



INFORMACIÓN DEL PACIENTE *(POR FAVOR COMPLETE COMPLETAMENTE)*

Nombre : _____ Apellido: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____
Nombre Preferido: _____ El paciente es (círculo): Titular de la póliza Responsable Fiesta Infantil
Dirección: _____ Ciudad, Estado y Código Postal: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Móvil: _____
Dirección de correo electrónico: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____ Número de Seguridad Social: _____
Estado de empleo (círculo): Tiempo Completo Media Tiempo Retirado Trabajador Independiente Otro
Estado Civil (círculo): Nino Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Otro
Estatuas de los estudiantes (círculo): Tiempo Completo Medio Tiempo Nombre de la escuela / empleador: _____
Farmacia Preferida: _____ Dirección: _____ Tele: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR *(Para menores de 17 años y menores)*

Nombre : _____ Apellido: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____
Nombre Preferido: _____ El paciente es (círculo): Titular de la póliza Responsable Fiesta Infantil
Dirección: _____ Ciudad, Estado y Código Postal: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Móvil: _____
Dirección de Correo Electrónico: _____ Relación con el paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguridad Social: _____ Licencia de Conducir: _____
Estado de empleo (círculo): Tiempo Completo Medio Tiempo Retirado Trabajador Independiente Otro
Estado Civil (círculo): Nino Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Otro

SEGURO PRIMARIO *(SI ES APLICABLE, POR FAVOR COMPLETE COMPLETAMENTE)*

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Asegurado: Yo Esposa Child Otro
ID Asegurado/SSN: _____ DOB Asegurado: _____ Compania Aseguradora: _____
Empleador: _____ Dirección: _____
Ciudad, estado y código postal: _____ Tele: _____

FUENTE DE REFERENCIA *(¿QUIÉN PODEMOS GRACIAS? - Círculo)*

Sitio Web Social Media Conducir por/Cominar en Evento (cual evento?) _____
Paciente / Amigo (quien?) _____ Empleado (quien?) _____ Otro (por favor explique) _____

Impresion

Firma del Paciente / Tutor

Fecha



HISTORIA DENTAL

Nombre (Primero, Segundo): _____ Fecha De Nacimiento: _____

¿Cómo podemos ayudarte hoy? _____

Tu salud actual es:	Bien	Bastante Bueno	Pobre
¿Necesita antibióticos antes del tratamiento dental?		Sí	No
¿Tienes dolor ?		Sí	No
¿Alguna vez has tenido tratamiento de las encías?		Sí	No
¿Tiene usted o ha tenido dolor / molestia en la articulación de la mandíbula? (TMJ)		Sí	No
¿Estás bajo algún estrés? (es decir, nuevo trabajo, movimiento, relaciones)		Sí	No
¿Te gustan tus sonrisas?		Sí	No
¿Estás contento con el color de tus dientes?		Sí	No
¿Te sangran las encías?		Sí	No
Cuantas veces tu:	hilo dental / semana? _____	cepillo / día? _____	
¿Eres sensible al calor, al frío o algo más?		Sí	No
¿Has perdido algún diente permanente?		Sí	No
¿Muelas o aprietas los dientes?		Sí	No
¿Alguna vez ha tenido un problema grave / difícil con un trabajo dental previo?		Sí	No
¿Alguna vez has tenido alguna experiencia dental desfavorable?		Sí	No
Cuando fue tu ultima:	Limpia? _____	Visita Dental? _____	
¿Por qué dejaste tu dentista anterior? _____			
¿Cómo podemos acomodarte mejor durante tu visita dental? _____			

Aquí, en Smiles West, ofrecemos una amplia variedad de servicios para mejorar y mantener su sonrisa hermosa. Marque con un círculo los servicios a continuación que le gustaría que nuestro amable personal converse con usted durante su visita:

- Zoom! Blanqueamiento dental
- Lumineers
- Bonding
- Arreglando los dientes astillado
- Cambio de sonrisa
- Coronas de implantes
- Parcial / Dentaduras
- Diente derecho
- Reemplazar los rellenos de plata
- Coronas y puentes

Autorización y Liberación

Certifico que he leído y entiendo la información anterior según mi leal saber y entender. Las preguntas anteriores han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya brindado a mí o a mi hijo durante el período de dicha atención dental a terceros profesionales de la salud. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o a los beneficios de seguro de grupo dental que de otra manera me serían pagaderos. Acepto ser responsable por cualquier pago de servicios que se presten en mi nombre o en mis dependientes.

