

Historial Médico y Personal

Fecha _____ Email: _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Edad _____ Sr. Sra. Srta. Dr.
Dirección _____ Tel. Casa _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____ Tel. Trabajo _____
Género M F Núm. de Seguro Social _____ Tel. Móvil _____
Correo Electrónico _____ Dentista quien le refirió _____
Fecha de Nacimiento ___/___/___ Persona responsable de pago _____
Lugar de Trabajo _____ Posición _____
Aseguranza Dental _____ Núm. de Grupo _____
Patrono que provee beneficios de aseguranza dental _____

Historial Médico (Circule todo lo que aplique) **Fecha de último examen médico** _____

Problemas Cardíacos	Problemas Pulmonares	Derrame Cerebral	Hepatitis A	Asma
Alta Presión	Tuberculosis	Anemia	Hepatitis B	Sinusitis
Murmullo del Corazón	Problemas de los Riñones	Diabetes	Bilirrubina	Convulsiones
Enfermedad del Hígado	Enfermedad de la Tiroides	Problemas Temporomandibulares (TMJ)		
Problemas de Válvulas del Corazón	HIV+/SIDA	Adicción a Drogas	Hemofilia	Epilepsia
Fiebre Reumática	Alergias o Sarpullido	Cáncer/Leucemia	Quimioterapia	
Prolapso de la Válvula Mitral	Alergias al Látex	Terapia de Cortisona	Transfusión de Sangre	
Problemas de Sangrado	Enfermedades Venereas	Articulación Artificial	Marcapasos del Corazón	

***¿Tiene alguna otra enfermedad o condición que no se haya mencionado anteriormente?** Si No

Explique _____

***¿Ha tenido alguna alergia a algún medicamento o anestesia?** Si No

Explique a cuál medicamento y cuál fue la reacción _____

***¿Necesita antibióticos para sus tratamientos dentales de rutina?** Si No

Nombre de antibiótico y cantidad que usualmente toma _____

***¿Está bajo cuidado médico por alguna condición o enfermedad actualmente?** Si No

Explique _____

***Si es una fémina, ¿Está usted embarazada, lactando o tomando algún anticonceptivo?** Si No

Mencione todos los medicamentos, vitaminas y suplementos que ha tomado en los últimos 3 días incluyendo la dosis (por ejemplo Aspirina, suplementos naturales, anticonceptivos, etc.)

Médico de Familia _____ Tel. _____

Farmacia para sus recetas _____ Tel. _____

Contacto de Emergencia _____ Tel. _____

He contestado estas preguntas honestamente. Entiendo que es mi deber informar a la Dra. Ne de cualquier cambio en mi estado de salud, cambio en mis recetas médicas, dirección y/o números telefónicos. Entiendo que si no proveo mi historial médico y mis recetas médicas la Dra Ne y sus asociados están en la discreción de disolver o terminar inmediatamente la relación paciente/doctor.

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____

Iniciales del Dr. _____



DENTISTS

A root canal practice accepting Medicaid/CHIP

Para atender de mejor manera las necesidades de su niño, ofrecemos las siguientes opciones. Por favor seleccione una de las siguientes opciones:

Por favor seleccione una:

- Si usted desea permanecer en el operatorio, lo alentamos a ser un colaborador silencioso. Al escoger esta opción, usted entiende que usted no interferirá con el doctor, asistente o el niño durante el procedimiento. No se permite el uso de teléfonos celulares y usted deberá permanecer sentado durante todo el procedimiento. Si usted no colabora, se le pedirá que abandone el operatorio o el procedimiento será interrumpido.
- Si usted no está cómodo en el operatorio o si piensa que su hijo estará mejor solo(a). Por favor permanezca en la sala de espera.
- ❖ Un familiar o guardián legal deberá permanecer en la oficina (sala de espera) durante todo el procedimiento.

Yo (nosotros) hemos leído lo anterior y me (nos) dieron la oportunidad de hacer preguntas. Yo (nosotros) libremente damos el consentimiento informado.

