

Bienvenidos a Luna Dental!

En orden de servirlos apropiadamente, necesitamos la siguiente información de usted.
 Toda su información es confidencial. *(Por favor escriba con letra clara)*

Fecha: _____

G E N E R A L	Nombre: _____ Sexo (M/F) _____ Fecha de nacimiento: _____ <small>(Primer Nombre) (Apellido)</small>
	Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____
	Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____
	No de licencia de Conducir: _____ No de Seguro Social: _____ Referido(a) Por: _____
	Correo Electrónico: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____
	Persona responsable de la Cuenta (Nombre): _____ <small>(Primer Nombre) (Apellido)</small>
	Parentesco con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ No de Seguro Social: _____
	Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____
Teléfono de Casa : (____) _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____	

D E N T A L	Razón Principal De Su Visita: _____																	
	Cuándo Fue Su Ultima Visita Dental? _____ Ultimo Rayos X dental? _____ Ultima Limpieza Dental? _____																	
	TIENE O TENIA ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES? – (POR FAVOR MARQUE A TODOS LOS QUE APLIQUE)																	
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sensibilidad En Los Dientes Frio, Caliente, Dulce o Presión</td> <td><input type="checkbox"/> Rechina Los Dientes</td> <td><input type="checkbox"/> Diente Quebrado o Astillado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Encías que sangran? Desde Cuando? _____</td> <td><input type="checkbox"/> Dolor De Oídos, Hombros o Cuello</td> <td><input type="checkbox"/> Morderse Las Uñas, o Cachete</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Comida Atrapada entre Los Dientes</td> <td><input type="checkbox"/> Sonido no usual en el oído mientras mastica</td> <td><input type="checkbox"/> Frecuencia De Lavarse Los dientes _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mal Aliento</td> <td><input type="checkbox"/> Tratamiento De Ortodoncia</td> <td><input type="checkbox"/> Hilo Dental</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Respirador Bucal</td> <td><input type="checkbox"/> Tratamiento De Las Encías</td> <td><input type="checkbox"/> Aparato De Agua Con Presion</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fuma Cigarrillos, o Puros</td> <td><input type="checkbox"/> Dentadura Parcial o Completa</td> <td><input type="checkbox"/> Blanqueamiento Profesional de Dientes</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sensibilidad En Los Dientes Frio, Caliente, Dulce o Presión	<input type="checkbox"/> Rechina Los Dientes	<input type="checkbox"/> Diente Quebrado o Astillado	<input type="checkbox"/> Encías que sangran? Desde Cuando? _____	<input type="checkbox"/> Dolor De Oídos, Hombros o Cuello	<input type="checkbox"/> Morderse Las Uñas, o Cachete	<input type="checkbox"/> Comida Atrapada entre Los Dientes	<input type="checkbox"/> Sonido no usual en el oído mientras mastica	<input type="checkbox"/> Frecuencia De Lavarse Los dientes _____	<input type="checkbox"/> Mal Aliento	<input type="checkbox"/> Tratamiento De Ortodoncia	<input type="checkbox"/> Hilo Dental	<input type="checkbox"/> Respirador Bucal	<input type="checkbox"/> Tratamiento De Las Encías	<input type="checkbox"/> Aparato De Agua Con Presion	<input type="checkbox"/> Fuma Cigarrillos, o Puros	<input type="checkbox"/> Dentadura Parcial o Completa
<input type="checkbox"/> Sensibilidad En Los Dientes Frio, Caliente, Dulce o Presión	<input type="checkbox"/> Rechina Los Dientes	<input type="checkbox"/> Diente Quebrado o Astillado																
<input type="checkbox"/> Encías que sangran? Desde Cuando? _____	<input type="checkbox"/> Dolor De Oídos, Hombros o Cuello	<input type="checkbox"/> Morderse Las Uñas, o Cachete																
<input type="checkbox"/> Comida Atrapada entre Los Dientes	<input type="checkbox"/> Sonido no usual en el oído mientras mastica	<input type="checkbox"/> Frecuencia De Lavarse Los dientes _____																
<input type="checkbox"/> Mal Aliento	<input type="checkbox"/> Tratamiento De Ortodoncia	<input type="checkbox"/> Hilo Dental																
<input type="checkbox"/> Respirador Bucal	<input type="checkbox"/> Tratamiento De Las Encías	<input type="checkbox"/> Aparato De Agua Con Presion																
<input type="checkbox"/> Fuma Cigarrillos, o Puros	<input type="checkbox"/> Dentadura Parcial o Completa	<input type="checkbox"/> Blanqueamiento Profesional de Dientes																
Esta satisfecho(a) con la apariencia de sus dientes? _____																		
Por favor agregue cualquier cosa que usted sienta que es importante: _____																		