Impresion

Firma del Paciente / Tutor

Fecha



HISTORIA DE LA SALUD DEL PACIENTE

Aunque el personal dental trata principalmente en y alrededor de su boca, su boca es una parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que esté tomando, podrían tener una relación importante con la odontología que recibirá. Gracias por responder a la siguiente:

¿Está bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No En caso afirmativo, explíquelo: _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante? Sí No
En caso afirmativo, explíquelo: _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Sí No
En caso afirmativo, explíquelo: _____

¿Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas? Sí No
En caso afirmativo, explíquelo: _____

¿Toma, o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Sí No
En caso afirmativo, explíquelo: _____

¿Estás en una dieta especial? Sí No
En caso afirmativo, explíquelo: _____

¿Usas tabaco? Sí No

¿Utiliza sustancias controladas? Sí No

MUJERES, SON USTEDES (círculo)...

Embarazada / tratando de quedar embarazada? Sí/No Tomar anticonceptivos orales? Sí/No Enfermería? Sí/No

Eres alérgico a lo siguiente (círculo)...

Asprin Penicillin Codeine Acrylic Metal Latex Local Anesthetics

Otro, por favor explique: _____ None

TIENE, O HA TENIDO, ALGUNO DE LOS SIGUIENTES...

AIDS/HIV Positive	Sí	No	Excessive Thirst	Sí	No	Pain in Jaw Joint	Sí	No
Alzheimer's Disease	Sí	No	Fainting Spells/Dizziness	Sí	No	Parathyroid Disease	Sí	No
Anaphylaxis	Sí	No	Frequent Cough	Sí	No	Pins/Rods/Stunts/Shunts	Sí	No
Anemia	Sí	No	Frequent Diarrhea	Sí	No	Psychiatric Care	Sí	No
Angina	Sí	No	Frequent Headaches	Sí	No	Radiation Treatments	Sí	No
Arthritis/Gout	Sí	No	Genital Herpes	Sí	No	Recent Weight Loss	Sí	No
Artificial Heart Valve	Sí	No	Glaucoma	Sí	No	Renal Dialysis	Sí	No
Artificial Joint	Sí	No	Hay fever	Sí	No	Rheumatism Fever	Sí	No
Asthma	Sí	No	Heart Attack/Failure	Sí	No	Rheumatism	Sí	No
Blood Disease	Sí	No	Heart Murmur	Sí	No	Scarlet Fever	Sí	No
Blood Transfusion	Sí	No	Heart Pace Maker	Sí	No	Shingles	Sí	No
Breathing Problem	Sí	No	Heart Trouble/Disease	Sí	No	Sickle Cell Disease	Sí	No
Bruise Easily	Sí	No	Hemophilia	Sí	No	Sinus Trouble	Sí	No
Cancer	Sí	No	Hepatitis A	Sí	No	Spina Bifida	Sí	No
Chemotherapy	Sí	No	Hepatitis B or C	Sí	No	Stomach/Intestinal Disease	Sí	No
Chest Pains	Sí	No	Herpes	Sí	No	Stroke	Sí	No
Cold Sores/Fever Blisters	Sí	No	High Blood Pressure	Sí	No	Swelling of Limbs	Sí	No
Congenital Heart Disorder	Sí	No	Hives or Rash	Sí	No	Thyroid Disease	Sí	No
Convulsions	Sí	No	Hypoglycemia	Sí	No	Tonsillitis	Sí	No
Cortisone Medicine	Sí	No	Irregular Heartbeat	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Kidney Problems	Sí	No	Tumors or Growths	Sí	No
Drug Addiction	Sí	No	Leukemia	Sí	No	Ulcers	Sí	No
Easily Winded	Sí	No	Liver Disease	Sí	No	Venereal Disease	Sí	No
Emphysema	Sí	No	Low Blood Pressure	Sí	No	Yellow Jaundice	Sí	No
Epilepsy or Seizures	Sí	No	Lung Disease	Sí	No			
Excessive Bleeding	Sí	No	Mitral Valve Prolapse	Sí	No			



¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? Sí No En caso afirmativo, explíquelo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Que yo sepa, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del Paciente, Padre o tutor: _____ Fecha: _____

Salud medica revisada por (doctor): _____ Fecha: _____



CONTRATO DE SERVICIO DENTAL

GRÁFICO

("Doctor/Médico"), y el paciente abajo firmante ("Paciente") han acordado lo siguiente:

ARTÍCULO 1. ES UN ENTENDIMIENTO QUE CUALQUIER DISPUTA EN RELACIÓN CON LA MALPRACCIÓN DENTAL, ES EN CUANTO A QUE CUALQUIERA LOS SERVICIOS DENTALES QUE SE PROPORCIONAN DE ACUERDO A ESTE CONTRATO NO SE VENGAN A PEDIR A LA PARTICIPACIÓN DE LA PERSONA, Y NO POR UNA DEMANDA O RECURSO AL TRIBUNAL JUDICIAL, EXCEPTO COMO LA LEY DE CALIFORNIA PROPORCIONA LA REVISIÓN JUDICIAL O LOS PROCEDIMIENTOS DE ARBITRAJE, AMBAS PARTES DE ESTE CONTRATO ENTREN EN ELLOS DETENIDOS DE QUE LES PERMITE UN JURADO, Y EN VEZ DE ACEPTAR SU USO DEL ARBITRAJE.

ARTÍCULO 2. En el caso de cualquier reclamo, demanda, controversia o disputa cuya naturaleza esencial involucre lesiones personales, mala praxis o cualquier agravio, por parte del Paciente, sus dependientes, ya sean menores de edad, herederos legales o representantes personales contra el Doctor o cualquier otro. de los médicos, directores, accionistas, agentes, representantes, empleados, sucesores en intereses, cesionarios o asociados que acuerden por escrito estar sujetos a las disposiciones de arbitraje de este acuerdo ("Afiliados"). EL MÉTODO DOBLE PARA RESOLVER DICHA DISPUTA SERÁ UN ARBITRAJE VINCULANTE ADMINISTRADO POR LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE ARBITRAJE DE ACUERDO CON LAS REGLAS DE ARBITRAJE COMERCIAL DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE ARBITRAJE Las partes acuerdan que someterán su controversia a un Árbitro, que es un Dentista con licencia en California. Dicho Árbitro será aceptable para ambos partidos. En el caso de que las partes no puedan acordar un Árbitro único, cada parte deberá elegir un Árbitro que sea un Dentista con licencia en California y los dos Árbitros deberán elegir un tercer procedimiento de Dentista según las reglas de la Asociación Americana de Arbitraje. No obstante lo anterior, las partes pueden agregar dos Árbitros adicionales que sean Dentistas mediante un acuerdo por escrito para crear un panel de arbitraje de tres. Se acuerda que todas las partes relevantes para una solución completa y completa de cualquier disputa están sujetas a este acuerdo y pueden ser intervenidas o unidas.

ARTÍCULO 3. La parte predominante es cualquier arbitraje conforme a este acuerdo, se le otorgarán todos los costos, incluidos los honorarios razonables de los abogados y los honorarios de los Árbitros, al procesar o defender esa reclamación en el arbitraje, pero sin exceder de \$ 5,000. Además, si se emprende una acción para anular de otro modo el arbitraje vinculante, la parte perdedora en la acción judicial asumirá todos los costos de la parte ganadora, incluidos los honorarios razonables de los abogados.