Nombre del/la paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Firma del guardián legal: _____ Numero de telefono: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____



DENTISTS

A root canal practice accepting Medicaid/CHIP

2924 W. Northwest Highway Dallas, TX 75220

PH: 214-352-7668 FAX: 214-352-7670

Consentimiento para Consulta, Radiografias, Diagnostico y/o Tratamiento de Endodoncia.

Yo, _____, (imprima) comprendo que todos los procedimientos y tratamientos tienen inherente y riesgos potenciales. Estos riesgos incluyen, pero no están limitados a complicaciones que resultan del uso de instrumentos dentales, medicamentos, sedación, medicinas, calmantes para el dolor, anestésicos e inyecciones. Estas complicaciones incluyen pero no están limitados a hinchazón, sensibilidad, sangramiento, moretones, dolor, infección, úlceras bucales, cambios en la mordida; músculo de mandíbula, dificultad conjunta, dolor referido al oído, el cuello y la cabeza, sensación de adormecimiento y hormigueo en áreas de la boca que es transiente, pero que en raras ocasiones pudiera ser permanente; el aflojamiento o daño de dientes, coronas o puentes; reacciones alérgicas; retraso de curación, problemas de sinusitis; la posibilidad de instrumentos rotos dentro de los canales de la raíz, aberturas adicionales de la corona o raíz del diente, material de relleno que se extiende pasando al final de las raíces.

Puede haber períodos de incomodidad durante o después del tratamiento. Muchos factores pueden contribuir al éxito o fracaso de la terapia de canales de raíz que no puede ser determinado de antemano. Por lo tanto, en algunos casos el tratamiento pudiera tener que ser cambiado o discontinuado antes de ser completado, o puede fallar después del tratamiento. Algunos de estos factores incluyen pero no están limitados a: la forma y ubicación de la anatomía de los canales, canales bloqueados debido a relleno o tratamiento previo, calcificación natural, instrumentos quebrados, participación periodontal (encías), o /y no detectados o después de la separación (grieta) en el diente; también mi resistencia a la infección, mi falta de cumplimiento a las citas programadas, y mi incumplimiento a obtener restauración permanente después del tratamiento.

Además de comprender que las medicaciones prescritas y medicinas recetadas podrían provocar somnolencia, vómito, falta de atención y coordinación, que puede ser acelerado por el uso de alcohol, tranquilizantes, sedativos o otras drogas. El uso de medicamentos antibióticos podrían tener una acción adversa sobre el efecto de las píldoras anticonceptivas.

Me han dado la oportunidad de contestar a mis preguntas. tengo entendido que yo siempre tendré la opción de discontinuar el tratamiento o elegir la extracción en contraposición a aceptar y continuar el tratamiento recomendado. Yo comprendo que la terapia de canal de raíz es un intento para salvar mi diente, que de otro modo podrían requerir extracción. Aunque la terapia de canal de raíz tiene un alto grado de éxito, no puede ser garantizada. Ocasionalmente el diente que ha tenido terapia de canales de la raíz, podría requerir re-tratamiento, cirugía o hasta extracción..

He sido veraz y exacto en la historia de mi salud y mi información personal, que he provisto a ROOT CANAL DENTISTS, Si hay un cambio en salud o en los medicamentos tomados voy a informar a ROOT CANAL DENTISTS en mi próxima cita. También acepto los procedimientos descritos anteriormente y entiendo la necesidad de dicho tratamiento así como las posibles complicaciones y los honorarios respectivos.