I N S U R A N C E	Tiene Usted Seguro Dental? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre De La Compañía De Seguro: _____ Plan: _____
	Nombre Del Asegurado: _____ Parentesco Con El Paciente: _____ No de Seguro Social _____
	Tiene Usted Otro Seguro Dental? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Marca Si Cual Seguro: _____ Plan: _____
	Yo Autorizo Cualquier Información Medica/Dental o Personal que sea necesaria para procesar una reclamación dental a mi seguro, y autorizo pagos y beneficios dentales a Zaragoza Dental Care PLLC. / Sunny Smiles para servicios profesionales. Firma: _____

Autorizo a los empleados de la oficina dental ejecutar cualquier servicio que llegue a necesitar durante el diagnóstico y tratamiento con mi informe de consentimiento. He entendido que soy responsable de todos los cargos por el servicio recibido, incluyendo cualquier balance después de pagos y beneficios dentales del seguro. Se tendrá que pagar por servicios recibidos al momento, al menos que un arreglo se haya hecho con anticipación. Si cuentas no son pagadas en un periodo de 90 días yo seré responsable por cargos legales, cargos de compañías de colección, cargos por intereses y otros gastos. Yo reconozco que he recibido una copia de "Notice of Privacy Practices".

Firma: _____

Gracias Por Escoger Nuestra Oficina!

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta usted en una dieta especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usa tabaco? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usted usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA / HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento con radiación |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad de Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pérdida de peso reciente |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diálisis renal |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fácilmente pierde el aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ronchas o erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos / vértigo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del seno nasal |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Espina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Leucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad estomacal/intestinal |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas respiratorio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ataque fulminante |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hinchazón de las extremidades |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Moretonescon facilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ataque/Falla del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes labial/Fiebre Ampollas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tumores o crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marcapasos en el Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad venérea |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La ictericia amarilla |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____

Consentimiento Informado

Odontología General

Nombre Del Paciente: _____ Chart #: _____

Paciente, favor de llenar esta forma de línea 1 a línea 14.

1. EXAMEN Y RADIOGRAFIAS

Entiendo que la primer visita puede requerir de radiografias para poder recibir un examen detallado. Entiendo que debo hacer el trabajo como se detalla en el plan de tratamiento adjunto.

Iniciales _____ Fecha _____

2. MEDICAMENTOS Y SEDACION

He sido informado y entendido que el uso de antibiomaticos, analgesicos y otros medicamentos pueden causar una reaccion alergica. Ejemplos pueden ser irritacion en la piel, inchazon en los tejidos, dolor, comezon, vomito o incluso un shock anafilactico (reaccion alergica severa). Ya le he informado al dentista de cualquier alergia en mi historial medico. El medicamento puede causar somnolencia, falta de conciencia y coordinacion, cual puede ser aumentado con el uso de alcohol y otros medicamentos. Entiendo y acepto completamente no operar ningun vehiculo o dispositivo peligroso durante al menos 12 horas o hasta que este completamente recuperado de los efectos del anestésico y/o medicamentos que me pueden haber dado en la oficina para mi cuidado. Entiendo que los antibiomaticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales (pildoras anticonceptivas). Entiendo que todos los medicamentos tienen el potencial de acompañar riesgos, efectos secundarios e interacciones medicamentosas. Por lo tanto, es fundamental que le cuente a mi dentista todos los medicamentos que estoy tomando actualmente.

Iniciales _____ Fecha _____

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones que se encontraron al trabajar en los dientes que no se descubrieron durante el examen, siendo la terapia del conducto radicular más común después de los procedimientos de restauración de rutina. Doy mi permiso al dentista para hacer todos los cambios y adiciones que sean necesarios.

