

Ortega



Dental Care

Nos Gustaría Conocerlo Mejor

Nombre _____ SSN ____ - ____ - ____
Teléfono (Casa) (____) ____ - ____ , (Trabajo) (____) ____ - ____ , (Celular) (____) ____ - ____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____
Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Edad ____ # de Licencia de Manejo _____
Correo electrónico _____ @ _____ . _____
Estado Civil _____ Nombre de su cónyuge _____ Teléfono (____) ____ - ____
Ocupación _____ Empleador _____ Horario de trabajo _____
Dirección de su Trabajo _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____

Persona con Quien Comunicarse en Caso de Emergencia

Nombre _____
Dirección _____ Teléfono (____) ____ - ____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre de su Medico _____ Teléfono(____) ____ - ____

Seguro

Nombre del asegurado _____
Número de Seguro Social ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento del asegurado ____ / ____ / ____
Compañía Aseguradora _____ Teléfono (____) ____ - ____ # de Grupo _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____

1. Por medio de la presente hago constar que la información en la parte superior es precisa y se confiará en ella para conceder crédito y proveer tratamiento dental. Entiendo que yo soy económicamente responsable por cargos o pagos no cubiertos por mi seguro por cualquier razón.
2. Al firmar al pie de página entiendo que ustedes pueden verificar e intercambiar información sobre mi y cualquier solicitante adicional, incluyendo el requerir informes de las agencias de información crediticia.
3. Por medio de la presente autorizo el pago directo de los beneficios del seguro de grupo al dentista, que de otra manera serían pagaderos a mí. Comprendo que soy económicamente responsable de cualquier cargo no cubierto por esta autorización. Autorizo el que se emita cualquier información pertinente a cualquier reclamo o reclamos dentales.
4. Reconozco que cada dentista es individualmente responsable del cuidado dental que proporciona por lo tanto solo el dentista que realiza mi tratamiento dental y no otro diferente es responsable por el cuidado dental que me brinda.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

INFORMACION GENERAL DE SALUD

CHART # _____

FECHA: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

HISTORIAL DENTAL

1. ¿Existen otras condiciones de las cuales deberíamos estar enterados? SI ___ NO ___ Si, AFIRMATIVO, favor especificar: _____
2. ¿Por qué esta usted hoy aquí? Chequeo _____ Limpieza _____ Otra _____
Dolor de muelas _____ Queja principal _____
3. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista? _____ 4. ¿Qué tratamiento fue llevado a cabo? _____
5. ¿Cuándo se completó el tratamiento? _____ 6. ¿Se le hizo una limpieza? _____
7. ¿Cuándo se le tomaron radiografías dentales? _____
8. ¿Ha sufrido alguna vez sangrado prolongado después de una extracción? SI ___ NO ___ Si, afirmativo, favor especificar: _____
9. ¿Ha tenido algún problema con tratamientos dentales en el pasado? SI ___ NO ___ Si, afirmativo, favor especificar: _____
10. ¿Tiene usted síntomas cerca de sus oídos relacionados con el movimiento de su mandíbula inferior tales como chasquidos, tronidos, dolor o se le engancha (la mandíbula) y cuesta cerrarla? SI ___ NO ___ Si, afirmativo, favor especificar: _____
11. ¿Ha sido usted alguna vez diagnosticado o tratado por TMD (Funcionamiento Deficiente de la articulación de la mandibula) algunas veces conocido como TMJ? SI ___ NO ___ Si, afirmativo, favor especificar: _____
12. ¿Le sangran fácilmente sus encías? SI ___ NO ___ 13. ¿Siente usted que tiene mal aliento? SI ___ NO ___
14. ¿Son sensibles sus dientes al calor o al frío? SI ___ NO ___ 15. ¿Le gustaría que sus dientes fueran mas blancos? SI ___ NO ___
16. ¿Hay algún cambio cosmético que le gustaría que le hicieran a sus dientes? SI ___ NO ___ Si, afirmativo, favor especificar: _____

