

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 _____

Direccion _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

#Tel.() _____ # Celular .() _____ ¿Alguna vez ha sido paciente de nuestra práctica? Sí NoReferidoPor _____
NOMBRE APELLIDODentista _____
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.# _____ NacimientoFecha _____ Edad _____ Teléfono.() _____
NOMBRE APELLIDO

Call _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ CodigoL _____

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

Direccion _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

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

INFORMACIÓN DEL SEGURO...

Alumno: Tiempo completo Tiempo parcial NoMaritalEstado: . Casado Divorciado Viuda Soltero Legalmente separadosEmpleado: Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado No

COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO...

SeguroTipo: Dental Médico

Empleador _____

DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Tel.() _____ Plan _____

Nombre de la compañía de seguros _____ IDENTIFICACIÓN . # _____

DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Tel.() _____

Grupo# _____ Grupo Nombre _____

Asegurado _____ Relación _____
NOMBRE APELLIDOSexo: M F Fecha de nacimiento _____ S.S. # _____

DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

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:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empastes perdidos o rotos | <input type="checkbox"/> Ampollas/llagas en o alrededor de la boca |
| <input type="checkbox"/> Diente roto/astillado | <input type="checkbox"/> Ardor en lengua/labios |
| <input type="checkbox"/> Dolor de muelas | <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos |

 Mis dientes son sensibles a: Caliente Frío Dulces Morder Otro _____

último examen dental _____ Últimas radiografías dentales. _____

¿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?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <p>SN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Endocarditis infecciosa <input type="checkbox"/> Dolor torácico/angina <input type="checkbox"/> Ataque(s) al corazón <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos irregulares <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas dañadas <input type="checkbox"/> Neumonía / Bronquitis / Tos crónica <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma | <p>Y n o r t e</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental <input type="checkbox"/> Problemas con el sistema inmunológico <i>(posiblemente de medicina/cirugía)</i> <input type="checkbox"/> Fiebre del heno/Problemas sinusales <input type="checkbox"/> Ronquidos <input type="checkbox"/> Apnea del sueño/CPAP <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> ¿Fuma o vapea? <i>Si es así ¿cuánto al día? _____</i> <input type="checkbox"/> ¿Utiliza tabaco de mascar? <input type="checkbox"/> Antecedentes de consumo de marihuana u otras drogas <input type="checkbox"/> Antecedentes de abuso de alcohol | <p>Y n o r t e</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sangrado anormal <input type="checkbox"/> Tendencia al sangrado <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo <input type="checkbox"/> Enfermedad ocular/Glaucoma <input type="checkbox"/> Ictericia / Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Problemas con la vesícula biliar <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Convulsiones / Epilepsia <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> ¿Está usted en diálisis? <input type="checkbox"/> Problemas renales | <p>Y n o r t e</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> COVID-19 <i>Si es así cuando _____</i> <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas <input type="checkbox"/> Mononucleosis infecciosa <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados <input type="checkbox"/> Artritis/Enfermedad de las articulaciones <input type="checkbox"/> Implante protésico <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia <input type="checkbox"/> Úlceras de estómago/reflujo ácido <input type="checkbox"/> Tumor o crecimiento <input type="checkbox"/> Cáncer / Radiación / Quimioterapia |
|--|---|---|--|

MEDICAMENTO Y ALERGIAS...

¿Estás tomando ahora:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <p>SN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pastillas para los nervios <input type="checkbox"/> Pastillas para adelgazar | <p>Y n o r t e</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Analgésicos (incluida la aspirina) <input type="checkbox"/> Tranquilizantes | <p>Y n o r t e</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Relajantes musculares <input type="checkbox"/> Insulina | <p>Y n o r t e</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estimulantes <input type="checkbox"/> 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:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <p>SN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Pentotal sódico / Valium / otro tranquilizante <input type="checkbox"/> Soja | <p>Y n o r t e</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sulfadicas <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Huevos / Yema | <p>Y n o r t e</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anestésico local (anestésico) <input type="checkbox"/> Codeína u otros narcóticos <input type="checkbox"/> Sulfitos | <p>Y n o r t e</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Amoxicilina <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> ¿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 2) Fecha de Entrega Estimada: _____
- 3) ¿Estás amamantando? Sí No 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 _____ **X** _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre o tutor si es menor) **Revisado por** **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 _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre o tutor si es menor) **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 _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre o tutor si es menor) **Fecha**