Iniciales _____ Fecha _____

4. DISFUNCION CONJUNTA TEMPOROMANDIBULAR (TMD)

Entiendo que el estallido, el clic, el bloqueo y el dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la articulacion de la mandibula inferior (cerca de la oreja) después del tratamiento dental de rutina en el que se mantiene la boca en posición abierta. Aunque los síntomas de TMD asociados con el tratamiento dental son generalmente de naturaleza transitoria y son bien tolerados por la mayoría de los pacientes, entiendo que si surge la necesidad de tratamiento, me referirán a un especialista para recibir tratamiento, cuyo costo es responsabilidad mia.

Iniciales _____ Fecha _____

5. PROFILAXIS DENTAL (LIMPIEZA)

Entiendo que el tratamiento es de naturaleza preventiva, destinado a pacientes con encias sanas y se limita a la eliminacion de placa y cálculo de las estructuras dentales en ausencia de enfermedad periodontal (infección en las encias).

Iniciales _____ Fecha _____

6. RELLENOS

Entiendo que puede ser necesaria una restauracion más extensa que la originalmente diagnosticada debido a la descomposicion adicional o la estructura dental no compatible encontrada durante la preparacion. Esto puede conducir a otras medidas necesarias para restablecer el funcionamiento normal del diente. Esto puede incluir una endodoncia, corona o ambos. Entiendo que se debe tener cuidado al masticar los empastes durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Entiendo que la sensibilidad es un efecto posterior común de un relleno recién colocado.

Iniciales _____ Fecha _____

7. EXTRACCION DE DIENTES Y PRESERVACION DE CRESTA

Se me han explicado las alternativas a la extracción de dientes (endodoncia, cirugía coronaria y periodontal, etc.) y autorizo al dentista a retirar los siguientes dientes

_____ Entiendo que quitar los dientes no siempre elimina toda la infección, si está presente, y puede ser necesario recibir más tratamiento. Entiendo los riesgos que conlleva quitarme los dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, diseminación de infección, alveolitis, pérdida de coágulo sanguíneo, pérdida de sensibilidad en los dientes, labios, lengua y tejido circundante (Paresthesia) que pueden durar indefinidamente período de tiempo o fractura de la mandíbula. Entiendo que el sangrado puede durar varias horas. Si persiste, especialmente si es de naturaleza severa, debe recibir atención y debe ponerse en contacto con esta oficina. Entiendo que es posible que necesite un tratamiento adicional por parte de un especialista o incluso una hospitalización si surgen complicaciones durante el tratamiento o después de él, cuyo costo es responsabilidad mía. Entiendo que la preservación de cresta limita la pérdida de hueso después de la extracción, pero no lo previene. Entiendo el uso de materiales de injerto óseo (incluidos huesos humanos, huesos de animales y huesos sintéticos) con o sin membranas de diferentes naturalezas (animales y sintéticas). Entiendo el riesgo de infección después de la preservación de la cresta y la exposición a la membrana, que podría requerir la extracción y el reemplazo de la subvención. Entiendo que con la preservación de cresta, la curación del sitio de extracción será más lenta, lo que podría extender el tiempo total de tratamiento. Entiendo que incluso con el procedimiento de preservación de cresta, es posible que necesite un injerto óseo adicional antes de la colocación del implante.

Iniciales _____ Fecha _____

8. CORONAS, PUENTES Y FIJACIÓN

A. Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales, además entiendo que puedo estar usando una corona temporal, que puede desprenderse fácilmente y que debo tener cuidado de asegurar que se mantengan en lugar hasta que se entreguen las coronas finales. Me doy cuenta de que la última oportunidad para realizar cambios en mi nueva corona o puente (incluida la forma, el tamaño y el color) será antes de la cementación. Se me ha explicado que, en muy pocos casos, los procedimientos cosméticos pueden dar como resultado la necesidad de un futuro tratamiento del conducto radicular, que no siempre puede predecirse o anticiparse. También es mi responsabilidad regresar para la cementación final dentro de los 20 días posteriores a la preparación del diente. Las demoras excesivas pueden permitir la descomposición, el movimiento de los dientes, la infección de las encías y/o problemas de mordida. Esto puede requerir una nueva versión de la corona o puente. Entiendo que habrá cargos adicionales por nuevas versiones u otro tratamiento debido a que retrasé la cementación final.

