



INFORMACIÓN DEL PACIENTE (en letra demolde)

Fecha _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo M F Seguro Social # _____

Dirección su Residencia _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono # _____ Celular # _____

Correo Electrónico _____

¿Como se entero de nosotros _____

En Caso de Emergencia Comunicarse

Nombre _____ Relación _____

Teléfono de el Hogar # _____ Celular # _____

Información Sobre Su Seguro

Compañía deseguros _____ Teléfono # _____

ID # _____ Grupo # _____

Nombre del suscriptor (si es diferente al del paciente) _____

Fecha de nacimiento _____ Seguro Social # _____ Relación _____

Empleador _____ Teléfono # _____

Asignación y liberación

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro Y cedemos directamente a Dr. Deets todos los beneficios del seguro por los servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

Dr. Deets puede utilizar mi informacion sobre atencion de salud y puede divulgar dicha informacion a la(s) compania(s) de seguro arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro por servicios relacionados. Este consentimiento se terminara cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un ano despues de la fecha de suscripcion a continuacion.

Historia Dental

Motivo de la visita de hoy _____ Fecha de la ultima visita _____ Fecha de las ultimas radiografias _____

Dentista anterior _____ Con que frecuencia se cepilla los dientes? _____ Con que frecuencia utiliza el hilo dental _____

Marcar si o no para indicar si experimento:

Mal aliento (bad breath)	Sí	No	Comerse las ungas (nailbiting)	Sí	No	Otros Dolores (other pain)	Sí	No
Sangrado de encias (bleeding gums)	Sí	No	Objetos Extranos (foreign objects)	Sí	No	Respiracion de boca (mouth breathing)	Sí	No
Ampollas en labios o boca (blisters)	Sí	No	Rechinar los dientes (teeth grinding)	Sí	No	Tratamiento de Ortodoncia (ortho)	Sí	No
Ardor en la lengua (burning tongue)	Sí	No	Encias hinchadas (swollen gums)	Sí	No	Tratamiento Periodonta (perio)	Sí	No
Masticacion en un lado de la boca	Sí	No	Dolor de mandibular (jaw pain)	Sí	No	Sensibilidad (sensitivity)	Sí	No
Fumar (smoking)	Sí	No	Morderse los labios o Mejillas (lips)	Sí	No	Sequedad en la boca (dry mouth)	Sí	No
Chasquido o crujido mandibular (jaw)	Sí	No	Dientes flojos o empastes (loose teeth)	Sí	No	Empastes rotos (broken fillings)	Sí	No

 Firma del paciente, padre, tutor o Representante Personal

 Fecha

 Favor de escribir en molde el nombre del paciente, padre, tutor o Representante Personal

 Relación con el Paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (en letra demolde)

Nombre del Paciente _____

Por favor, marque "sí o no" para indicar si a tenido:

SIDA / VIH (AIDS / HIV)	Sí No	Epilepsia	Sí No	Enfermedad respiratoria	Sí No
Anemia	Sí No	Desmayos o mareos (dizzy)	Sí No	Fiebre reumática (rheum.)	Sí No
Artritis	Sí No	Glaucoma	Sí No	Fiebre escarlata (scarlet)	Sí No
Válvulas cardíacas artificiales (valves)	Sí No	Dolores de cabeza (hdache)	Sí No	Dificultad para respirar	Sí No
Articulaciones artificiales (joints)	Sí No	Soplo cardíaco (murmur)	Sí No	Sinusitis	Sí No
Asma (asthma)	Sí No	Problemas cardíacos	Sí No	Erupción cutánea (rash)	Sí No
Problemas lumbares (back problems)	Sí No	Hepatitis tipo ____	Sí No	Dieta Especial	Sí No
Sangrado anormal (bleeding)	Sí No	Herpes	Sí No	Hinchazón de pies o tobillos (swelling)	Sí No
Enfermedad sanguínea (disease)	Sí No	Presion sanguínea alta (HBP)	Sí No	Hinchazón de glándulas (glands)	Sí No
Cáncer	Sí No	Enfermedad hepática (liver)	Sí No	Problemas de tiroides	Sí No
Dependencia de fármacos (addiction)	Sí No	Dolor mandíbular (jaw pain)	Sí No	Amigdalitis (tonsilitis)	Sí No
Quimioterapia (chemotherapy)	Sí No	Enfermedad renal (kidney)	Sí No	Tuberculosis	Sí No
Problemas circulatorios	Sí No	Presion sanguínea baja (LBP)	Sí No	Tumor o quiste en cabeza o cuello	Sí No
Lesión cardiacas congénitas (lesions)	Sí No	Valvulas de evacuación	Sí No	Úlcera	Sí No
Tratamientos con cortisona	Sí No	Problemas nervioso	Sí No	Enfermedades venérea	Sí No
Tos, persistente o con sangre (cough)	Sí No	Marcapasos (pacemaker)	Sí No	Pérdida de peso, inexplicada (weight)	Sí No
Diabetes	Sí No	Asistencia psiquiátrica	Sí No		
Enfisema (emphysema)	Sí No	Tratamiento de radacion	Sí No		
ADD/ADHD	Sí No	Otros no (que se enumeran) _____			