ARTÍCULO 4. Cualquier parte que inicie el arbitraje conforme a este acuerdo deberá presentar con su petición una fianza o garantía de efectivo por un monto equivalente a los quinientos dólares (\$ 500) que proporcionará seguridad para los honorarios y costos de los abogados en caso de que la parte en movimiento no prevalecer.

ARTÍCULO 5. El acuerdo regirá todos los servicios futuros prestados al Paciente por el Doctor y los Afiliados y Asociados del Doctor. La ejecución de este acuerdo es una condición previa para la prestación de servicios por parte del médico, pero este acuerdo puede ser rescindido mediante notificación por escrito por cualquiera de las partes dentro de los treinta días de la firma. Después de esos treinta días, este acuerdo puede ser cambiado o revocado solo por una revocación escrita firmada por ambas partes.

ARTÍCULO 6. Entiendo que cada médico es un profesional individual y es responsable individualmente de la atención dental que se me brinda. También entiendo que ningún otro médico o entidad corporativa, aparte del médico tratante, es responsable de mi tratamiento.

ARTÍCULO 7. El médico se compromete a prestar atención y servicios dentales al paciente. El paciente acepta pagarle al médico inmediatamente después de la entrega de una factura a las tarifas vigentes en la actualidad, o cooperar con el médico para obtener el pago de terceros pagadores.

ARTÍCULO 8. Excepto por el hecho de que el Doctor ha indicado que los servicios profesionales no se prestarán al Paciente a menos que se ejecute este acuerdo. El Doctor no ha hecho ninguna otra declaración o declaración, oral o escrita, para inducir al Paciente a que ejecute este acuerdo.



ARTÍCULO 9. En el caso de que cualquier disposición de este acuerdo sea nula o inaplicable por cualquier motivo, dichas disposiciones serán anuladas y sin efecto ni fuerza. Sin embargo, las disposiciones restantes de este acuerdo continuarán en plena vigencia y efecto, y en la medida necesaria, se modificarán para preservar su validez. Este acuerdo se registró por la ley de California.

ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL VINCULANTE QUE PUEDE TENER UN EFECTO IMPORTANTE DE SUS DERECHOS LEGALES. CONSULTE A SU ABOGADO EN CUALQUIER PREGUNTA QUE PUEDA TENER.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA TENER CUALQUIER PROBLEMA DE MALPRACCIÓN MÉDICA DECIDA POR EL ARBITRAJE NEUTRAL Y ESTÁ ENTENDIENDO SU DERECHO A UN TRIBUNAL JURADO. VER EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Firma del Paciente

Agente o Representante del Paciente

Relación con el Paciente

Doctor

Fecha de firma _____ AM/PM



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ODONTOLOGÍA GENERAL

Nombre del paciente (Nombre, Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. EXAMENES Y RADIOGRAFIAS

Entiendo que la visita inicial puede requerir radiografías para completar el examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Entiendo que debo hacer el trabajo como se detalla en el plan de tratamiento adjunto.

(Inicial _____)

2. DROGAS, MEDICAMENTOS Y SEDACIÓN

He sido informado y entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). He informado al dentista de cualquier alergia conocida. Pueden causar somnolencia, falta de conciencia y coordinación, lo que puede aumentar con el uso de alcohol u otras drogas. Comprendo y acepto totalmente no operar ningún vehículo o dispositivo peligroso durante al menos 12 horas o hasta que me haya recuperado por completo de los efectos del anestésico, los medicamentos y los medicamentos que se me hayan administrado en la oficina para mi atención. Entiendo que todos los medicamentos tienen el potencial de acompañar riesgos, efectos secundarios e interacciones con otros medicamentos. Por lo tanto, es fundamental que le comunique a mi dentista todos los medicamentos que tomo actualmente.