HISTORIAL MEDICO

1. ¿Está usted Bajo cuidado médico ahora? SI ___ NO ___ Si, afirmativo, favor especificar: Nombre del Dr. _____ Tel # del Dr. _____
2. ¿Es usted alérgico/a a la penicilina, codeína, anestésicos, tranquilizantes o cualquier otra droga o medicina? _____
3. ¿Está usted tomando algún medicamento ahora, incluyendo píldoras anticonceptivas? SI ___ NO ___ Si, afirmativo, favor especificar: _____
4. ¿(Mujeres) Está usted embarazada ahora? SI ___ NO ___ Si, afirmativo, favor especificar cuantos meses: _____
5. ¿Hay algunos otros problemas de salud de los cuales deberíamos estar enterados? Favor especificar: _____
6. ¿Tiene usted, o ha tenido, cualquiera de lo siguiente?

<i>Favor indicar "SI" o "NO"</i>	<i>Comentarios del Doctor</i>	<i>Favor indicar "SI" o "NO"</i>	<i>Comentarios del Doctor</i>
ARTIFICIAL Válvula del Corazón	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PROBLEMAS DEL CORAZÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
SIDA/VIH	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	HEPATITIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ANEMIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PRESION ALTA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ANGINA DE PECHO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ICTERICIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ARTRITIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PROTESIS DE LAS COYUNTURAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ASMA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ENFERMEDAD DE LOS RINONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
PROBLEMAS DE SANGRAMIENTO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PROBLEMAS DEL HIGADO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
CÁNCER	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PRESION BAJA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
QUIMIO/RADIO TERAPIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ENFERMEDAD DE LOS PULMONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
CIRUGÍA COSMETICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	MARCAPASOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
DIABETES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	CUIDADO PSIQUIATRICO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
MAREOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	FIEBRE REUMATICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ADICCIÓN A LAS DROGAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	SINUSITIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
EMFISEMA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	FUMAR TABACO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
EPILEPSIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	DERRAME CEREBRAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
DESMAYOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PROBLEMAS DE LA TIROIDES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
GLAUCOMA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	TMD OR TMJ	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ATAQUE AL CORAZÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	TUBERCULOSIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
CIRUGIA DEL CORAZÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ENFERMEADES VENEREAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
MURMULLO DEL CORAZÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ALERGIA DE LÁTEX	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
		PHEN-FEN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____

A mi mejor saber, he contestado cada pregunta completa y exactamente. Yo informaré a mi dentista de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Hago constar además que doy mi consentimiento a que se lleven a cabo radiografías y exámenes orales.

Firma del Paciente _____ Fecha _____
(o Padre o Madre si el Paciente es un Menor)

Firma del Dr.: _____

REVISION DE VISITAS POSTERIORES:

- | | | |
|-----------------------------|------------------------|-------------|
| 1. Firma del Paciente _____ | Firma del Doctor _____ | Fecha _____ |
| 2. Firma del Paciente _____ | Firma del Doctor _____ | Fecha _____ |
| 3. Firma del Paciente _____ | Firma del Doctor _____ | Fecha _____ |

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRABAJO DENTAL GENERAL

Obtener consentimiento informado del punto 1 al 4 para todos los pacientes y del punto 5 al 10 de acuerdo a lo necesario.

1. EXAMEN Y RADIOGRAFÍAS

Entiendo que la consulta o visita inicial puede requerir radiografías para poder completar el diagnóstico y plan de tratamiento. (Iniciales _____)

2. DROGAS, MEDICAMENTOS Y SEDANTES

Me han informado y entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas resultando en enrojecimiento, inflamación o hinchazón de los tejidos, dolor, comezón, vómito, y/o choque anafiláctico (severa reacción alérgica). También pueden causar somnolencia y falta de conocimiento y coordinación que pueden ser exacerbados por el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y acepto que no debo operar o manejar ningún vehículo o artefacto peligroso por lo menos por 12 horas o hasta que esté completamente recuperado de los efectos de la anestesia, medicamentos y drogas que me puedan haber administrado en la oficina para mi tratamiento. Entiendo que el no tomar las medicinas prescritas en la manera indicada puede presentar riesgos de infecciones y/o dolores continuos o agravados y resistencia potencial al tratamiento eficaz de mi estado. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales. (Iniciales _____)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el curso del tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a condiciones encontradas en los dientes en el transcurso del tratamiento que no fueron descubiertas durante el examen, siendo el más común el tratamiento de conducto después de procedimientos rutinarios restaurativos. Autorizo al Dentista a hacer cualquier cambio y/o añadidura que sean necesarios. (Iniciales _____)

4. FUNCIONAMIENTO DEFICIENTE DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TMD)

Entiendo que síntomas tales como chasquidos, tronidos, disloque o dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la articulación de la mandíbula inferior (cerca del oído) después del tratamiento dental de rutina en el cual la boca debe mantenerse en posición abierta. Aún cuando los síntomas de TMD asociados con el tratamiento dental son usualmente de naturaleza transitoria y bien tolerados por la mayoría de los pacientes, comprendo que si llegara a surgir la necesidad de tratamiento, yo seré derivado a un especialista para tratamiento, y el costo del mismo será de mi responsabilidad. (Iniciales _____)

5. RELLENOS

Entiendo que debo tener cuidado al masticar con los rellenos nuevos durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Entiendo que la sensibilidad es un efecto común de los rellenos nuevos. (Iniciales _____)

6. EXTRACCIÓN DE DIENTES O MUELAS

Me han sido explicadas las alternativas de la extracción (tratamiento de conducto, coronas, cirugía de la encía, etc.) y autorizó al Dentista a extraer los siguientes dientes y/o muelas _____ y cualquier otros por razones explicadas en el párrafo 3. Entiendo que el extraer piezas dentales no siempre remueve toda la infección (si existiese), y puede ser necesario un tratamiento adicional. Reconozco los riesgos involucrados en sacar dientes o muelas, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, expansión de la infección, Alveolitis, pérdida de sensación en los dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar un período indefinido o mandíbula fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamientos adicionales por un especialista o aún ser hospitalizado si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, el costo de los cuales son de mi responsabilidad (Iniciales _____)

7. CORONAS, PUENTES, CASQUILLOS (FUNDAS), LAMINADOS Y CEMENTACIÓN (BONDING)

Entiendo que algunas veces no es posible obtener el mismo color de dientes naturales con dientes artificiales. Además entiendo que pueda tener que usar coronas provisionales que se despegan fácilmente y que debo tener mucho cuidado para asegurar que no se caigan o despeguen hasta que las coronas permanentes me sean entregadas. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, puente o casquillo (funda), incluyendo forma, ajuste, tamaño y color, será antes de la cementación. Me ha sido explicado que, en algunos pocos casos, tratamientos cosméticos pueden ocasionar la necesidad de tratamientos endodónticos adicionales, que no siempre pueden ser previstos o anticipados. Entiendo que procedimientos cosméticos pueden afectar las superficies dentales y pueden requerir cambios en los procedimientos de limpieza diarios. (Iniciales _____)

8. DENTADURAS - COMPLETAS O PARCIALES

Entiendo que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal y/o porcelana. Me han explicado los problemas que pueden surgir al usar estos aparatos, tales como desajuste, dolores, y posible rotura. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura (incluyendo forma, ajuste, tamaño, colocación y color) será durante la visita de prueba del molde en cera. Entiendo que la mayoría de las dentaduras requieren ajuste de tres a doce meses después de ser colocadas inicialmente. El costo de este procedimiento no está incluido en el precio original de la dentadura postiza. (Iniciales _____)

9. TRATAMIENTO DE ENDODONCIA (TRATAMIENTOS DE CONDUCTO)

Entiendo que no hay ninguna garantía que el tratamiento de conducto salvará mi diente o muela, y que pueden surgir complicaciones del tratamiento, y que a veces objetos de metal son cementados adentro del diente o se extienden por fuera del diente o muela pero que no afecta necesariamente el éxito del tratamiento. Entiendo que a veces procedimientos quirúrgicos adicionales son necesarios después de un tratamiento de conducto (Apicectomía). (Iniciales _____)