¿Usa lentes de contacto Sí No ¿Toma pildoras anticonceptivas Sí No

¿Usa fuma o mastico tabaco Sí No ¿Con que frecuencia _____

Sirugias _____ Fecha: _____

Tienen articulaciones artificiales o clavos? Sí No

¿Está embarazada? Sí No Fecha del parto _____ ¿Esta usted amamantando (nursing) Sí No

Nombre del doctor y número de telefonico _____

¿Alguna vez a tomado alguno de los grupo de medicamentos denominados como "fen-phen"? Estos incluyen combinaciones de Lonimin, Adipex, Fastin, (nombres de marca de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina) Sí No

MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que esta tomando Actualmente y el diagnostico correspondiente

ALERGIAS

Circule o mencione

Aspirina Látex

Barbitúricos (pildoras para dormir)

Codeína Anestésia local

Iodina Penicilina

Otros _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del medico _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO GENERAL

Por favor, lea este formulario cuidadosamente. Si usted tiene alguna pregunta, nuestro personal estará encantado de ayudarle.

- 1.) Por la presente autorizo a Dr. Deets y/o auxiliares para realizar el tratamiento dental con el uso de cualquier clase de radiografías (rayos X) y/o cualquier otra ayuda conveniente con el fin de completar un exhaustivo diagnóstico y plan de tratamiento.
- 2.) Entiendo que los rayos X, modelos de la boca y/u otros medios auxiliares utilizados para el diagnóstico y la planificación del tratamiento son propiedad de Dr. Deets; pero algunas copias de determinadas ayudas están disponibles con su respectiva solicitud y con una tarifa aplicada.
- 3.) En términos generales los procedimientos dentales pueden incluir, pero no limitarse a:
 - A. Examen oral completo, radiografías, limpieza dental y la aplicación del fluor topico.
 - B. Aplicación de resina "selladores" a los surcos de los molares.
 - C. Tratamiento de dientes con trauma y restauraciones dentales (empastes).
 - D. Tratamiento de enfermedades dentales y tejidos orales enfermos.
- 4.) Entiendo que el doctor no es responsable por tratamientos dentales realizados previamente en otras oficinas dentales y entiendo que en el transcurso del Nuevo tratamiento dental puede ser necesario el ajuste o reemplazo de los anteriores. Reconozco que la garantía de los resultados o la satisfacción absoluta no siempre son posibles en los servicios odontológicos.
- 5.) Yo certifico que mis dependientes y yo tenemos cobertura del seguro y asigno directamente a Dr. Deets todos los beneficios del mismo por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de todos los costos sean o no pagados por mi aseguradora, y autorizo mi firma para todos los cobros al seguro..
- 6.) He contestado a todas las preguntas sobre el historial y el estado actual de salud de mis dependientes y yo. He informado al dentista u otro personal de la oficina sobre todas las condiciones médicas, incluyendo alergias y lista de medicamentos recetados. También entiendo que debo informar cualquier cambio reciente en mi historial médico.