El consentimiento informado por escrito, en el caso de un menor, debe incluir, entre otros, la siguiente información: la administración y el monitoreo de la anestesia pueden variar según el tipo de procedimiento, el tipo de profesional, la edad y la salud. del paciente, y el entorno en el que se proporciona la anestesia. Los riesgos pueden variar con cada situación específica. Le recomendamos que explore todas las opciones disponibles para la anestesia de su hijo para su tratamiento dental y que consulte con su dentista o pediatra, según sea necesario.

(Inicial _____)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas al trabajar con los dientes que no se descubrieron durante el examen, siendo la terapia del conducto radicular la más común después de los procedimientos de restauración de rutina. Le doy mi permiso al dentista para que realice todos los cambios y adiciones que sean necesarios.

(Inicial _____)

4. PROFILAXIS DENTAL (LIMPIEZA)

Entiendo que el tratamiento es de naturaleza preventiva, destinado a pacientes con encías sanas, y se limita a la eliminación de la placa y el cálculo de las estructuras dentales en ausencia de enfermedad periodontal (de las encías).

(Inicial _____)

5. RELLENOS

Entiendo que puede requerirse una restauración más extensa de la que se diagnosticó originalmente debido a la caries adicional o la estructura dental no soportada que se encontró durante la preparación. Esto puede llevar a otras medidas necesarias para restaurar el funcionamiento normal del diente. Esto puede incluir canal de la raíz, corona, o ambos. Entiendo que se debe tener cuidado al masticar los empastes durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Entiendo que la sensibilidad es un efecto común de un relleno recién colocado.

(Inicial _____)

6. ELIMINACION DE LOS DIENTES

Se me han explicado las alternativas a la extracción (terapia del conducto radicular, coronas y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista a que se quite los siguientes dientes _____ y cualquier otro que sea necesario por razones en el párrafo # 3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre elimina toda la infección, si está presente, y puede ser necesario recibir más tratamiento. Entiendo los riesgos que implica la extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, diseminación de la infección, cavidad seca, senos expuestos, pérdida de sensibilidad en los dientes, los labios, la lengua y el tejido circundante (parestesia) que pueden durar un tiempo indefinido Período de tiempo o fractura de mandíbula. Entiendo que el sangrado puede durar varias horas. Si persiste, especialmente si es de naturaleza severa, debe recibir atención y esta oficina debe



ser contactada. Entiendo que puedo necesitar un tratamiento adicional por parte de un especialista o incluso una hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, cuyo costo es mi responsabilidad.

(Inicial _____)

7. CORONAS, PUENTES, CARDAS Y ENLACE

a. Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que puedo estar usando coronas temporales, que pueden desprenderse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurar que se mantengan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Me doy cuenta de que la oportunidad final para realizar cambios en mi nueva corona, puente o chapa (incluida la forma, el ajuste, el tamaño y el color) será antes de la cementación. Se me ha explicado que, en muy pocos casos, los procedimientos cosméticos pueden dar lugar a la necesidad de un futuro tratamiento del conducto radicular, que no siempre puede predecirse o anticiparse. Entiendo que los procedimientos cosméticos pueden afectar las superficies de los dientes y pueden requerir la modificación de los procedimientos de limpieza diaria. También es mi responsabilidad regresar para la cementación permanente dentro de los 20 días posteriores a la preparación del diente. Los retrasos excesivos pueden causar caries, movimientos dentales, enfermedades de las encías y / o problemas de mordeduras. Esto puede requerir una nueva versión del marrón, el puente o la chapa. Entiendo que habrá cargos adicionales por remakes u otro tratamiento para mi retraso en la cementación permanente.

(Inicial _____)

b. En mis restauraciones de coronas y puentes, elijo usar metal noble, alto noble o de cerámica en lugar de base.

(Initial _____)

c. Estoy optando por hacer un puente fijo o reemplazo de implantes de dientes perdidos en lugar de un aparato removible. Entiendo que este puente fijo o implante puede no ser un beneficio cubierto por mi póliza de seguro.

