

# INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL N.º DE REGISTRO \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA DENTAL

1. Razón de la visita/Problema principal Control  Limpieza  Dolor de muelas  Otro \_\_\_\_\_
2. ¿Padece de alguna otra afección sobre la cual debemos saber? Sí  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
3. ¿Cuándo fue por última vez a un dentista? \_\_\_\_\_ 4. ¿Qué tratamiento le realizó? \_\_\_\_\_
5. ¿Terminó el tratamiento? \_\_\_\_\_ 6. ¿Cuándo se realizó una radiografía? \_\_\_\_\_
7. ¿Se hizo una limpieza? Sí  NO  8. ¿Se ha realizado un tratamiento para las encías (periodontal)? Sí  NO
9. ¿Ha tenido alguna vez una hemorragia prolongada después de una extracción? Sí  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
10. ¿Ha tenido algún problema con tratamientos dentales previos? Sí  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
11. ¿Le rechinan los dientes, aprieta mucho los maxilares o tiene síntomas cerca de los oídos como "clicks", sensación de que se le destapa el oído, dolor o sensación de que no puede cerrar la mandíbula? Sí  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
12. ¿Le han diagnosticado alguna vez o lo han tratado por disfunción de la articulación temporomaxilar (TMD o TMJ)? Sí  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
13. ¿Le sangran fácilmente las encías? Sí  NO  14. ¿Siente que tiene mal aliento? Sí  NO
15. ¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío? Sí  NO  16. ¿Le gustaría tener dientes más blancos? Sí  NO
17. ¿Le agrada su sonrisa? Sí  NO  Si es no, explique: \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA

1. ¿Está recibiendo atención médica en este momento? Sí  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_  
Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Tel. del médico: ( ) \_\_\_\_\_
2. ¿Es alérgico a la penicilina, la codeína, los anestésicos locales, los tranquilizantes o algún otro medicamento? \_\_\_\_\_
3. ¿Está tomando algún medicamento en este momento (incluidos anticonceptivos)? Sí  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
4. (Mujeres) ¿Está embarazada? Sí  NO  Si es sí, especifique de cuántos meses: \_\_\_\_\_ ¿Está amamantando? Sí  NO
5. ¿Padece algún otro problema de salud que deberíamos tener en cuenta? Especifique: \_\_\_\_\_
6. ¿Tuvo o tiene alguna de las siguientes enfermedades?

Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico	Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico
VÁLVULA CARDÍACA ARTIFICIAL	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HEPATITIS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SIDA/VIH+	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL ALTA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ANEMIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ICTERICIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ANGINAS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	REEMPLAZO DE ARTICULACIONES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ARTRITIS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD RENAL	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ASMA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ALERGIA AL LÁTEX	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TERAPIA CON BISFOSFONATOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS HEPÁTICOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HEMORRAGIAS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL BAJA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CÁNCER	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PULMONAR	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
QUIMIO/RADIOTERAPIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MARCAPASOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CIRUGÍA ESTÉTICA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIABETES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FIEBRE REUMÁTICA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MAREOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS EN SENOS NASALES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ADICCIÓN A DROGAS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LA APNEA DEL SUEÑO	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ENFISEMA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EPILEPSIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DERRAME CEREBRAL	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DESMAYOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROB. DE TIROIDES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
GLAUCOMA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN	
ATAQUE/CIRUGÍA CARDÍACA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TEMPOROMAXILAR	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SOPLO/PROBLEMAS CARDÍACOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		ENFERMEDAD VENÉREA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

*He respondido todas las preguntas en su totalidad y con precisión, según mi leal saber y entender. Informaré a mi odontólogo de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Certifico también que doy consentimiento para realizarme radiografías y un examen oral.*

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Firma del médico \_\_\_\_\_

### ACTUALIZACIÓN MÉDICA:

1. Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

2. Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

3. Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# DATOS DEL PACIENTE

# N.º DE REGISTRO \_\_\_\_\_

## PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Dirección \_\_\_\_\_ Dpto. N.º \_\_\_\_\_

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

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Cel./Buscapersonas ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