Iniciales _____ Fecha _____

B. Elegí el uso de alta nobleza o cerámica en lugar de metal base en mis restauraciones de coronas y puentes.

Iniciales _____ Fecha _____

C. Estoy eligiendo hacer un puente fijo o implantar el reemplazo de los dientes faltantes en lugar de un dispositivo extraíble. Entiendo que este puente fijo o implante y corona pueden no ser un beneficio cubierto bajo mi póliza de seguro.

Iniciales _____ Fecha _____

9. DENTADURAS - COMPLETAS O PARCIALES

Me doy cuenta de que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal y/o porcelana. Los problemas de usar estos aparatos me han sido explicados, incluyendo la flojedad, el dolor y la posible rotura. Me doy cuenta de que la última oportunidad para realizar cambios en mis nuevas dentaduras (incluida la forma, el ajuste, el tamaño, la colocación y el color) será la visita de prueba. Las dentaduras inmediatas (dentaduras postizas inmediatamente después de las extracciones) pueden ser incómodas al principio. Las dentaduras inmediatas pueden requerir varios ajustes y revestimientos. Una rebase permanente o un segundo conjunto de dentaduras será necesario más tarde. Esto no está incluido en la tarifa inicial de la dentadura. Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren un rebase de aproximadamente tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en la tarifa inicial de la dentadura postiza. Entiendo que es mi responsabilidad y no cumplir con las citas de entrega puede dar como resultado dentaduras mal ajustadas. Si se requiere una nueva versión debido a mi retraso de más de 30 días, habrá cargos adicionales.

Iniciales _____ Fecha _____

10. TRATAMIENTO ENDODONTICO (TRATAMIENTO DEL CANAL DE RAIZ)

Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento de conducto salvará mi diente, que pueden ocurrir complicaciones del tratamiento y que ocasionalmente, el material del conducto puede extenderse a través de la punta de la raíz, lo que no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. El diente puede ser sensible durante el tratamiento e incluso permanecer sensible durante un tiempo después del tratamiento. Difícil de detectar la fractura de la raíz en uno de los principales motivos por los que fallan los conductos radiculares. Dado que los dientes con conductos radiculares son más frágiles que otros dientes, se necesita una corona para fortalecer y preservar el diente. Entiendo que el diente puede perderse a pesar de todos los esfuerzos para salvarlo.

Iniciales _____ Fecha _____

11. TRATAMIENTO PERIODONTAL

Entiendo que tengo una afección grave que causa inflamación de las encías y / o pérdida ósea y que puede provocar la pérdida de mis dientes y / o condiciones sistémicas negativas (como diabetes no controlada, enfermedades cardíacas y parto prematuro, etc.). Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, que incluyen terapia no quirúrgica, tratamiento con antibióticos / antimicrobianos, cirugía de encías y / o extracciones. Entiendo que el éxito de cualquier tratamiento depende en parte de mis esfuerzos para cepillarme y usar el hilo dental todos los días, recibir limpiezas terapéuticas regulares según las indicaciones, seguir una dieta saludable, evitar los productos de tabaco y seguir otras recomendaciones. Entiendo que el sangrado puede durar varias horas después del tratamiento. Si persiste, especialmente si es de naturaleza severa, debe recibir atención.

Iniciales _____ Fecha _____

12. IMPLANTES

Entiendo que ninguna odontología es permanente y que la colocación ideal del implante puede no ser posible en función de las limitaciones anatómicas. Se me ha informado que siempre existe la posibilidad de que los tejidos del cuerpo no acepten fisiológicamente estos dispositivos artificiales y se produzcan infecciones posoperatorias, lo que puede requerir la extracción del (los) implante (s) afectado (s). Me doy cuenta de que existe una leve posibilidad de daño a los nervios de la cara y los tejidos de la cavidad oral y este entumecimiento puede ser temporal o rara vez permanente. Entiendo que es absolutamente necesario con la terapia de implantes realizar exámenes periódicos y limpiezas. Acepto asumir la responsabilidad de concertar citas e informar según lo indicado por el dentista tratante.

Iniciales _____ Fecha _____

13. BLANQUEAMIENTO

El blanqueamiento es un procedimiento que se realiza en el consultorio (aproximadamente 1 hora) o con bandejas para llevar a casa (varios tratamientos durante 2 a 4 semanas). El grado de blanqueamiento varía con cada individuo. El café, el té y el tabaco mancharán los dientes después del tratamiento y deben evitarse durante al menos 24 horas después del tratamiento. Entiendo que puedo experimentar sensibilidad de los dientes y / o inflamación de las encías, que pueden desaparecer cuando se interrumpe el tratamiento. El peróxido de carbamida y otras soluciones de peróxido utilizadas en el blanqueamiento dental están aprobadas por la FDA como antisépticos bucales. Se aconseja a las mujeres embarazadas consultar con su médico antes de comenzar el tratamiento.

Iniciales _____ Fecha _____

14. ÓXIDO NITROSO

Elijo tener óxido nitroso junto con mi tratamiento dental. He sido informado y entiendo los posibles efectos secundarios que pueden ocurrir. Estos incluyen, pero no están limitados a, náuseas, mareos y dolor de cabeza. Entiendo que el uso de óxido nitroso no está indicado si estoy embarazada.

Iniciales _____ Fecha _____

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que los profesionales con buena reputación no pueden garantizar los resultados. Reconozco que ninguna garantía ha sido hecha por ninguna persona con respecto al tratamiento dental que solicité y autoricé. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y que es responsable individualmente de la atención dental que se me brinda. También entiendo que ningún otro dentista o entidad corporativa, que no sea el dentista tratante, es responsable de mi tratamiento. Confirmando que recibí y entendí las instrucciones postoperatorias y me dieron una fecha para la cita para regresar.

Firma de Paciente o Padres _____ Fecha _____

Firma del Dentista _____ Fecha _____

Firma de Asistente/Testigo _____ Fecha _____

ADULT HIPAA & INFORMED CONSENT

HIPAA

I understand that, under the Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA), I have certain rights to privacy regarding my protected health information. I understand that this information can and will be used to:

- Conduct, plan and direct my treatment and follow-up among the multiple healthcare providers who may be involved in that treatment directly and indirectly;
- Obtain payment from third-party payers; and/or
- Conduct normal healthcare operations such as quality assessments and physician certifications.

I have been informed by you of your *Notice of Privacy Practices* containing a more complete description of the uses and disclosures of my health information. I have been given the right to review such *Notice of Privacy Practices* prior to signing this consent. I understand that this organization has the right to change its *Notice of Privacy Practices* from time to time, and that I may contact this organization at any time at the address above to obtain a current copy of the *Notice of Privacy Practices*.

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used and/or disclosed to carry out treatment, payment or healthcare operations. I also understand that you are not required to agree to my requested restrictions, but if you do agree then you are bound to abide by such restrictions. I understand that I may revoke this consent in writing at any time, except to the extent that you have taken action relying on this consent.

INFORMED CONSENT

1. WORK TO BE DONE

I understand that both the dentists and dental assistants may treat me for the following dental procedures that may be necessary to provide dental treatment. I not only understand that I will be given explanation of performed treatments, but understand that the normal procedures for a first time patient may include a comprehensive or limited exam, radiographs (x-rays), fillings and fluoride application as necessary. However, this is subject to change depending on numerous factors including amount of future work needed and time.

In general terms the procedures you may need include: X-Ray, Cleaning, Deep Cleaning, Fillings, Crowns, Bridges, Extractions, Bone Graft, Impacted teeth removed, Root Canals, Full Denture, Partial Denture, Crown Lengthening, and/ or Implant.

2. DRUG AND MEDICATIONS

I understand that antibiotics, analgesics and other medications can cause allergic reactions causing redness and swelling of tissues, pain, vomiting, and/or anaphylactic shock (severe allergic reaction).

3. CHANGES IN TREATMENT PLAN

I understand that during treatment it may be necessary to change procedures because of conditions found while working on the teeth that were not discovered during examination. I give my permission to the Dentist to make those changes as necessary.