Por la presente reconozco que he leído y comprendido este consentimiento y el significado de su contenido. Todas las preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria y tengo la información suficiente para dar consentimiento a este. Además, entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea terminado por mí.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

PADRE O TUTOR (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

RELACIÓN CON EL PACIENTE

FIRMA

FECHA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Drogas y Medicamentos:

Entiendo que los antibioticos, analgesicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alergicas causando enrojecimiento e hinchazon de los tejidos, dolor, picazon, vomitos y /o shock anafilactico (reaccion alergica grave)..... (Iniciales _____)

2. Cambios en el plan de tratamiento:

Entiendo que Dr.Deets no es responsable por tratamientos dentales realizados previamente en otras oficinas dentales y entiendo que en el transcurso de el nuevo tratamiento dental puede ser necesario el ajuste o reemplazo de los anteriores.Doy mi permiso al dentista para hacer cualquier / todos los cambios y adiciones que sean necesarios una vez que han sido descubiertos y discutidos (Iniciales _____)

3. Extracción de dientes: Diente # _____

Se me explicaron las diferentes alternativas a la extraccion (tratamiento de conducto, coronas, protesis y cirujia periodontal, etc) para asi elegir la mejor alternativa para mi. Entiendo que la extraccion de dientes no siempre remueve toda la infeccion, en este caso puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo los riesgos que implica una extraccion de dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazon, propagacion de la infeccion, alveolitis seca, perdida de sencibilidad en los dientes, los labios, la lengua y los tegidos circundantes (parestesia), que pueden durar un periodo indefinido de tiempo (dias o meses), o la mandibula fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o incluso la hospitalizacion si surgen complicaciones durante o despues del tratamiento, cuyo costo es mi responsabilidad..... (Iniciales _____)

4. Coronas y Puentes: Diente # _____

Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con el color de los dientes artificiales, ademas entiendo que se me van a poner coronas temporales que se podrian salir facilmente y que debo tener cuidado para que no se caigan antes de cementear la corona permanente. Tendre una oportunidad final para hacer cambios en mi nueva corona o puente(incluyendo forma, ajuste, tamaño, color) antes de ser cementada..... (Iniciales _____)

5. Tratamiento de endodoncia (Tratamiento de conducto): Diente # _____

Entiendo que no hay garantia de que el tratamiento de conducto radicular salve mi diente, tambien entiendo que las complicaciones pueden ocurrir en el tratamiento y que de vez en cuando objetos de metal son cementados en el diente o se extienden atraves de la raiz pero esto no necesariamente afecta el exito del tratamiento. Entiendo que en ciertas ocasiones algunos tratamintos quirurgicos adicionales seran necesarios despues del tratamiento del conducto radicular.(Iniciales _____)

6. Pérdida Periodontal (Tejido y Hueso):

Descripcion de el tratamiento

Entiendo que la enfermedad periodontal es una enfermedad grave, la cual puede causar infeccion en las encias y en el hueso o la perdida de el mismo conduciendo a la perdida de los dientes. Planes alternativos de tratamiento se me explicaron, incluyendo cirujia de las encias, reemplazos y/o extracciones.Entiendo que al no comprometerme con cualquier procedimiento dental puedo tener un

efecto adverso en el futuro de mi condicion periodontal.....(Iniciales _____)

7. Rayos X:

Entiendo que los rayos x son necesarios para el diagnostico y un tratamiento adecuado.....(Iniciales _____)

8. Dentaduras totales o parciales:

Maxilar _____ Mandibular _____

Entiendo que las dentaduras completas o parciales son artificiales, hechas de plastico, metal y/o porcelana. Los problemas con el uso de estos aparatos se me han explicado a mi, incluyendo: aflojamiento, dolor y posible ruptura. Me explicaron que hay una oportunidad final para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (forma, tamaño, ubicacion y color).Entiendo que la mayoría de las dentaduras pueden necesitar revisiones y cambios de tres a doce meses despues de la colocacion inicial. El costo de estos procedimientos no estan incluidos en el precio inicial de la dentadura.Entiendo que usar dentaduras postizas es dificil y hay problemas comunes tales como puntos de dolor, alteracion en el habla y dificultad para comer.

Protisis inmediata (colocacion de la protesis inmediatamente despues de extracciones) puede ser dolorosa, se requieren ajustes considerables y una rectificacion permanente sera necesaria mas adelante (lo que no esta incluido en el precio de la protesis).Es importante que se hagan todas las impresiones y pruebas necesarias: si no se hacen estas citas puede dar lugar a una mala protesis y la necesidad de hacerse de nuevo resultando en cargos adicionales.....(Iniciales _____)

9. Rellenos:

Entiendo que se debe tener cuidado en la masticacion despues de hacerse un relleno, especialmente durante las primeras 24 horas para evitar rupturas. Entiendo que el relleno mas costoso puede ser necesario debido al deterioro adicional del diente que se puede ver en los rayos X; y entiendo que puedo tener una sencibilidad significativa como efecto comun despues de hacerme un relleno.....(Iniciales _____)

Entiendo que la odontologia no es una ciencia exacta y que por lo tanto los profesionales de renombre no pueden garantizar plenamente los resultados, yo reconozco que no hay garantia ni aseguramiento. He tenido la oportunidad de leer este formulario y hacer preguntas, mis preguntas han sido contestadas a satisfaccion y doy mi consentimiento al tratamiento propuesto.