N.º de Seg. Social \_\_\_\_\_

N.º de lic. de conducir \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

## PARTE RESPONSABLE (Si es igual a lo anterior, no completar)

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Dpto. N.º \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

N.º de Seg. Social \_\_\_\_\_ N.º de lic. \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

## EMPLEO

Ocupación \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Dirección comercial \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

Tel. comercial ( ) \_\_\_\_\_ Ext. N.º \_\_\_\_\_

Verificado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Para uso exclusivo de la institución)

## REFERENCIAS

Nombre \_\_\_\_\_

Tel. ( ) \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Nombre \_\_\_\_\_

Tel. ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

Tel. laboral del cónyuge ( ) \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

## PERSONA A QUIÉN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Apellido Nombre

Tel. ( ) \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

## MÁS SOBRE USTED

¿Algún miembro de su familia necesita atención dental?

Si es así, indique el nombre y el parentesco (hijo, hija, esposo)

1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_ 4: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de esta institución? (Marque una opción)

Familiar-amigo (400)

Plan de seguro (460)

ConfiDent® (440)

Televisión (020)

Periódico (470)

Radio (030)

Cartelera (050)

Páginas amarillas (120)

Folleto/cupón (490)

Correo postal directo/tarjeta (480)

Letrero de la institución (420)

Internet/sitio web (190)

Calcomanía de la institución (430)

Deseo obtener información en español: Sí  NO

## SEGURO / PLAN DENTAL

Principal:  Seguro  PPO  HMO (Marque una opción)

Nombre del plan \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, cód. postal \_\_\_\_\_

N.º telefónico del plan/seguro \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Sindicato/Local \_\_\_\_\_ Grupo N.º \_\_\_\_\_ Plan N.º \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

N.º de Seg. Social \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

## SEGURO / PLAN DENTAL

Secundario:  Seguro  PPO  HMO (Marque una opción)

Nombre del plan \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, cód. postal \_\_\_\_\_

N.º telefónico del plan/seguro \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Sindicato/Local \_\_\_\_\_ Grupo N.º \_\_\_\_\_ Plan N.º \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

N.º de Seg. Social \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

1. Certifico que la información brindada es precisa y se confiará en ella para otorgar crédito y proporcionar servicios dentales. Entiendo que soy el responsable financiero de los costos que, por cualquier motivo, no estén cubiertos ni pagados por mi seguro.
2. Al firmar abajo, los autorizo a verificar la información sobre mí y sobre cualquier otro solicitante y a intercambiar dicha información, incluso a solicitar informes a agencias de informes crediticios.
3. Autorizo el pago directo al odontólogo de todos los beneficios del seguro grupal que, de otro modo, se me pagarían a mí. Entiendo que soy el responsable financiero de cualquier costo no cubierto por esta autorización. Autorizo la revelación de todo tipo de información relacionada con cualquier tipo de reclamos dentales.
4. Entiendo que este consultorio dental es propiedad de un odontólogo independiente y es administrado por dicha persona. Admito que cada dentista es el responsable individual de la atención dental que me otorga y que ningún otro dentista o entidad corporativa es responsable de mi tratamiento dental.

Firma de la parte responsable o del paciente  
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Fecha

Los pacientes deben completar los siguientes puntos del 1 al 4 y del 5 al 13 según sea necesario.

