

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Historia médica:**

Favor de anotar la información de su médico. Dr. \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

No. Telefónico \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de última cita \_\_\_\_\_

Propósito de la visita \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado o ha tenido una cirugía mayor? Explique \_\_\_\_\_ Si No

¿Ha tenido una lesión seria en su cabeza o cuello? Explique \_\_\_\_\_ Si No

¿Está usted en una dieta especial? Explique \_\_\_\_\_ Si No

¿Está usted tomando alguno de los siguientes medicamentos?

\_\_ Fosamax \_\_ Actonel \_\_ Boniva \_\_ Aredi \_\_ Bonefos \_\_ Didronel \_\_ Zometa

Enliste todos los medicamentos que esté tomando. \_\_\_\_\_

Favor marque: \_\_ Embarazada/Tratando/Sospecha \_\_ Amantando \_\_ Anticonceptivos \_\_ Menopausia Explicación:

¿Ha tenido usted o tiene alguna de estas enfermedades?

Si No Cirugía del Corazón	Si No Problemas Pulmonares	Si No Otitis (Infección de Oído)	Si No Lupus
Si No Soplo en el Corazón	Si No Tuberculosis		Si No Leucemia
Si No Problemas del Corazón	Si No Neumonía	Si No Insuficiencia Suprarrenal	Si No Quimioterapia
Si No Lesiones Cardiacas Congenias	Si No Enfermedad del Riño	Si No Hipotiroidismo	Si No Deficiencia de Glucosa 6 Fosfato
Si No Válvulas Cardiacas Artificiales	Si No Hemodiálisis	Si No Hipertiroidismo	Si No Retraso de Desarrollo
Si No Prolapso de la Válvula Mítral	Si No Hepatitis A B C D E	Si No ADD/ADHD	Si No Retraso Mental
Si No Marcapasos	Si No Enfermedades del Hígado	Si No Sarampión	Si No Síndrome de Down
Si No Fiebre Reumática	Si No Problemas del Estomago	Si No Alergias a Medicamentos	Si No Síndrome _____
Si No Fiebre Escarlatina	Si No Problemas Intestinales	Si No Alergias a Anestésicos	Si No Depresión
Si No Endocarditis Bacteriana	Si No Ulceras	Si No Alergia al Látex	Si No Desorden Bipolar
Si No Espina Bífida	Si No Anorexia	Si No Alergia a Productos de Hule	Si No Lesión/ Trauma Cerebral
Si No Angina de Pecho (Estable o No)	Si No Bulimia Nerviosa	Si No Problemas de Sangrado	Si No Derivaciones del Líquido Cefalorraquídeo
Si No Ataque al Corazón	Si No Enfermedad Inflamatoria del Intestino	Si No Enfermedad de Von Willebrand	Si No Esquizofrenia
Si No Arritmias Cardiacas	Si No Colitis Pseudomembranosa	Si No Enfermedad Sanguínea _____	Si No Embolia
Si No Insuficiencia Cardiac Congestiva	Si No Enfermedad Venérea	Si No Problemas Circulatorios	Si No Convulsiones
Si No Colesterol	Si No SIDA	Si No Hemofilia	Si No Epilepsia
Si No Alta Presión	Si No VIH Positivo	Si No Anemia	Si No Mareos
Si No Artritis	Si No Herpes genital	Si No Anemia de Células Falciformes	Si No Tumores
Si No Osteoporosis	Si No Sífilis	Si No Anemia de Células Falciformes	Si No Ansiedad
Si No Problemas Ortopédicos	Si No Diabetes	Si No Células Falciformes	Si No Cuidado Psiquiátrico
Si No Obstrucción Pulmonar	Si No Hipoglucemia	Si No Transfusión Sanguíneas	Si No Enfermedad de Alzheimer
Si No Enfermedades Respiratorias	Si No Glaucoma	Si No Trasplante de Órgano	Si No Uso/ Adicción a Drogas
Si No Asma	Si No Problemas Oculares	Si No Cáncer _____	Si No Uso de Alcohol
	Si No Problemas de audición	Si No Trombocitopenia	Si No Uso de Tabaco

¿Ha tenido una enfermedad seria no mencionada arriba? Explique: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría hablar con el dentista en privado sobre algún problema? \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Dentista \_\_\_\_\_ ASA I II III IV

# FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Por favor lea y escriba las iniciales de su nombre en cada uno de los siguientes párrafos, y lea y firme la sección al pie de esta forma.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_



## 1. TRATAMIENTO A HACERSE

Entiendo que me harán el siguiente tratamiento: Examen Dental \_\_\_ Limpieza \_\_\_ Empaste \_\_\_ Rayos-X \_\_\_ Fluoruro \_\_\_ Puentes \_\_\_

Coronas \_\_\_ Extracción de Dientes \_\_\_ Anestesia Laser \_\_\_ Selladores \_\_\_ Endodoncia \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_

## 2. FARMACOS Y MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando el enrojecimiento e inflamación de tejidos, dolor, comezón, vómito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa)...

Iniciales \_\_\_\_\_

## 3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontradas durante la examinación, siendo lo más común la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y añadidos necesarios.

Iniciales \_\_\_\_\_

## 4. EXTRACCION DE DIENTES

Se me han explicado las alternativas a una extracción de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista extraerme los siguientes dientes \_\_\_\_\_ y cualquier otro(s) que sea necesario por motivos descritos en el párrafo #3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre remueve toda la infección, si la hay, y puede que necesite tratamiento adicional. Entiendo cuáles son los riesgos de una extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, propagación de la infección, alveolo seco, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un periodo de tiempo indefinido (días o meses), o quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizado si resultan complicaciones durante o después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto.