**Formulario de consentimiento del paciente de HIPAA detrás del portapapeles*
Me han dado la oportunidad de leer y revisar el "Aviso de Prácticas de Privacidad."

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del paciente

Firma del padre / tutor si el paciente es menor de edad

Firma del médico

Fecha



Acuerdo de Cita Perdida

Nuestra filosofía es seguir poniendo a nuestros pacientes en primer lugar y hacer de su experiencia una positiva.

Es nuestra política que nos avise con 48 horas de anticipación si necesita cambiar una cita.

Nos tomamos nuestro tiempo para hacer llamadas de cortesía para recordarle su cita. Si tu cancelas o cambias su cita y no avisas con 48 horas de anticipación habrá un cargo de \$50. Si pierde la cita por segunda vez después de reprogramarla, debe pagar su coseguro en su totalidad antes de programar su tratamiento.

Con respecto a su tratamiento dental, le pedimos que pague la mitad de su costo compartido, incluido cualquier deducible, en el momento de la programación siempre que el tratamiento total exceda los \$300 en total. Esto mantiene la hora de su cita y lo mantiene responsable de venir a la cita que le reservamos.

Por favor, comprenda que estas políticas se implementaron debido a un aumento en cancelaciones de última hora. Valoramos su tiempo pero valoramos el nuestro también.

Gracias por permitirnos compartir nuestra política de citas perdidas con usted y por favor déjenos saber si tiene alguna pregunta. Estamos comprometidos con su salud bucal y manteniendo su cita programada nos permite ser socios en su cuidado dental.

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre / tutor (si corresponde)

Fecha



**PAXTON
FAMILY DENTAL**
www.paxtonfamilydental.com
DR. STEVEN DEETS & ASSOCIATES

¡Somos una oficina sin mercurio!

El uso de empastes compuestos modernos (empastes del color de los dientes) y modernas técnicas de unión permiten eliminar la pérdida de estructura dental natural. Por esta razón, recomendamos el uso de empastes compuestos (empastes del color de los dientes) al tratar o restaurar de forma conservadora los dientes cariados o dañados.

“El mercurio es muy tóxico y dañino para la salud. Aproximadamente el 80% de los vapores en inhalados el mercurio se absorbe en la sangre a través de los pulmones, causando daños a pulmones, riñones y nervios, sistema digestivo, respiratorio e inmunológico. Efectos sobre la salud por exceso de exposición al mercurio incluyen temblores, problemas de visión y audición, parálisis, insomnio, problemas emocionales inestabilidad, déficit de desarrollo fetal durante el embarazo, déficit de atención y retrasos desarrollo durante la infancia.”

-La Organización Mundial de la Salud (the WHO)

No utilizamos empastes de amalgama (plata / mercurio); los pacientes son responsables de la diferencia de costos entre la amalgama (plata / mercurio) en comparación con el composite (empastes del color de los dientes) basado en mi seguro.

He leído y entiendo los estándares libres de mercurio del consultorio de Paxton Family Dental. Estoy de acuerdo con la diferencias de costo si / cuando necesitaría empastes.

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre / tutor

Fecha

Nombre en letra de imprenta: _____



**CONTRATO DE CESIÓN DE BENEFICIOS
PARA STEVEN DEETS, DMD**

Nuestro consultorio aceptará una repartición de beneficios de su compañía de seguros con las condiciones enumerados a continuación. Sin embargo, es importante comprender que el acuerdo con respecto a sus beneficios dentales es entre usted, su empleador y su compañía de seguros. La obligación que tienes con nuestra práctica es pagar todos los tratamientos y servicios que le brindamos, independientemente de la cantidad que pueda o puede que su compañía de seguros no le reembolse. Las siguientes disposiciones identifican nuestras políticas que rigen las reclamaciones de seguros.

