

BIENVENIDOS A NUESTRA PRÁCTICA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE...

Fecha _____

☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐ Dra. Nombre _____ M.I. _____ Apellido _____ Apodo _____

Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento _____ Edad _____ S.S.# _____ Correo electrónico _____

Dirección _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

#Tel.() _____ # Celular .() _____ ¿Alguna vez ha sido paciente de nuestra práctica? ☐ Sí ☐ No

Referido Por _____
NOMBRE APELLIDO

Dentista _____
NOMBRE APELLIDO

Farmacia preferida _____ Tel.() _____

Empleador _____ #Tel.() _____

En caso de emergencia, por favor contacte _____ Tel. () _____ Relación _____

QUIEN SEA RESPONSABLE DE SU CUENTA...

☐ Yo (si es yo, omita esta sección) ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Madre ☐ Otro _____

Nombre _____ S.S.# _____ Nacimiento Fecha _____ Edad _____ Teléfono.() _____
NOMBRE APELLIDO

Call _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Licencia de conducir.# _____ Empleador _____ #.Tel.() _____

CÓNYUGE U OTRA INFORMACIÓN DEL GARANTE (si es diferente a la anterior)...

Nombre _____ Relación _____ S.S.# _____ Fecha de nacimiento _____
NOMBRE APELLIDO

Dirección _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Tel. () _____ Empleador _____ #Tel.() _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO...

Alumno: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ No

Marital Estado: . ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viuda ☐ Soltero ☐ Legalmente separados

Empleado: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Jubilado ☐ No

COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO...

Seguro Tipo: ☐ Dental ☐ Médico

Empleador _____

DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Tel.() _____ Plan _____

Nombre de la compañía de seguros _____ IDENTIFICACIÓN . # _____

DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Tel.() _____

Grupo# _____ Grupo Nombre _____

Asegurado _____ Relación _____
NOMBRE APELLIDO

Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento _____ S.S. # _____

DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Tel.() _____

INFORMACIÓN DENTAL...

Motivo de la visita de hoy _____

¿Estás adolorido? ☐ Sí ☐ No, ¿por cuánto tiempo? _____

Por favor indique cualquiera de los siguientes problemas marcando la casilla correspondiente:

- | | |
|---|--|
| ☐ Empastes perdidos o rotos | ☐ Ampollas/llagas en o alrededor de la boca |
| ☐ Diente roto/astillado | ☐ Ardor en lengua/labios |
| ☐ Dolor de muelas | ☐ Zumbidos en los oídos |
| ☐ Mis dientes son sensibles a: ☐ Caliente ☐ Frío ☐ Dulces ☐ Morder | |
| ☐ Otro _____ | |

último examen dental _____ Últimas radiografías dentales. _____

HISTORIAL MÉDICO...

PacienteNombre

¿Estás bien de salud? ☐ Sí ☐ No • Altura _____ Peso _____ • ¿Está usted bajo el cuidado de un médico? ☐ Sí ☐ No

¿Le ha recomendado algún médico o dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido alguna enfermedad, operación o ha sido hospitalizado en los últimos cinco años? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha tenido anestesia general? ☐ Sí ☐ No •

¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido alguna reacción inusual o grave a la anestesia general? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, condiciones médicas o procedimientos?

SN

- ☐ Fiebre reumática
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Presión arterial baja
- ☐ Prolapso de la válvula mitral
- ☐ Soplo cardíaco
- ☐ Endocarditis infecciosa
- ☐ Dolor torácico/angina
- ☐ Ataque(s) al corazón
- ☐ Latidos cardíacos irregulares
- ☐ Marcapasos cardíaco
- ☐ Cirugía cardíaca
- ☐ Válvulas cardíacas dañadas
- ☐ Neumonía / Bronquitis / Tos crónica
- ☐ Anemia
- ☐ Asma

Ynorte

- ☐ Problemas de salud mental
- ☐ Problemas con el sistema inmunológico
- (posiblemente de medicina/cirugía)*
- ☐ Fiebre del heno/Problemas sinusales
- ☐ Ronquidos
- ☐ Apnea del sueño/CPAP
- ☐ Problemas respiratorios
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Enfisema
- ☐ ¿Fuma o vapea?
- Si es así ¿cuánto al día? _____*
- ☐ ¿Utiliza tabaco de mascar?
- ☐ Antecedentes de consumo de marihuana u otras drogas
- ☐ Antecedentes de abuso de alcohol

Ynorte

- ☐ Sangrado anormal
- ☐ Tendencia al sangrado
- ☐ Transfusión de sangre
- ☐ Trastorno sanguíneo
- ☐ Enfermedad ocular/Glaucoma
- ☐ Ictericia / Enfermedad hepática
- ☐ Hepatitis
- ☐ Problemas con la vesícula biliar
- ☐ Desmayos
- ☐ Convulsiones / Epilepsia
- ☐ Accidente cerebrovascular
- ☐ Problemas de tiroides
- ☐ Diabetes
- ☐ ¿Está usted en diálisis?
- ☐ Problemas renales

Ynorte

- ☐ Enfermedades de transmisión sexual
- ☐ COVID-19
- Si es así cuando _____*
- ☐ Enfermedades contagiosas
- ☐ Mononucleosis infecciosa
- ☐ Tobillos hinchados
- ☐ Artritis/Enfermedad de las articulaciones
- ☐ Implante protésico
- ☐ Reemplazo de articulación
- ☐ Osteoporosis/Osteopenia
- ☐ Úlceras de estómago/reflujo ácido
- ☐ Tumor o crecimiento
- ☐ Cáncer / Radiación / Quimioterapia

MEDICAMENTO Y ALERGIAS...