Iniciales \_\_\_\_\_

## 5. CORONAS, PUENTES Y CAPERUZAS

Entiendo que algunas veces no es posible igualar exactamente el color de la dentadura postiza al de la dentadura natural. Además entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarme de que no se caigan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Estoy enterado que la última oportunidad para hacer cambios a mi nueva corona, puente o caperuza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré antes de la cementación.

Iniciales \_\_\_\_\_

## 6. DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS O PARCIALES

Estoy enterado de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal, y/o porcelana. Se me han explicado los problemas que pueden surgir por usar estos aparatos, incluyendo aflojamiento, dolor, y posible ruptura. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré cuando asista a la consulta para probarme los "dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentures postizas requieren otra alineación 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 dentadura postiza.

Iniciales \_\_\_\_\_

## 7. TRATAMIENTO ENDODONTICO (CONDUCTO RADICULAR)

Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y que pueden presentarse complicaciones por el tratamiento, y que en ocasiones, se cementan objetos de meta; en el diente o se extienden a través del conducto radicular, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones puede necesitarse de procedimientos quirúrgicos adicionales después de un tratamiento de conducto radicular (apicoetomía).

Iniciales \_\_\_\_\_

## 8. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que tengo una condición grave, que está causando inflamación o pérdida de encías y de hueso, y que puede causar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo cirugía de la encías, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condición periodontal.

Iniciales \_\_\_\_\_

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, practicas acreditadas no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# Información General

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre en Caso de Emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Numero de Emergencia: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Adicional (si diferente): \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: Masculino Femenino

\_\_\_ Casado(a) \_\_\_ Viudo(a) \_\_\_ Soltero(a) \_\_\_ Menor \_\_\_ Separado(a) \_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_ Unión Libre

¿A quien podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

## Seguro Privado

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: Si Mismo Cónyuge Padre/Guardian

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro Dental: \_\_\_\_\_ Número del Grupo: \_\_\_\_\_

Teléfono del Seguro: \_\_\_\_\_ SS# o ID#: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Seguro Secundario

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: Si Mismo Cónyuge Padre/Guardian

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro Dental: \_\_\_\_\_ Número del Grupo: \_\_\_\_\_

Teléfono del Seguro: \_\_\_\_\_ SS# o ID#: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## TEXAS CHIPS/TEXAS HEALTH STEPS (Medicaid)

ID #: \_\_\_\_\_ Nombre del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Otro Tipo de Seguro Dental: \_\_\_\_\_

## Uso de Oficina

### Private Insurance

Date: \_\_\_\_\_ Verified By: \_\_\_\_\_ Ins. Coverage Yr. \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Eligible: Y N Insurance: \_\_\_\_\_ Max: \_\_\_\_\_ Used: \_\_\_\_\_ Deductible: \_\_\_\_\_ Met: \_\_\_\_\_

\_\_\_ % Preventative \_\_\_ % Basic \_\_\_ % Major Waiting Periods: \_\_\_\_\_ History: Exam: \_\_\_\_\_ Prophy: \_\_\_\_\_ FMX: \_\_\_\_\_

Bitewing 2 4 8 Films per year (Last: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fluoride \_\_\_\_\_ age \_\_\_\_\_ Sealants \_\_\_\_\_ age

\_\_\_ Endo \_\_\_ Perio \_\_\_ Scaling \_\_\_ Post Comp Dwgd \_\_\_ Nightguards \_\_\_ Implants \_\_\_ Nitrous Oxide

### TEXAS CHIPS

Tier Level: \_\_\_\_\_ Preventative: \_\_\_\_\_ used \_\_\_\_\_ Therapeutic: \_\_\_\_\_ used \_\_\_\_\_

## HIPAA Release of Information AUTHORIZATION FORM

I, \_\_\_\_\_ hereby authorize *Dental Odyssey* and its affiliates, its employees and agents, to release to *my current insurance carrier and/or my physician and/or my nursing facility* my personal health information maintained by *Dental Odyssey* (e.g., information relating to the diagnosis, treatment, claims payment, and health care services provided or to be provided to me and which identifies my name, address, social security number, member ID number) **except** the following information about me:

\_\_\_\_\_ [DESCRIBE INFORMATION NOT TO BE DISCLOSED, IF ANY] for the purpose of helping me to resolve claims and health benefit coverage issues *and consult with my physician and/or nursing facility*. I understand that any personal health information or other information released to the person or organization identified above may be subject to re-disclosure by such person/organization and may no longer be protected by applicable federal and state privacy laws.

This authorization is valid from the date of my/my representative's signature below and shall expire the date I cease being a patient-of-record of *Dental Odyssey*. I understand that I have a right to revoke this authorization by providing written notice to *Dental Odyssey*. However, this authorization may not be revoked if *Dental Odyssey*, its employees, or authorized agents have taken action in reliance on this authorization prior to receiving my written notice. I also understand that I have a right to a copy of this authorization. I further understand that this authorization is voluntary and that I may refuse to sign this authorization. My refusal to sign will not affect my eligibility for treatment, benefits, enrollment, payment, or coverage of services.

Patient's Name: \_\_\_\_\_

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

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

If applicable, Legal Representatives sign below:

***By signing this form, I represent that I am the legal representative of the patient identified above and will provide written proof (e.g., power of attorney, living will, guardianship papers, etc.) that I am legally authorized to act on the patient's behalf with respect to this authorization form.***

Name of Legal Representative: \_\_\_\_\_

Signature of Legal Representative: \_\_\_\_\_

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

Name of Witness: \_\_\_\_\_

Signature of Witness: \_\_\_\_\_