10. TRATAMIENTO PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESOS)

Entiendo que tengo una condición seria que causa inflamación de las encías y/o pérdida de hueso, y que puede llevar a la pérdida de dientes o muelas. Planes de tratamiento alternativos me han sido explicados, incluyendo limpieza sin cirugía, cirugía de encías, y/o extracciones. Entiendo que el éxito de cualquier tratamiento depende en parte de mis esfuerzos en el cepillado diario y en la limpieza habitual de los dientes con hilo dental, en recibir los tratamientos de limpieza indicados, en seguir una dieta sana, en evitar el tabaco y en seguir otras recomendaciones. (Iniciales _____)

Entiendo que el trabajo dental no es una ciencia exacta y por consiguiente los profesionales de buena reputación no pueden garantizar propiamente los resultados. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantía o seguridad con respecto al tratamiento dental que he pedido y autorizado. Entiendo que cada Dentista es un profesional individual y se hace responsable de manera individual por el cuidado dental prestado. También entiendo que ningún otro Dentista, aparte del dentista que me trata se hace responsable por mi tratamiento dental. Reconozco que he recibido y entiendo las instrucciones post-operativas y que me han dado una cita para regresar.

Firma: _____ Fecha: _____

Doctor: _____ Testigo: _____

ORTEGA



DENTAL CARE

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION
PLEASE REVIEW IT CAREFULLY**

THE PRIVACY OF YOUR HEALTH INFORMATION IS IMPORTANT TO US

USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION

We use and disclose health information about you for treatment, payment, and healthcare operations. For example:

Treatment: We may use or disclose your health information to a physician or other healthcare provider providing treatment to you, or to family and friends you approve.

Payment: We may use and disclose your health information to obtain payment for services we provide to you.

Healthcare Operation: We may use and disclose your health information in connection with our healthcare operations. Healthcare operations include quality assessment and improvement activities, reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals, evaluating practitioner and provider performance, conducting training programs, accreditation, certification, licensing or credentialing activities.

Your Authorization: in addition to our use of your health information for treatment, payment or healthcare operations, you may give us written authorization to use your health information or to disclose it to anyone for any purpose. You also have the right to request restrictions on disclosure of PHI (Personal Health Information), or alternative means of communication to ensure privacy.

Marketing Health-Related Services: We will not use your health information for marketing communications without your written authorization.

Required by Law: We may use or disclose your health information when we are required to do so by law or national security activities.

Abuse or Neglect: We may disclose your health information to appropriate authorities when we suspect abuse or neglect.

Appointment Reminders: We may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders (such as voicemail messages, postcards, or Letters).

PATIENT RIGHTS

Access: You have the right to look at or get copies of your health information with limited exceptions. If you request copies, we will charge you \$25.00 to locate and copy your information, and postage if you want the copies mailed to you.

Amendment: You have the right to request that we amend your health information.



ORTEGA

DENTAL CARE

QUESTIONS AND COMPLAINTS

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact us. If you are concerned that we may have violated your privacy rights, or you disagree with a decision we made about access to your health information or in response to a request you made to amend or restrict the use or disclosure of your health information to have us communicate with you by alternative means or at alternative locations, you may complain to us using the contact information listed at the end of this Notice. You also may submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. We will provide you with the address to file your complaint with the U.S. Department of Health and Human Services upon request.

We support your right to the privacy of your health information. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us with the U.S. Department of Health and Human Services.

A Privacy/Contact Officer has been designated for this office. Please ask our front desk personnel and they will direct you to the Privacy/Contact Officer.

**PATIENT ACKNOWLEDGEMENT OF
RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
AND CONSENT FOR NECESSARY USE OF
PERSONAL HEALTH INFORMATION**

Print Patient's Name _____

Date _____

I, _____, have received
(Signature of Patient)

a copy of this office's NOTICE OF PRIVACY PRACTICES as required by federal law.

I, _____, consent to the
(Signature of Patient)

use and disclosure of my personal health information by your office during Treatment, Billing/Payment and Dental Office Operations as outlined in the Notice of Privacy Practices.