## 1. EXÁMENES Y RAYOS X

Entiendo que la primera visita puede requerir radiografías para completar la examinación, diagnóstico y tratamiento. Comprendo que los trabajos que se me realizarán se harán conforme a lo detallado en el plan de tratamiento adjunto.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 2. DROGAS, MEDICACIÓN Y SEDACIÓN

He recibido información sobre el hecho de que los antibióticos, analgésicos y cualquier otra medicación pueden provocar reacciones alérgicas que producen enrojecimiento y tumefacción de los tejidos, dolor, prurito, vómitos o choque anafiláctico (reacción alérgica severa) y comprendo tal hecho. Le he informado al dentista sobre las reacciones alérgicas que sé que padezco. Estos medicamentos pueden provocar somnolencia, pérdida de conciencia y de coordinación, las cuales pueden incrementarse por el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y estoy completamente de acuerdo con que no debo conducir ningún vehículo ni utilizar ningún aparato peligroso por lo menos durante las 12 horas posteriores a la medicación o hasta estar recuperado totalmente de los efectos de la anestesia, la medicación y las drogas que se me puedan haber suministrado para mi cuidado. Comprendo que toda administración de medicamentos recetados que no cumpla con la prescripción médica recibida puede presentar riesgos de continuidad de la infección y el dolor o de incremento de la gravedad de éstos y riesgos de una potencial resistencia al tratamiento efectivo de mi enfermedad. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales (pildoras para el control de la natalidad). Comprendo que todos los medicamentos potencialmente pueden estar acompañados de riesgos, efectos secundarios e interacción de fármacos. Por lo tanto, es de suma importancia que le informe a mi dentista de todos los medicamentos que estoy tomando actualmente.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 3. MODIFICACIONES EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario modificar o agregar procedimientos debido a que, al trabajar en los dientes, se encuentren enfermedades que no se detectaron en el momento del examen. El más común es el tratamiento de conducto radicular realizado luego de procedimientos restaurativos de rutina. Autorizo al dentista a realizar todos los cambios o agregados que sean necesarios.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 4. DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR

Entiendo que pueden intensificarse o aparecer sonidos extraños en la mandíbula, bloqueo de ésta y dolor en la articulación del maxilar inferior (cerca del oído) después de los tratamientos dentales de rutina en donde la boca permanece abierta. Aunque los síntomas de disfunción de la articulación temporomaxilar asociados al tratamiento dental generalmente son transitorios por naturaleza y perfectamente tolerados por la mayoría de los pacientes, entiendo que si surge la necesidad de un tratamiento, seré referido a un especialista y que yo seré responsable de su costo.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 5. PROFILAXIS DENTAL (LIMPIEZA)

Entiendo que este tratamiento es preventivo e intencionado para pacientes con encías saludables, y limitado para solamente eliminar placa dental y sarro de las estructuras dentales que no contienen enfermedades periodontales.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 6. EMPASTES

Entiendo que puede ser necesaria una restauración más extensa que la que se diagnosticó originalmente debido a caries adicionales o a que durante la preparación se encuentre una estructura dental sin apoyo. Esto puede hacer necesarias otras medidas para devolver al diente su funcionamiento normal. Algunas pueden ser el tratamiento de conducto radicular, las coronas o ambos. Entiendo que debo tener cuidado al masticar sobre los empastes durante las primeras 24 horas para evitar que se rompan. Comprendo que la sensibilidad es un efecto secundario común de un empaste recién colocado.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 7. EXTRACCIÓN DE DIENTES

He recibido información respecto de otras opciones distintas de la extracción (tratamiento de conducto radicular, corona y cirugía periodontal etc.) y autorizo al dentista a extraer los siguientes dientes \_\_\_\_\_ y cualquier otro que sea necesario según las razones expuestas en el párrafo n.º 3. Entiendo que al extraer los dientes no siempre se extrae toda la infección, si la hubiere, y que puede ser necesario realizar un tratamiento adicional. Comprendo los riesgos que implica la extracción de dientes, entre los que se encuentran dolor, tumefacción, propagación de la infección, alvéolos secos, senos descubiertos, pérdida de sensibilidad en los dientes, en los labios, la lengua y en los tejidos circundantes (parálisis que puede durar por un periodo de tiempo indefinido, o mandíbula fracturada. Entiendo que la hemorragia podría durar varias horas. Si persiste especialmente si es intensa, debe recibir tratamiento y ponerse en contacto con este consultorio. Entiendo que pudiera necesitar tratamiento adicional de un especialista o hasta hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento y que yo seré responsable de su costo.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 8. CORONAS, PUENTES, CARILLAS Y ENLACES

a. Entiendo que a veces no es posible duplicar el color de un diente natural en un diente artificial. Comprendo además que puedo tener que usar coronas temporarias, las cuales pueden desprenderse fácilmente, y que debo ser cuidadoso para garantizar que permanezcan fijas hasta que me entreguen las coronas permanentes. Sé que el momento previo a la cementación será la última oportunidad para realizar modificaciones en mi corona, puente o carillas nuevos (incluye forma, adaptación, tamaño y color). Se me ha explicado que, en muy pocos casos, los procedimientos cosméticos pueden producir la necesidad de un futuro tratamiento de conducto radicular, el cual no siempre puede detectarse con anticipación o pronosticarse. Entiendo que los procedimientos cosméticos pueden afectar la superficie del diente y requerir modificaciones en los procesos de higiene diaria. También es mi responsabilidad regresar al dentista para una cementación permanente dentro de los 20 días posteriores al alistamiento del diente. Demoras excesivas en la visita al dentista pueden causar caries, movimientos dentales, enfermedades de encía o problemas de mordida. Esto puede requerir una nueva corona, puente o carilla. Entiendo que habrá gastos adicionales por la nueva corona, puente o carilla u otro tratamiento debido a la demora en realizar la cementación permanente.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

b. Elijo utilizar metal noble, muy noble o porcelana en vez de metal básico en la restauración de mis coronas y puentes.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

c. Elijo realizar un puente fijo o implantar un reemplazo de los dientes perdidos en vez de un aparato móvil. Entiendo que este puente fijo implante y la corona pueden no estar incluidos dentro de la cobertura de mi póliza de seguro.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

### 9. PRÓTESIS- TOTAL O PARCIAL

Sé que las prótesis totales o parciales son artificiales y están fabricadas de plástico, metal o porcelana. He recibido información detallada sobre los problemas de usar estos aparatos, entre otros, los problemas de movilidad de los dientes, dolor y posible quebradura. Comprendo que la visita para la prueba de "dientes en cera" será la última oportunidad para realizar modificaciones en mi nueva prótesis (incluye forma, adaptación, tamaño, colocación y color). Las prótesis de inserción inmediata (colocación de prótesis inmediatamente después de las extracciones) pueden ser molestas en un principio y necesitar varios ajustes y rebasados. Luego será necesario realizar un rebasado permanente de la prótesis o colocar un segundo conjunto de prótesis. Esto no está incluido en el costo inicial de la prótesis. Entiendo que la mayoría de las prótesis necesitan ser rebasadas aproximadamente de tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en el costo inicial de la prótesis. Entiendo que es mi responsabilidad regresar al dentista para la entrega de las prótesis. Comprendo que el incumplimiento de las citas de entrega puede tener como resultado prótesis incorrectamente colocadas. Si es necesaria una nueva prótesis debido a mi demora superior a 30 días, habrá costos adicionales.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

### 10. ENDODONCIA (CONDUCTO RADICULAR)

Sé que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular podrá salvar mi diente, que pueden surgir complicaciones del tratamiento; que, ocasionalmente, el material del tratamiento puede extenderse más allá del ápice dental, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. El diente puede estar sensible durante el tratamiento e incluso permanecer así por algún tiempo luego de éste. Una de las razones principales por la que los tratamientos de conducto radicular fallan es la fractura de raíz, que es difícil de detectar. Debido a que los dientes con tratamiento de conducto radicular son más frágiles que otros, se necesita una corona para fortalecer y preservar el diente. Entiendo que las limas endodónticas y los ensanchadores son instrumentos muy delicados y que las tensiones pueden separarlos durante su uso. Entiendo que, ocasionalmente, pueden necesitarse procedimientos quirúrgicos adicionales luego del tratamiento del ápice radicular (apicectomía). Comprendo que el diente puede perderse a pesar de todos los esfuerzos realizados para salvarlo.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