(Inicial _____)

8. DENTURAS - COMPLETAS O PARCIALES

Me doy cuenta de que las dentaduras de relleno o parciales son artificiales, construidas o de plástico, metal y / o porcelana. Se me han explicado los problemas de usar esos aparatos, que incluyen aflojamiento, dolor y posible rotura. Me doy cuenta de que la oportunidad final para hacer cambios en la nueva dentadura (incluida la forma, el ajuste, el tamaño, la colocación y el color) será la visita de prueba de "dientes en cera". Las dentaduras inmediatas pueden requerir varios ajustes y revestimientos para una nueva línea permanente o más tarde será necesario un segundo juego de dentaduras. Esto no está incluido en la tarifa inicial de la dentadura. Entiendo que es posible que mis dentaduras postizas requieran ser recubiertas aproximadamente entre tres y doce meses después de la colocación inicial. Entiendo que no cumplir con las citas de entrega puede resultar en dentaduras mal ajustadas. Si se requiere una nueva versión debido a mi retraso de más de 30 días, habrá cargos adicionales.

(Inicial _____)

9. TRATAMIENTO ENDODONICO (CANAL DE RAÍZ)

Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento del conducto radicular salve mi diente, que el tratamiento pueda producir complicaciones y que, ocasionalmente, el material del conducto se extienda a través de la punta de la raíz, lo que no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. El diente puede ser sensible durante el tratamiento e incluso permanecer sensible durante un tiempo después del tratamiento. Difícil de detectar la fractura de la raíz es una de las razones principales por las que fallan los canales de la raíz. Dado que los dientes con conductos radiculares son más frágiles que otros dientes, se necesita una corona para fortalecer una conserva a través del diente y comprender que las limas endodónticas y los escariadores son instrumentos muy finos y las tensiones pueden hacer que se separen durante el uso. Entiendo que ocasionalmente pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales después del tratamiento del conducto radicular (apicectomía). Entiendo que un diente puede perderse a pesar de todos los esfuerzos para salvarlo.

(Inicial _____)

10. TRATAMIENTO PERIODONTAL

Entiendo que tengo una afección grave que causa inflamación de las encías y / o pérdida ósea, y que puede provocar la pérdida de mis dientes y / o afecciones sistémicas negativas (incluida la diabetes no controlada, enfermedades cardíacas y parto prematuro, etc.) Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, que incluyen terapia no quirúrgica, tratamiento con antibióticos / antimicrobianos, cirugía de encías y / o extracciones. Entiendo que el éxito de un tratamiento depende en parte de mis esfuerzos para cepillarme los dientes y usar el hilo dental diariamente, recibir limpiezas terapéuticas regulares según las indicaciones, seguir una dieta saludable,



evitar los productos de tabaco y seguir otras recomendaciones. Entiendo que el sangrado puede durar varias horas. Si persiste, especialmente si es de naturaleza severa, debe recibir atención y esta oficina debe ser contactada. Entiendo que la enfermedad periodontal puede tener un efecto adverso futuro en el éxito a largo plazo del trabajo de restauración dental.

(Inicial _____)

11. IMPLANTES

Entiendo que ninguna odontología es permanente y que la colocación ideal del implante puede no ser posible debido a las limitaciones anatómicas. Se me ha informado que siempre existe la posibilidad de que los tejidos corporales no presenten fallos que no acepten fisiológicamente los dispositivos artificiales, y se pueden producir infecciones después de la operación que pueden requerir la extracción del implante o los implantes afectados. Me doy cuenta de que existe una pequeña posibilidad de daño a los nervios de la cara y los tejidos de la cavidad oral, y este entumecimiento puede ser de carácter temporal o rara vez permanente. Entiendo que con la terapia de implantes es absolutamente necesario realizar exámenes periódicos y limpiezas. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de hacer una cita e informar según las instrucciones del dentista tratante.

