S N (Por favor, marque)

Hipoglucemia

#### SISTEMA NERVIOSO

Apoplejía

Dolores de cabeza frecuentes

Convulsiones/Epilepsia

Entumecimiento/hormigueo

Mareos/Desmayos

Problemas nerviosos

Lesión en la cabeza

Tratamiento psiquiátrico

Problemas emocionales

#### CARDIOVASCULAR

Prolapso de la válvula mitral

S N (Por favor, marque)

Fiebre reumática

Enfermedad cardíaca

Presión arterial alta

Presión arterial baja

Dolor/molestias de pecho

Enf. cardíaca congénita

Otras enf. cardíacas

Marcapasos

Fiebre escarlata

Cirugía cardíaca

Ataque cardíaco

Enfermedad estomacal

Latido irregular

S N (Por favor, marque)

**RESPIRATORIO**

- Asma
- Enfisema
- Bronquitis
- Neumonía
- Tos persistente

S N (Por favor, marque)

**MUSCULOESQUELÉTICO**

- Artritis/reumatismo
- Huesos rotos
- Articulaciones artificiales
- Osteoporosis

S N (Por favor, marque)

**DIGESTIVO**

- Cambios en el apetito
- Heces negras, sangrientas o pálidas
- Ictericia
- Hepatitis
- Enfermedad/Úlceras estomacales
- Enfermedad renal

S N (Por favor, marque)

**URINARIO**

- Enfermedad renal
- Trasplante de riñón
- Enfermedad venérea
- Diálisis renal

**Diabetes** En caso afirmativo, es de Tipo 1  o Tipo 2   
 ¿Ha revisado su nivel de azúcar en la sangre hoy?  Sí  No  
 Indique su última medida de azúcar en sangre/A1C \_\_\_\_\_

Si ha marcado **asma**, ¿está controlada?  Sí  No

S N (Por favor, marque)

**SANGRE**

- Problemas de sangrado
- Trastornos hematológicos
- Célula falciforme
- Anemia
- VIH
- Transfusión de sangre
- Hepatitis

**Continúa:**

S N (Por favor, marque)

**DESARROLLO**

- Autismo
- TDAH
- Discapacidades/Necesidades especiales
- Síndrome de Down
- Espina bífida

S N (Por favor, marque)

**OTROS**

- Trastornos autoinmunes
- Tratamiento con radiación
- Tumores/Bultos
- Cáncer
- Tuberculosis

**Todas las operaciones o cirugías:**

---



---

**¿Hay algo más que crea que deberíamos saber?**

---



---

**SOLO MUJERES: Está**

¿Embarazada/tratando de quedar embarazada?  Sí  No ¿Toma anticonceptivos orales?  Sí  No ¿Lactancia?  Sí  No

**IMPORTANTE:** Los antibióticos (penicilina, eritromicina, etc.) que es posible que se receten después de los tratamientos pueden hacer que la píldora anticonceptiva sea ineficaz. Se recomiendan otros métodos anticonceptivos durante la duración del ciclo efectuado.

**Certifico que puedo hablar, leer y escribir en español y que he leído y entiendo completamente este formulario de historial médico. A mi leal saber y entender, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas:**

Nombre del paciente/progenitor/tutor

Fecha

Firma del paciente/progenitor/tutor

Fecha

Firma del proveedor

Fecha

Firma del proveedor

Fecha

## Formulario de consentimiento informado para procedimientos dentales generales

**Nombre del paciente:**

**Fecha:**

Nuestros pacientes tienen derecho a aceptar o rechazar el tratamiento dental recomendado propuesto por su dentista. Su dentista y su equipo dental le informarán minuciosamente de las opciones de tratamiento ideales y alternativas, los riesgos asociados con ambas y el riesgo de no recibir tratamiento, antes de solicitar su consentimiento.

No consienta el tratamiento a menos que esté satisfecho con las respuestas que le haya transmitido su equipo dental y todas sus preguntas hayan sido respondidas. Al consentir el tratamiento, usted reconoce su disposición a aceptar los riesgos y complicaciones conocidos, sin importar lo reducida que sea la probabilidad de ocurrencia.

Es muy importante que brinde a su dentista información precisa antes, durante y después del tratamiento. También es importante que siga los consejos y recomendaciones de su dentista respecto a la medicación, las instrucciones previas y posteriores al tratamiento, las derivaciones a especialistas y la necesidad de volver para las citas programadas. El incumplimiento de los consejos y recomendaciones de su dentista puede tener como consecuencia un mal resultado del tratamiento.

Ciertas afecciones cardíacas pueden crear un riesgo de complicaciones graves o fatales. Si tiene una afección cardíaca grave, o si está tomando anticoagulantes o agentes antitrombóticos, informe a su dentista de inmediato para que pueda consultar con su médico.

En odontología, existen riesgos conocidos y posibles complicaciones asociadas con el tratamiento dental. Ningún proveedor puede garantizar el éxito del tratamiento recomendado, ni que no experimente ninguna complicación o un resultado menos que óptimo. Aunque estas complicaciones son poco frecuentes, pueden ocurrir y ocurren ocasionalmente.

**Medicamentos y sedación:** He sido informado y entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros fármacos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento, inflamación de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y/o choque anafiláctico. Pueden causar somnolencia y falta de conciencia y coordinación, lo que puede aumentar con el uso de alcohol u otras drogas. Lo entiendo y estoy totalmente de acuerdo en no operar ningún vehículo ni dispositivo peligroso durante al menos 12 horas o hasta que esté completamente recuperado de los efectos de la medicación anestésica y los fármacos que me hayan administrado para mi tratamiento. Entiendo que no tomar la medicación de la manera prescrita puede aumentar la probabilidad de infección o dolor continuo o agravado, así como la resistencia potencial para el tratamiento futuro de mi afección. **Mujer:** Entiendo que los antibióticos pueden disminuir la efectividad de los anticonceptivos y he sido informada de este riesgo.

**Cambios en el plan de tratamiento:** Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones encontradas al trabajar en los dientes que no se descubrieron durante el examen inicial (por ejemplo, terapia del conducto radicular después de procedimientos de restauración rutinarios). Mi dentista discutirá conmigo cualquier modificación del plan de tratamiento original antes de completar el tratamiento.

**Disfunción de la articulación temporomandibular (ATM):** Entiendo que los síntomas de chasquidos, rigidez, bloqueo y dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la articulación de la mandíbula inferior (cerca de la oreja) después del tratamiento dental rutinario causado por tener la boca abierta durante un período prolongado de tiempo. Sin embargo, los síntomas de la disfunción de la ATM asociados con el tratamiento dental suelen ser de naturaleza transitoria y bien tolerados por la mayoría de los pacientes. Entiendo que, si surge la necesidad de tratamiento, me derivarán a un especialista para el tratamiento, cuyo coste será responsabilidad mía.

**Empastes:** Entiendo que se debe tener cuidado al masticar con dientes recientemente restaurados durante las primeras 24 horas para evitar la rotura del empaste. Me han informado de que la sensibilidad es un efecto secundario común de un empaste recién colocado.

***Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y, por lo tanto, entiendo que los resultados no pueden garantizarse. Reconozco que nadie ha dado ninguna garantía respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y es responsable individualmente del cuidado dental que me brinde. También entiendo que ningún otro dentista que no sea mi dentista tratante es responsable de mi tratamiento dental.***

El objetivo de este formulario es proporcionarle una descripción general de los posibles riesgos y complicaciones. No firme este formulario ni acepte el tratamiento hasta que haya leído, entendido y aceptado cada párrafo mencionado anteriormente. Discuta los posibles beneficios, riesgos y complicaciones del tratamiento recomendado con su dentista. Asegúrese de que su dentista haya abordado todas sus inquietudes de manera satisfactoria antes de comenzar el tratamiento. Este formulario permanecerá en vigor hasta que este consultorio dental o usted lo rescindan.

---

Nombre del paciente (escrito)

Fecha de nacimiento

---

Firma del paciente

Fecha

---

Testigo

Fecha

## POLÍTICA DE CITAS

En un esfuerzo por proporcionar la atención y el servicio de la más alta calidad a nuestros pacientes, le pedimos que nos notifique con 24 horas de anticipación para cancelar y/o reprogramar su cita reservada.

Requerimos confirmación para todas las citas. Como cortesía para nuestros pacientes, se utiliza un servicio de confirmación para facilitarle confirmar sus citas mediante:

- o Correo electrónico
- o Mensaje de texto
- o Llamada telefónica

**Nuestra política de cancelación es la siguiente:**

**Si un paciente no nos notifica con 24 horas de antelación que no asistirá a la cita, consideraremos que esta es una cita fallida. Entendemos que ocasionalmente surgen circunstancias que impiden que los pacientes acudan a las citas, por lo que se excusará la primera cita fallida. Después de la segunda cita fallida, el paciente solo podrá programar citas entre las 11 a.m. y las 2 p.m. Si un paciente no se presenta a tres citas, le colocaremos en una lista de llamadas a corto plazo que permite solo citas para el mismo día, y que también puede solicitar el paciente solo el mismo día.**

Este sistema se implementó para limitar la cantidad de cancelaciones de última hora/no presentados debido a la gran demanda de atención dental.

Valoramos nuestras relaciones paciente/médico y haremos todo lo posible para adaptarnos a sus necesidades. Le agradecemos que nos comunique cualquier cancelación, así como su asistencia y nos permitirán ayudarle a lograr un resultado positivo.

Gracias de antemano por su cooperación. Su cooperación nos permite atender las necesidades de todos los pacientes.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo la **Política de citas**.

---

Nombre del paciente

FdN

---

Firma del paciente/progenitor/tutor

Fecha

Tenemos el privilegio de que nos haya elegido como su proveedor dental. Estamos comprometidos a brindarle a usted y a su familia atención médica de calidad. La siguiente es una declaración de nuestra Política financiera, que debe comprender antes de comenzar el tratamiento dental. En caso de tener cualquier duda o pregunta, estamos aquí para resolverla

## POLÍTICA FINANCIERA

SE DEBE EFECTUAR EL PAGO COMPLETO AL MOMENTO DEL SERVICIO. Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de tarjetas de crédito. Se aplicarán unos gastos de 35,00 \$ a todos los cheques devueltos. Además, nos reservamos el derecho de cobrar por citas canceladas o interrumpidas sin notificación con 24 horas de antelación.

### En cuanto a seguros

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No tenemos control sobre sus decisiones y la cantidad que deciden pagar. Sin embargo, como cortesía hacia nuestros pacientes, enviaremos sus solicitudes a su seguro por usted.

Antes del tratamiento, verificaremos su cobertura y calcularemos su deducible y copagos con la mayor precisión posible. Por favor, comprenda que todos los planes de tratamiento proporcionados son solo una estimación basada en la información que proporciona su compañía de seguros. Todos los deducibles y copagos vencen el día en que se brinda el tratamiento.

Tenga en cuenta que su compañía de seguros no garantiza el pago por teléfono. No sabremos la cantidad exacta que pagarán hasta que respondan a la solicitud. **Independientemente de lo que pague su compañía de seguros, usted sigue siendo completamente responsable del pago de su factura.** En cuanto se reciba el pago de su solicitud, le enviaremos una factura por cualquier saldo restante en su cuenta.

Cualquier saldo no pagado pasados 90 días se puede enviar a servicios de cobro, en cuyo caso el paciente será responsable de los gastos asociados con el cobro de dicho importe.

*He leído y entiendo la Política financiera anterior. Al firmar a continuación, reconozco la responsabilidad y acepto los términos anteriores.*

---

Firma de la parte responsable

Fecha

## **Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad**

Aviso al paciente:

Estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, que establece cómo podemos usar y/o divulgar su información de salud. Firme este formulario para acusar recibo de este aviso. Si lo desea, puede negarse a firmar este acuse de recibo.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de este consultorio.

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

Parte responsable (si es diferente al paciente): \_\_\_\_\_

Firma de la parte responsable/paciente: \_\_\_\_\_

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

*Por la presente doy mi permiso para discutir todos los aspectos de mi tratamiento dental con las personas que se enumeran a continuación:*

Madre  Marido

Padre  Esposa

Otros (especificar): \_\_\_\_\_

### **SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO**

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

El individuo se negó a firmar

Las barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo

Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo

Otros (especificar): \_\_\_\_\_