### 11. TRATAMIENTO PERIODONTAL

Entiendo que tengo una enfermedad grave que causa inflamación de la encía y/o pérdida del hueso, y que puede conducir a la pérdida de mis dientes y/o a condiciones sistémicas negativas (como diabetes incontrolada, enfermedades cardiovasculares y parto prematuro, etc.). He recibido información detallada sobre planes de tratamiento alternativos, entre ellos, el tratamiento no quirúrgico, tratamientos antibióticos/antibacterianos, la cirugía de encías y/o las extracciones. Entiendo que el éxito de cualquier tratamiento depende, en parte, de mi esfuerzo por cepillarme los dientes, limpiarlos con hilo dental diariamente, recibir limpiezas regulares según se indique, seguir una dieta saludable, evitar productos a base de tabaco y seguir otras recomendaciones. Entiendo que la hemorragia podría durar varias horas. Si persiste, especialmente si es intensa, debe recibir tratamiento y ponerse en contacto con este consultorio. Entiendo que la enfermedad periodontal puede tener un efecto adverso futuro en el éxito a largo plazo de trabajo restaurativo dental.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

### 12. IMPLANTES

Entiendo que las restauraciones dentales no son permanente y que la colocación de un implante(s) puede ser limitado a causa de las limitaciones anatómicas del paciente. Se me ha informado de que siempre existe la posibilidad de que el implante (s) no funcione a causa de que los tejidos del cuerpo no fisiológicamente acepten estos implante (s) artificiales, y las infecciones pueden ocurrir después de la cirugía, que puede resultar en tener que remover el implante afectado (s). Comprendo existe la posibilidad de daño a los nervios de la cara y de los tejidos de la cavidad oral, y el entumecimiento puede ser temporal, o en raras ocasiones, permanente. Entiendo que es absolutamente necesario que después de obtener tratamiento de implantes debo someterme regularmente a exámenes y limpiezas periódicamente. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de hacer citas y reportarme de acuerdo a las instrucciones del dentista.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

### 13. BLANQUEAMIENTO

El blanqueamiento es un procedimiento realizado en el consultorio (aproximadamente 1 hora) o con receptáculos de uso domésticos (varios tratamientos durante 2 a 4 semanas). El grado de coloración blanca varía con cada individuo. El paciente promedio logra cambios importantes (de 1 a 3 tonos de la guía de tonos dentales). El café, el té y el tabaco mancharán los dientes después del tratamiento y deberán evitarse durante, por lo menos las 24 horas posteriores a él. Entiendo que puedo experimentar sensibilidad en los dientes o inflamación de la encía, las cuales podrían desaparecer cuando se termine con el tratamiento. El dentista puede prescribir tratamientos de fluoruro para reducir la sensibilidad. El peróxido de carbamida y otras soluciones de peróxido utilizadas para blanquear los dientes están aprobadas por la FDA (Food and Drug Administration, Administración de Fármacos y Alimentos) como antisépticos bucales. Su utilización como agentes blanqueadores posee riesgos desconocidos. La aceptación del tratamiento implica la aceptación de los riesgos. Se les aconseja a las mujeres embarazadas consultar con su médico antes de comenzar el tratamiento.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

### 14. ÓXIDO NITROSO

Elijo utilizar óxido nitroso conjuntamente con mi tratamiento dental. He recibido información sobre los posibles efectos secundarios que puede provocar y los comprendo, entre ellos, náuseas, vómitos, mareos y dolor de cabeza. Entiendo que no se recomienda el uso de óxido nitroso si estoy embarazada.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