- Aunque estamos dispuestos a completar formularios de información de seguros y presentar un reclamo sobre su nombre, no aceptamos responsabilidad por el resultado de la transacción. Completando formularios de seguro es una cortesía que le brindamos en un esfuerzo por ahorrarle tiempo y facilitar pago a nuestra práctica de su compañía de seguros. Al hacer que nuestra práctica procese su formularios de seguro, es importante que comprenda que esto no elimina sus obligación por el costo de su tratamiento.
- Le pedimos que firme este acuerdo y / o cualquier otro documento de asignación necesario que puede ser requerido por su compañía de seguros. Esto le indica a su compañía de seguros que usted autoriza realizar el pago directamente a nuestra consulta.
- Requerimos que pague el copago estimado, que es la cantidad que no cubre su compañía de seguros, en el momento en que le brindamos el servicio. El copago es solo un estimación de los cargos y puede resultar insuficiente después de la revisión por parte de su Seguro empresa.
- Los pagos del seguro normalmente se reciben dentro de los 30 a 60 días desde el momento de la facturación. Si tu compañía de seguros no ha realizado el pago a nuestra práctica dentro de los 60 días, le pediremos que pagar la totalidad del saldo en ese momento. Usted será responsable de solicitar el reembolso de su compañía de seguros en ese momento.
- Nuestra práctica no garantiza que su compañía de seguros pague por su tratamiento recibidos por parte de nuestra práctica. Realizamos procedimientos de facturación de seguros de rutina después de la verificación de cobertura. Sin embargo, si su reclamo es denegado, usted será responsable de pagar en totalidad la cantidad en ese momento.
- Nuestra práctica no entrará en disputas con su compañía de seguros sobre ningún reclamo, aunque proporcionaremos la documentación necesaria que su compañía de seguros solicite para clasificar cualquier confusión o pregunta que pueda surgir. Cooperaremos plenamente con las regulaciones. y solicitudes de su compañía de seguros. En última instancia, es su responsabilidad resolver cualquier tipo de disputa sobre pagos hechos o no hechos por su compañía de seguros a nuestra práctica.

**HE LEÍDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS.
AUTORIZO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS A PAGAR MIS BENEFICIOS DENTALES DIRECTAMENTE A
LA PRÁCTICA.**

Nombre en letra de imprenta del paciente o parte responsable

Firma del paciente o parte responsable

Fecha



Consentimiento Informado de COVID

Consentimiento informado suplementario: tratamiento dental en la era del Covid-19

Gracias por su continua confianza en nuestra práctica. Al igual que con la transmisión de cualquier enfermedad contagiosa como un resfriado o la gripe, puede estar expuesto a COVID-19, también conocido como "Coronavirus", en cualquier momento o en cualquier lugar. Tenga la seguridad de que siempre hemos seguido las regulaciones estatales y federales y se recomiendan protocolos de desinfección y protección personal universal para limitar la transmisión de todas las enfermedades en nuestra oficina y continuar haciéndolo.

A pesar de nuestra cuidadosa atención a la esterilización, desinfección y uso de barreras personales, todavía existe la posibilidad de que usted pueda estar expuesto a una enfermedad, en nuestra oficina, al igual que podría estar en su gimnasio, supermercado o restaurante favorito. El "distanciamiento social" a nivel nacional ha reducido la transmisión del coronavirus. Si bien hemos tomado medidas para brindar distanciamiento social en nuestra práctica, debido a la naturaleza de los procedimientos que brindamos, no es posible mantener el distanciamiento social entre el paciente, el dentista, el personal odontológico y, en ocasiones, otros pacientes en todo momento.

Aunque la exposición es poco probable, ¿acepta el riesgo y da su consentimiento al tratamiento?

- Sí
- No

Preguntas de detección: responda con sinceridad

- He tenido fiebre o me he sentido acalorado / con fiebre en los últimos 14-21 días.
- Tengo dificultad para respirar y / o he tenido otras dificultades para respirar.
- Estoy experimentando otros síntomas similares a los de la gripe (malestar estomacal, dolor de cabeza, fatiga).
- He estado en contacto con un paciente positivo de COVID-19 confirmado en los últimos 30 días (por ejemplo, compañeros de trabajo, familia).
- He viajado a una región muy afectada por COVID-19 en los últimos 14 días (por ejemplo, Nueva York, Nueva Jersey, Filadelfia).

Si se aplica alguna de las situaciones anteriores, explique:

-
- No se aplica nada de lo anterior.

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente