



3560 Fairmount Ave. Suite B, San Diego, CA 92105

619-877-0124

Office@TheExtractionClinic.com

INSTRUCCIONES PREOPERATORIAS PARA CIRUGÍA DENTAL

*****POR FAVOR, LEA LOS FORMULARIOS ATENTAMENTE. COMPLETE TODOS
LOS FORMULARIOS Y LLEVALOS A SU CITA DENTAL*****

1. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la cirugía, comuníquese con nosotros al 619-877-0124 o office@TheExtractionClinic.com
2. El dentista revisará su historial médico con usted inmediatamente antes de la cirugía. Asegúrese de conocer todos los medicamentos que toma (nombre y dosis). Si su historial médico es complejo, es posible que necesitemos una consulta con su médico antes de la cirugía.
3. Los pacientes menores de edad (menores de 18 años) deben tener un tutor legal presente tanto para completar los formularios como para firmar los formularios de consentimiento.
4. Se recomienda encarecidamente evitar fumar cigarrillos y/o marihuana durante al menos 2 días antes de la cirugía y 1 semana después.
5. Tenga en cuenta que es mejor tener cierta flexibilidad con respecto a la hora de su cita el día de su cirugía. Nos esforzamos por cumplir con el horario para minimizar su tiempo de espera, pero diversas circunstancias pueden prolongar el tiempo asignado para un procedimiento.
6. Si está considerando una sedación intravenosa moderada (sedación crepuscular), debe programar una consulta solo antes de la cirugía. No se requiere consulta para la sedación con óxido nitroso.



*****POR FAVOR TRAIGA SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN Y, SI APLICA, SU
TARJETA DENTAL DE MEDI-CAL A SU CITA*****



Historial Médico

Nombre _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

¿Cuál es el motivo de su cita de hoy? _____

¿Está usted bajo el cuidado de un médico? (marque una) SÍ NO
Si es así, ¿por qué condición? _____

Enumere cualquier alergia o medicamento que le haya provocado una reacción adversa:

Enumere todos los medicamentos y/o suplementos que esté tomando, incluida la dosis.(traiga una lista a su cita si no hay suficiente espacio aquí):

¿Consumes tabaco y/o THC? Si es así, ¿qué tipo y en qué cantidad? SÍ NO

¿Ha tomado alguna vez algún medicamento antirresortivo (Fosamax/Alendronato, Actonel, Boniva, Reclast, Aredia, Zometa, Xgeva/Densoumab/Prolia) o antiangiogénico (Sutent, Nexavar, Avastin)? (Marque una) SÍ NO

¿Ha habido algún cambio en su salud general? SÍ NO
¿dentro del último año?

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o SÍ NO
¿Ha estado hospitalizado en los últimos 5 años?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN:

☐ Alcoholismo	☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	☐ Problemas de hígado
☐ Alzheimer/Demencia	☐ Diabetes	☐ Presión arterial baja
☐ Anemia	☐ Adicción a las drogas	☐ Dolor en las articulaciones de la mandíbula
☐ Angina de pecho	☐ Enfisema	☐ Parkinson
☐ Ansiedad	☐ Epilepsia o convulsiones	☐ Tratamiento psiquiátrico
☐ Artritis	☐ Desmayos o mareos	☐ Fiebre reumática
☐ válvula cardíaca artificial	☐ Glaucoma	☐ Anemia drepanocítica
☐ Articulación artificial	☐ Infarto de miocardio	☐ Problemas de sinusitis
☐ Asma	☐ Cardiopatía	☐ Apnea del sueño
☐ Problemas de sangrado	☐ Marcapasos cardíaco	☐ Úlcera de estómago
☐ se hacen moretones con facilidad	☐ Hemofilia	☐ Ataque
☐ Cáncer	☐ Hepatitis A o B	☐ Enfermedad tiroides
☐ Quimioterapia	☐ Hipertensión	☐ Tuberculosis
☐ Deformidad cardíaca congénita	☐ VIH/SIDA	☐ Historia de la endocarditis infecciosa
☐ Medicación cortisona	☐ Problemas renales	

SOLO MUJERES

¿Estás embarazada? (marca una)

SÍ NO

¿Estás tomando pastillas anticonceptivas?

SÍ NO

Firma del paciente (o del tutor del paciente)

Firma del dentista

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (EL "AVISO") DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

NUESTRO DEBER LEGAL

Como beneficiario de servicios de atención médica, usted tiene ciertos derechos. La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a proporcionarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica. Seguiremos las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté vigente.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de aplicar los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso a toda la información médica que mantenemos, incluida la información médica que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, haremos todos los esfuerzos comercialmente razonables para modificar este Aviso y ponerlo a su disposición si lo solicita. Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o copias adicionales de este Aviso, contáctenos utilizando la información que se encuentra al final de este.