(Inicial _____)

12. BLANQUEAMIENTO

El blanqueo es un procedimiento que se realiza en el consultorio (aproximadamente 1 hora) o con bandejas para llevar a casa (varios tratamientos durante 2 a 4 semanas). El grado de blanqueamiento varía con el individuo. El paciente promedio logra un cambio considerable (1-3 tonos en la guía de colores dentales. Café. El té y el tabaco mancharán los dientes después del tratamiento y deben evitarse durante al menos 24 horas después del tratamiento. Entiendo que puedo prescribir tratamientos con flúor para ayudar con Sensibilidad. El FDA aprueba la aplicación de peróxido de carbamida y otras soluciones de peróxido utilizadas en el blanqueamiento dental como antisépticos bucales. Su uso como blanqueador tiene riesgos desconocidos. La aceptación del tratamiento implica una aceptación del riesgo.

Se recomienda a las mujeres embarazadas que consulten con su médico antes de comenzar el tratamiento.

(Inicial _____)

13. ÓXIDO NITROSO

Elijo tener óxido nitroso junto con mi tratamiento dental. He informado y entiendo los posibles efectos secundarios que pueden ocurrir. Estos incluyen, pero no se limitan a, náuseas, vómitos, mareos y dolor de cabeza. Entiendo que el uso de óxido nitroso no está indicado si estoy embarazada.

(Inicial _____)

14. BENEFICIOS DENTALES

Entiendo que mi seguro puede proporcionar solo el estándar mínimo de atención. Entiendo que presentar un seguro y recibir un beneficio es mi responsabilidad. Elijo seguir la recomendación del dentista de un tratamiento dental óptimo.

(Inicial _____)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar adecuadamente los resultados. Reconozco que nadie ha hecho ninguna garantía o garantía con respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y es responsable individualmente de la atención dental que se me brinda. También entiendo que ningún otro dentista o entidad corporativa, aparte del dentista tratante, es responsable del tratamiento dental. Reconozco el recibo y entiendo las instrucciones postoperatorias y me han dado una fecha de cita para regresar.

Firma del Paciente, Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Dentista Tratante / Medico: _____ Fecha: _____



APPOINTMENT POLICIES/POLITICAS DE NOMBRAMIENTO

Date: _____

Patient Name: _____

DOB: _____

If for any reason you cannot keep your appointment, you must notify the office at least 24 hours in advance. If you fail to notify the office, there will be a mandatory charge of:

- General Dentistry: \$35**
- Oral Surgery: \$100**
- Periodontics: \$75**
- Orthodontics: \$35**
- Endodontics: \$75**

We thank you in advance for your understanding.

SIGNATURE

DATE

Si por alguna razón usted no puede mantener su cita, usted debe notificar a la oficina de al menos 24 horas de antelación. Si usted no notifica a la oficina, habrá un cargo obligatorio de:

- Odontología General: \$35**
- Cirugía Oral: \$100**
- Periodoncia: \$75**
- Ortodoncia: \$35**
- Endodoncia: \$75**

Le agradecemos do antemano su comprensión.

FIRMA

FECHA



RECONOCIMIENTO POR EL PACIENTE DE LA HOJA INFORMATIVA DE RECIBO DE MATERIALES DENTALES Y NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

A partir del 1 de enero de 2002, la Junta Dental de California ahora requiere que distribuyamos a nuestros pacientes una copia de la Hoja de datos de materiales dentales. Además, la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro de salud (HIPAA) exige que los pacientes reciban una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Si lo desea, imprima y firme su nombre a continuación, reconociendo que ha recibido estos formularios de esta oficina.

- 1. Una copia de la Hoja de Datos del Material Dental; y
- 2. Aviso de Prácticas de Privacidad

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE / PADRE / TUTOR

FIRMA

FECHA

SÓLO PARA USO DE OFICINA

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign**
 - Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement**
 - An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment**
 - Other (Please Specify Below)**
-
-

@2002 American Dental Association
All Rights Reserved

Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any party required the prior written approval of the American Dental Association.

This Form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002).