4. REMOVAL OF TEETH

Alternatives to removal have been explained to me (root canal therapy, crowns and periodontal surgery, etc.) and I authorize the Dentist to remove the teeth discussed in my treatment plan.

And any other necessary treatment under paragraph #3. I understand removing teeth does not always remove all the infection, if present, and it may be necessary to have further treatment. I understand the risk involved in having teeth removed, some of which are pain, swelling, spread of infection, dry socket, loss of feeling in my teeth, lips, tongue and surrounding tissue (Parasthesia) that can last for an indefinite period of time (days or months) or fractured jaw. I understand I may need further treatment by a specialist or even hospitalization if complications arise during or following treatment.

5. ANESTHESIA

I realize the risk involved in receiving local anesthetic, some of which are: partial facial paralysis, inflamed tissue, adverse reaction to drugs causing cardiac arrest, miscarriage, hemorrhage, never damage/numbness.

6. CROWNS, BRIDGES AND CAPS

I understand that sometimes it is not possible to match the color of natural teeth exactly with artificial teeth. I further understand that I may be wearing temporary crowns, which may come off easily and that I must be careful to ensure that they are kept on until the permanent crowns are delivered, and that if I don't have the permanent crowns placed permanent serious damage or loss of the tooth/teeth involved ensue, and that if I delay placement I may cause the teeth involved to move so that the permanent crown no longer will fit properly.

7. DENTURES-COMplete OR PARTIAL

I realize that full & partial dentures are artificial, constructed of plastic, metal and/or porcelain. The problems of wearing these appliances have been explained to me including looseness, soreness, and possible breakage, and relining due to tissue and bone change.

8. ENDODONTIC TREATMENT (ROOT CANAL)

I realize there is no guarantee that the root canal treatment will save my tooth, and that complications can occur from the treatment, and that occasionally metal objects are cemented in the tooth or extend through the root which does not necessarily effect the success of the treatment, and that this treatment often requires multiple visits and that I can cause serious damage or loss of the tooth/teeth involved if I do not complete the prescribed treatment.

9. PERIODONTAL LOSS (TISSUE AND BONE)

I understand that I may have a serious condition, causing gum and bone inflammation or loss and that it can lead to the loss of my teeth. The alternative treatment plans have been explained to me, including gum surgery, replacement and/or extractions.

I hereby request and authorize the Dentists, and their staff, to perform dental work upon me for the purpose of attempting to improve my appearance, functions and the health of my mouth, teeth, bone and tissue, as explained above.

The effect and nature of the proceeding to be performed, and the risk involved, as well as possible alternative methods of treatment have been fully explained to me. I also authorize the operating Dentist and Assistant to perform any other procedure which they may deem necessary or desirable in attempting to improve the condition stated on the diagnostic treatment form, or treat unhealthy or unforeseen conditions that may be encountered during the operation.

I know that the practice of dentistry and surgery is not an exact science and that therefore, reputable practitioners can not properly guarantee results. I acknowledge that no guarantee or assurance has been made by anyone regarding the treatment which I have

herein requested and authorized.

Alternatives and possible bad reactions have been explained to me in detail. Complications, such as infection, hemorrhage, and/or bleeding, scarring, contraction, possible deformity, prolonged healing time over the estimate, reaction to any drugs before, during and after surgery, numbness and itching of the tongue, lip, teeth, tissue (Parasthesia), fractured jaw, etc., have been clearly explained to me.

I CERTIFY THAT I HAVE READ AND FULLY UNDERSTAND THE ABOVE CONSENT TO DENTAL TREATMENT AND THE EXPLANATIONS THEREIN REFERRED TO WERE MADE. ANYTING I DID NOT UNDERSTAND HAS BEEN EXPLAINED TO ME.

Signature:
Patient or Legal Representative

Date:

Patient Name:



100 S. Americas Ave

El Paso, TX. 79907

915-858-5862

Fecha: _____

Para su conveniencia, nuestro departamento de contabilidad estara mandando un reclamo a su
aseguranza dental por los servicios dentales que recibio. Si por alguna razon la aseguranza
decide no haserse cargo de estos costos, usted quedara como responsable de la cuenta.

Firma

Firma De Padres/Guardian (Paciente Es Menor De Edad)