NUESTRO USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Utilizamos y divulgamos su información médica únicamente cuando es necesario para el tratamiento, el pago y nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información médica a un médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le brindamos.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información médica en relación con nuestras actividades de atención médica. Estas actividades incluyen, entre otras, la evaluación y mejora de la calidad, la revisión de la competencia o las cualificaciones de los profesionales de la salud, la evaluación del desempeño de profesionales y proveedores, la realización de programas de capacitación, y las actividades de acreditación, certificación, licencia o credencialización.

Su autorización: Además de nuestro uso de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, usted puede autorizarnos por escrito para usar su información médica o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos otorga una autorización por escrito, puede revocarla por escrito en cualquier momento, aunque dicha revocación no afectará el uso ni la

divulgación permitidos por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que nos otorgue su autorización por escrito, no utilizaremos ni divulgaremos intencionalmente su información médica por ningún motivo, excepto los descritos en este Aviso.

Para su familia y amigos: Debemos divulgarle su información médica, como se describe en la sección "Derechos del Paciente" de este Aviso. Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para facilitar su atención médica o el pago de la misma, pero solo si usted lo autoriza por escrito.

Personas involucradas en el cuidado: Podemos usar o divulgar información médica para notificar o asistir en la notificación (incluyendo la identificación o localización) a un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, sobre su ubicación, su estado general o fallecimiento. Si usted está presente, antes de usar o divulgar su información médica, le brindaremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o divulgaciones. En caso de incapacidad o emergencia, (1) divulgaremos información médica con base en una determinación basada en nuestro criterio profesional, divulgando únicamente la información médica directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica, y (2) utilizaremos nuestro criterio profesional y experiencia con la práctica habitual para inferir razonablemente su mejor interés al permitir que terceros recojan recetas, suministros médicos, radiografías u otros tipos similares de información médica.

Requerido por ley: Podemos usar o divulgar su información médica cuando la ley así lo requiera.

Abuso o negligencia: Podemos divulgar su información médica a las autoridades competentes si tenemos motivos razonables para creer que usted podría ser víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica o de otros delitos. Podemos divulgar su información médica en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad, o la salud o seguridad de terceros.

Seguridad nacional: Podemos divulgar a las autoridades militares la información médica del personal de las Fuerzas Armadas en determinadas circunstancias. Podemos divulgar a funcionarios federales autorizados la información médica requerida para inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a instituciones penitenciarias o a agentes del orden público que tengan bajo su custodia legal información médica protegida de reclusos o pacientes en determinadas circunstancias.

Recordatorios de citas y tratamientos: Podemos usar o divulgar su información médica para brindarle recordatorios de citas o tratamientos pendientes.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Tiene derecho a revisar u obtener copias de su información médica, con algunas excepciones. Puede solicitar copias en un formato distinto a las fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite a menos que sea imposible hacerlo. Debe presentar una solicitud por escrito para acceder a su información médica. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que aparece al final de este Aviso. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que figura al final de este Aviso.

Contabilidad de divulgación:Tiene derecho a recibir una lista de las ocasiones en que nosotros o nuestros socios comerciales divulguemos su información médica para fines distintos a tratamientos, pagos, atención médica y otras actividades, durante los últimos 6 años. Le proporcionaremos dicha lista gratuitamente si la solicita una vez cada 12 meses. Nos reservamos el derecho a cobrarle por más de una solicitud por cada 12 meses.

Restricciones:Tiene derecho a solicitar que apliquemos restricciones adicionales al uso o la divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación alternativa:Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Debe presentar su solicitud por escrito. Su solicitud debe especificar el medio o la ubicación alternativa y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se gestionarán los pagos mediante dicho medio o ubicación.

Enmienda:Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica. (Dicha solicitud debe presentarse por escrito y explicar el motivo de la modificación). Podemos denegar su solicitud en determinadas circunstancias.

Aviso electrónico:Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), tiene derecho a recibir este Aviso en forma escrita si lo solicita.

Preguntas o quejas:Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.

NOMBRE DE LA OFICINA: RIVERO DMD INC DBA THE DENTAL EXTRACTION CLINIC

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA OFICINA:

3560 Fairmount Ave Suite B

San Diego, CA 92105

619-877-0124

Reconocimiento: Por la presente, reconozco que he leído y comprendido completamente el contenido de este Aviso y que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que pueda.

Firma (Paciente/Padre/Tutor)

Fecha

(Si el paciente es menor de edad) Nombre del firmante y parentesco