### 15. BENEFICIOS DENTALES

Entiendo que mi seguro puede proveer únicamente el mínimo nivel de cuidado dental. Comprendo que suscribirme a un seguro y recibir un beneficio es mi responsabilidad. Elijo seguir las recomendaciones del dentista relacionadas con un tratamiento dental óptimo.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, en consecuencia, aun los profesionales más respetados no pueden garantizar los resultados. Admito que nadie ha asegurado ni garantizado el tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y que es individualmente responsable por la atención dental que me otorga. También entiendo que ningún otro dentista o entidad corporativa, que no sea la del dentista que me atiende, es responsable por mi tratamiento dental. Reconozco haber recibido instrucciones postoperatorias y comprenderlas, y haber sido citado para regresar en una fecha determinada.

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

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

**ACKNOWLEDGEMENT OF PRIVACY PRACTICES**

My signature confirms that I have been informed of my rights to privacy regarding my protected personal and health information, under the Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA). I understand the terms in which my personal health and identification information may be used.

I have been informed of my dental provider's *Notice of Privacy Practices* containing a more complete description of the uses and disclosures of my protected health information. I have been given the right to review and receive a copy of such *Notice of Privacy Practices*. I understand that my dental provider has the right to change the *Notice of Privacy Practices* and that I may contact this office at the address above to obtain a current copy of the *Notice of Privacy Practices*.

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used or disclosed to carry out treatment, payment or health care operations and I understand that you are not required to agree to my requested restrictions, but if you do agree then you are bound to abide by such restrictions.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

RELATIONSHIP TO PATIENT:  ADULT PATIENT  PARENT  GUARDIAN  OTHER

**Please list any dependent children under the age of 18 also covered by this acknowledgement:**

I give permission for the following communications to be used by Eagle Dental (please check all that apply):

Cell phone:  Text Message reminders permitted

Home phone  Work  E-Mail:

I am granting permission for Eagle Dental to disclose their identity to anyone who may answer my home, work or cell phone.

I am granting permission for Eagle Dental to leave a message with any person who may answer my phone or on my voicemail of the following numbers (please check all that apply):

Home Phone  Cell Phone  Work Phone  None- please just ask for a call back

Other (Please explain)

**I would like to give permission for the following person(s) to have access to personal information including but not limited to appointments, treatment, and billing of myself and any dependent children listed above:**

-----  
**For Office Use Only:**

We were unable to obtain the patient's written acknowledgement of our Notice of Privacy Practices due to the following reason:

- The patient refused to sign
- Communication barriers
- Emergency situation
- Other – please list:

To the best of my knowledge, all of the preceding answers are correct. If I have any changes in my health status or if my medication changes, I shall inform the dentist and staff at the next appointment without fail.

I hereby authorize payment directly to Eagle Dental of the dental benefits otherwise payable to me.

I hereby authorize Eagle Dental to release any information concerning my health or dental care, advice, treatment or supplies provided. This information is to be used in administering dental claims and/or discussing treatment options with other dental professionals.

I understand and agree that (regardless of my insurance status) I am ultimately responsible for the balance on my account for any professional services rendered.

**By signing below, I acknowledge that I have read and understand the statements mentioned above.**

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## FAILED APPOINTMENT NOTICE

Escalating health care costs are a burden to all of us. Lately, we have had a dramatic increase in some patients failing their confirmed appointments, or canceling their appointments over the weekends on the message machine with no opportunity for us to fill those times. Some dental staff is paid regardless of whether their patient comes in or not, thus these missed appointments result in significant overhead costs to the office.

Due to an increasing number of failed appointments and last minute cancellations, we have found it necessary to implement a failed appointment/ short notice cancellation charge. Effective immediately, on your *third* failed appointment (or an appointment canceled without 48 business hours notice) there will be a \$60 charge to your account. Additional failed appointments/ last minute cancellations will also result in a \$60 charge to your account.

We regret having to implement this policy, but it is a fair policy for patients that repeatedly miss their appointments.

Please sign below if you accept these terms

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_