¿Estás tomando ahora:

SN

- ☐ Pastillas para los nervios
- ☐ Pastillas para adelgazar

Ynorte

- ☐ Analgésicos (incluida la aspirina)
- ☐ Tranquilizantes

Ynorte

- ☐ Relajantes musculares
- ☐ Insulina

Ynorte

- ☐ Estimulantes
- ☐ Antidepresivos

Indique cualquier otro medicamento que esté tomando (incluidos productos naturales, a base de hierbas u homeopáticos):

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

- ☐ Anticoagulantes (Coumadin, Aspirina, Eliquis, Xarelto)
- ☐ ¿Está tomando o alguna vez ha tomado medicamentos para la densidad ósea, inhibidores de RANKL o bifosfonatos como Denosumab, Fosamax, Boniva, Actonel, IV-Zometa, Aredia, Reclast, Prolia, Xgeva o Evista en los últimos 12 años?

¿Es usted alérgico o ha tenido una reacción a:

SN

- ☐ Penicilina
- ☐ Pentotal sódico / Valium / otro tranquilizante
- ☐ Soja

Ynorte

- ☐ Sulfadicas
- ☐ Aspirina
- ☐ Huevos / Yema

Ynorte

- ☐ Anestésico local (anestésico)
- ☐ Codeína u otros narcóticos
- ☐ Sulfitos

Ynorte

- ☐ Amoxicilina
- ☐ Látex
- ☐ ¿Tiene alguna alergia conocida?

Indique cualquier otro medicamento o antibiótico al que sea alérgico:

MEDICAMENTO / NOMBRE DEL ANTIBIÓTICO	MEDICAMENTO / NOMBRE DEL ANTIBIÓTICO	MEDICAMENTO / NOMBRE DEL ANTIBIÓTICO

1-4 a continuación solo para mujeres: (Nota para las mujeres: los antibióticos (como la penicilina) pueden alterar la eficacia de las píldoras anticonceptivas. Consulte a su médico/ginecólogo para obtener ayuda sobre métodos anticonceptivos adicionales).

1) ¿Existe posibilidad de embarazo? ☐ Sí ☐ No

3) ¿Estás amamantando? ☐ Sí ☐ No

2) Fecha de Entrega Estimada: _____

4) ¿Estás tomando pastillas anticonceptivas? ☐ Sí ☐ No

certifico que he leído y entiendo las preguntas anteriores. Reconozco que mis preguntas, si las hubiera, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas satisfactoriamente. No responsabilizaré a mi médico ni a ningún otro miembro de su personal por ningún error u omisión que haya cometido al completar este formulario. ☐ Permito que la oficina se comuniqué conmigo mediante mensaje de texto en mi teléfono celular.

X _____
Firma del paciente (Padre o tutor si es menor)

X _____
Revisado por

X _____
Fecha

HONORARIOS Y PAGOS

Hacemos todo lo posible para mantener bajo el costo de su atención. Puedes ayudar pagando al finalizar cada visita. Se pueden hacer otros arreglos con nuestro gerente de oficina dependiendo de circunstancias especiales. Si lo solicita, se le entregará una estimación del costo de cualquier procedimiento o cirugía que pueda necesitar. Si tiene algún seguro dental y/o médico, estaremos encantados de completar los formularios correspondientes, pero complete la información de identificación en este formulario.

Recuerde que el seguro se considera un método de reembolso al paciente por los honorarios pagados al médico y no es un sustituto del pago. Algunas empresas pagan dietas fijas por ciertos trámites y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar cualquier monto de deducible, coseguro o cualquier otro saldo no pagado por su compañía de seguros. Usted será responsable de todos los costos de cobro, honorarios de abogados y costos judiciales.

Esta firma en el archivo es mi autorización para la divulgación de la información necesaria para procesar mi reclamo. Por la presente autorizo el pago a este médico nombrado de los beneficios que de otro modo serían pagaderos a mí.

Por la presente reconozco que se me ha puesto a disposición una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener sobre este Aviso.

X _____
Firma del paciente (Padre o tutor si es menor)

X _____
Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, _____ (padre o tutor si es menor) da su consentimiento a los procedimientos necesarios o aconsejables en opinión del médico. Entiendo que el tratamiento de conducto es un intento de salvar un diente, que de otro modo podría requerir extracción. Las endodoncias se realizan con un alto grado de éxito. Puede ser necesario un tratamiento de conducto debido a un traumatismo, caries, infección o dolor. Ocasionalmente, un diente al que se le ha realizado un tratamiento de conducto puede requerir un nuevo tratamiento, cirugía correctiva o extracción. No hay garantía de que el tratamiento tenga éxito, a pesar del mejor trato y las mejores intenciones.

FINALIZACIÓN DE LA RESTAURACIÓN: Al finalizar un tratamiento de conducto, es necesario que regrese a su dentista para una restauración final del diente involucrado, como una corona u otra restauración. Si no se restaura la abertura del diente, se podría producir un fallo del conducto radicular.

RIESGOS AL TRATAMIENTO: Hay riesgos inherentes a cualquier procedimiento. Los riesgos pueden incluir, entre otros, reacciones a los anestésicos, dolor, infección, entumecimiento y hormigueo en el labio, lengua, barbilla y encías (que generalmente es temporal), pero puede ser permanente. Cambios en la forma en que se unen los dientes, calambres o espasmos de los músculos de la mandíbula, trismo (bloqueo de la mandíbula), sensibilidad en la articulación de la ATM (articulación de la mandíbula), aflojamiento de los dientes, dolor de oído, cuello y cabeza, náuseas, reacciones alérgicas, dolor continuo, problemas sinusales, retraso en la curación y fracaso del tratamiento.

Durante el curso del tratamiento, se utilizan instrumentos dentro del diente y los riesgos involucrados podrían ser la posibilidad de que se rompa el instrumento, aberturas involuntarias en el diente (perforaciones), daños a las restauraciones existentes. En algunos casos, una infección no cura o pueden existir complicaciones del tratamiento: grietas en el diente, canales muy curvados, enfermedad de las encías, extensión excesiva del relleno del conducto radicular, obstrucciones o calcificaciones, pérdida de la estructura del diente o falta de curación. No todos los dientes tienen el mismo grado de riesgo. Su médico le informará si ocurre o se anticipa alguna de estas complicaciones.

MEDICAMENTOS: Los medicamentos y drogas recetados pueden causar somnolencia y falta de coordinación. No debe operar ningún vehículo o dispositivo peligroso mientras toma estos medicamentos. En caso de producirse alguna reacción a los medicamentos, por favor notifíquelo al médico tratante.

TRATAMIENTO INCOMPLETO: Si el médico determina durante el procedimiento que el diente no se puede salvar, se le cobrará una tarifa por el tratamiento incompleto.

SEGURO MÉDICO: Nuestra práctica de endodoncia no presenta seguros de compensación laboral, médicos o de accidentes. Estaremos encantados de proporcionarle toda la documentación necesaria para presentar un reclamo.

RADIOGRAFÍAS Y TAC DE HAZ CÓNICO: La necesidad de radiografías dentales depende de las necesidades dentales individuales de cada paciente. El médico ordenará las radiografías digitales necesarias y una tomografía computarizada de haz cónico según lo indicado. Las radiografías dentales y las tomografías computarizadas producen niveles bajos de radiación y se consideran seguras para fines de diagnóstico.

HIPAA: Reconozco que el aviso de prácticas de privacidad de esta oficina está disponible para mí y publicado para mi revisión.

SEGUROS/FINANCIERO: Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con todos los reclamos y por la presente dirijo los beneficios pagaderos a Willamette Endodontics. Mi copago vence al inicio del tratamiento. Cualquier saldo no pagado por el seguro es mi responsabilidad. Entiendo que esta oficina aceptará un pago de beneficio de seguro con el copago adeudado al momento del servicio. Entiendo que el copago del seguro cotizado al momento del servicio es sólo una estimación. Es posible que quede un saldo después de realizar el pago del seguro dental. También entiendo que soy totalmente responsable del saldo total de los servicios prestados después de que se hayan pagado los beneficios del seguro. Usted es responsable del pago de los servicios prestados y las compañías de seguros no garantizan el pago. Las opciones de pago son efectivo/cheque, tarjetas de crédito o débito y CareCredit.

LLAMADAS Y MENSAJES DE TEXTO: Por la presente doy mi consentimiento para recibir llamadas marcadas automáticamente y/o pregrabadas y mensajes de texto relacionados con citas, saldos de cuentas, cobros y marketing de empresas de terceros a los números de teléfono celular proporcionados anteriormente. Entiendo que el consentimiento no es una condición para la compra o los servicios prestados.

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN: Por la presente declaro que he leído y entiendo este consentimiento para el tratamiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas. Entiendo completamente el formulario de consentimiento. Doy mi permiso para grabar mi procedimiento, tomar fotografías digitales según sea necesario para completar mi expediente médico y/o con fines educativos. Todos los registros médicos se mantendrán estrictamente confidenciales.

LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SE PUBLICAN EN LA RECEPCIÓN SEGÚN LO EXIGEN LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES. ESTAS PRÁCTICAS DESCRIBEN CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. SI DESEA UNA COPIA, CONSULTANOS, ESTE ES SU DERECHO. TAMBIÉN PUEDES IR A WWW.WILLAMETTEENDO.COM PARA REVISAR O IMPRIMIR UNA COPIA DE ESTAS DIVULGACIONES.

X _____
Firma del paciente (Padre o tutor si es menor)

X _____
Fecha