Nombre del/la paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Firma _____ Fecha _____

(Padre, Guardian o Agente debe firmar por pacientes menores de 18 años de edad)

Testigo _____ Diente# _____

(Imprima)



DENTISTS

A root canal practice accepting Medicaid/CHIP

Consentimiento para Sedar por Inhalación con Oxido Nitroso/Oxígeno

Para ayudar a bajar los niveles de ansiedad durante el tratamiento dental y para hacer su cita más placentera, el sedante por inhalación, compuesto de la combinación de óxido nitroso y oxígeno (N₂O) está disponible en nuestra oficina. Para la mayoría de los pacientes el óxido nitroso resulta ser muy efectivo para controlar la ansiedad con muy pocos o ningún efecto secundario. Sin embargo, en algunos casos, el nivel de efectividad puede ser impredecible y en casos aislados algunos pacientes pueden experimentar reacciones poco deseables al N₂O a pesar de nuestros esfuerzos para evitar o minimizar estos efectos. Estos problemas incluyen -pero no se limitan a- náusea, vómitos, alguna reacción alérgica, problemas respiratorios, problemas del corazón y problemas de presión arterial. En muy pocas ocasiones pacientes han tenido que ser hospitalizados por problemas que pudieran poner su vida en riesgo.

Mujeres:

Si sospecha que está embarazada, es importante que nos informe de inmediato. El uso de N₂O presenta un posible riesgo para su feto en desarrollo; por eso estamos EN CONTRA del uso de N₂O durante el embarazo. Existe el riesgo de un aborto espontáneo o pérdida del bebé si utiliza el óxido nitroso durante el embarazo.

Me consta que no debo comer o tomar nada cuatro horas antes de utilizar N₂O para reducir la posibilidad de algunas reacciones poco deseables como las mencionadas anteriormente, particularmente náusea y vómitos.

He leído esta información y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas relacionadas a este tema. Doy consentimiento, por mi propia voluntad, para el uso de óxido nitroso/oxígeno durante mi tratamiento dental en Root Canal Dentists. Entiendo que no hay garantía sobre los resultados médicos o mentales asociados con esta técnica sedante.

___ También entiendo que el costo de N₂O es de **\$40 por cada visita no incluye Medicaid** y que será cobrado **antes** de comenzar su tratamiento ya que el sedante por inhalación no forma parte del tratamiento dental y no está cubierto por su plan de seguro dental.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre del Paciente en letra de molde _____

___ Marque si usted es madre, padre o custodio del paciente nombrado (si el paciente es menor de 18 años.)

Firma de padres o custodio _____ Número de tel. _____

Nombre en letra de molde _____ Parentesco _____

Firma del Doctor _____ Firma de asistente _____

Método de pago: Visa, MC, Cheque, Efectivo



DENTISTS

A root canal practice accepting
Medicaid/CHIP/most PPO Insurance

En nuestro esfuerzo por cumplir con la ley de privacidad HIPAA (por sus siglas en inglés) queremos asegurarnos que estamos protegiendo su privacidad de acuerdo a sus indicaciones cuando se trata de lidiar con sus familiares, amigos y compañeros de trabajo.

Por favor circule su respuesta a las siguientes preguntas:

¿Nos autoriza dejar mensajes relacionados a sus citas/tratamientos con algún compañero de trabajo, recepcionista o secretaria que regularmente conteste sus llamadas? SI NO N/A

¿Nos autoriza dejar mensajes en el correo de voz en su trabajo? SI NO N/A

¿Nos autoriza dejar mensajes en la contestadota de su residencia? SI NO N/A

¿Nos autoriza discutir sus citas/tratamientos con su esposo(a)? SI NO N/A

Para jóvenes mayores de 18 años que aún residen con sus padres,
¿Nos autoriza a discutir sus citas y tratamientos con ellos? SI NO N/A

Es necesario que nos informe por escrito si ocurre algún cambio en sus indicaciones. Este documento tomará efecto comenzando el 14 de abril del 2003 y se mantendrá en su expediente junto con la confirmación de recibo que firmó acerca de la información de Prácticas de Privacidad.

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____

Confirmación de Recibo de Información acerca de Prácticas de Privacidad

(Puede negarse a firmar esta Confirmación)

Yo, _____ he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Para uso oficial

Tratamos de obtener confirmación de recibo acerca de nuestras Prácticas de Privacidad, pero no pudo ser obtenida por:

- negación de paciente a firmar.
- confusión o problemas en la comunicación impidieron el hecho de obtener esta confirmación.
- una situación de emergencia que nos impidió obtener esta confirmación.

Otro
(Explique) _____
