

Como escucho de la oficina: _____

New Age Dental

Informacion del Paciente y Historia Medica

Nombre: _____ Apellido: _____ Sexo: M / F
 Direccion: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____
 # De Telefono (Casa) _____ Celular _____
 Fecha De Nacimiento: _____ # De Seguro Social: _____
 # De Licencia: _____ # De Trabajo: _____
 Correo Electronico: _____ Empleador: _____
 Metodo De Preferencia De Comunicacion: Casa Celular Trabajo Correo Electronico
 Nombre De Esposa/o: _____ # De Telefono/ Celular: _____
 Relacion del Paciente: _____ Empleador: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Informacion de Aseguranza

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Nombre de la Aseguranza: _____ #De Grupo / Polisa: _____
 Nombre Del Empleador: _____ # De Telefono: _____
 Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Aceptacion Y Autorizacion

Yo autorizo el tratamiento dental que sea necesario y requerido, incluyendo pero no restringido a cualquier medicamento, practica dental, trabajo de laboratorio, radiografias u otros estudios que pueden ser usados por el Dentista o Personal calificado. Acepto tambien que he recibido una copia de "Dental Material Fact Sheet" o en cualquier momento puedo obtener una copia como lo requiere la ley. Yo tomo total responsabilidad de cualquier pago necesario para mi tratamiento dental y cualquier balance que quede si mi aseguranza no paga por el tratamiento por completo. Entiendo que tengo que pagar antes de que se comience el tratamiento, al menos que algun contrato sea aprobado por el departamento financiero.

Firma del paciente o persona responsable: _____

Informacion De Historial De Salud y Dental

Nombre de su Doctor _____ Numer de telefono _____
 Cuando fue su ultima cita con su doctor _____ Por que razon? _____
 Ha sido hospitalizado en los ultimos 5 anos? Si No Por que razon? _____
 Nombre de su ultimo dentista _____ Fecha de su ultima consulta _____
 Razon por la visita de hoy? Examen Completo () Dolor () Diente Partido () Otra Razon ()

Informacion De Su Salud

1.Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.Tratamiento Siquiatrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23.Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Presion Alta	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13.Artritis, Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.Medicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.Bisphosphonates	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B.Comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B.Fosamax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.Enfermedades Venereas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C.Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C.Boniva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Soplo en el Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D.Actonel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17.Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25.Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.TMJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.Tratamiento de Radiacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26.Usó Phen Phen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8.Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.Problemas del Hgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.Articulacion artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9.Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10.Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.SIDA o HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.Esta Embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11.Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Ha sufrido de sangramiento en el pasado? SI NO Cuando? _____
 Esta tomando alguna medicina ahora? SI NO Cual? _____
 Ha experimentado alguna reaccion adversa despues de un tratamiento dental? SI NO Cual? _____
 Tiene alguna enfermedad que no haya sido mencionado en esta forma? SI NO Cual? _____

Firma Del Paciente _____ Fecha _____ Firma del Dentista _____
 Firma Del Paciente _____ Fecha _____ Firma del Dentista _____
 Firma Del Paciente _____ Fecha _____ Firma del Dentista _____
 Firma Del Paciente _____ Fecha _____ Firma del Dentista _____

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

NOMBRE DE PACIENTE/# DE PACIENTE: _____

TRABAJO A HACERSE: Entiendo que me haran: Examen/Radiographias ____, Empastes ____, Coronas ____, Implantes ____, Puentes ____, Placas Dentales ____, Tratamientos Endodonico ____, Extracciones ____, Cirujia Coronal ____, Blancamiento ____, Limpieza de tejido ____, (Iniciales _____)

FARMACOS Y MEDICAMENTOS: Entiendo que los antibioticos, analgesticos, sedantes pueden causar reacciones alergicas causando el enrojecimiento, inflamacion, dolor, comezon, vomito, choque anafilactico, mareos, entumido, y/o reacciones alergicas severas. (Iniciales _____)

CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO: Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o anadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentran mientras tratamiento que no fueron diagnosticados durante examen Ej. Tratamiento Endodonico despues de empaste/corona (sensibilidad continua), o extraccion (carie). Doy permiso que el dentista haga cualquier/todos los cambios necesarios. (Iniciales _____)

ORTHODONCIA: Entiendo que no hay garantias a que el resultado despues del tratamiento sea perfecto. Puede ser que no sea posible enderezar completamente todos los dientes, cerrar todos los espacios, o alcanzar perfecto la mordida o expansion de la quijada. Restoraciones pueden ser necesarias par resultados desados. Entiendo que habitos casares, citas falladas, pueden ser causa de termino de tratamiento sin recompensa al paciente y sin responsabilidad al dentista. (Iniciales _____)

EXAMEN Y RADIOGRAPHIAS: Entiendo que es mi deber informar al ayudante antes del procedimiento de radiographias de embarazo, aparato cardiaco, prosthesis artificiales, etc. Que puede ser que las radiographias y tratamiento dental puede ser danino a mi salud. (Iniciales _____)

EMPASTES: Fui informado por el dentista aunque el empaste de mercurio es aprobado por el ADA, puede ser que es danino a la salud. Ventajas y desventajas del material alternative fue explicado. Yo entiendo que los empastes pueden caerse por las causas de caries y suciedad de la boca y ocasionalmente sensibilidad de los dientes y necesidad de tratamiento endodonico. (Iniciales _____)

CORONAS, PUENTES, CARRILLA DE PORCLANA O DENTADURAS: Entiendo que no es posible coincidir el color, forma, translucidez de dientes naturales a dientes artificiales. Puede ser que voy a tener diente temporal que puede caerse y tengo que cuidarlo hasta que me entregen el permanente. Entiendo que plastico o porcelana puede fracturarse al comer, en caso yo soy responsable del costo para remplasar. Me doy cuenta que la ultima oportunidad de hacer cambios en mi corona, carilla de porcelana (forma, medida, tamaño o color) es antes de cementacion o dientes en cerra para dentaduras, cambios despues soy responsable por todos los gastos. Coronas permanentes pueden caerse si no regreso a mi cita para entrego de mi corona, carilla de porcelana, o dentadura y puede ser que no cepa bien, y voy hacer responsable por el costo de laboratorio icurrudios para rehacer la corona. Entiendo que siguiendo procedimientos coronals, dientes pueden hacerse sensible o necesitar tratamiento endodonico. Problemas con dentaduras (flojos, dolor, o quebraduras...) han sido explicados. Dentaduras requieren forro laboratorico despues de 6 meses de recibirlos, el costo no fue incluido en precio principal. (Iniciales _____)

IMPLANTES DENTALES: Implantes es una alternativa a puentes o dentaduras. Puede ser necesario que sane la area de extraccion antes de tratamiento de implante. Ciertas condiciones como fumar, diabetes, osteoporosis, problemas de tejido, cancer, etc. puede prevenir sanamiento completo. En ese caso es fuera del control del dentista general y convengo no dejar responsable si el implante falla. Puede ser necesario otros procedimientos (elevacion del seno o enjerto del hueso) para que el implante funcione. Ocasionalmente el implante puede no quedar en el lugar correspondido con los otros dientes y puede cuasar inflamacion, dolor, paraesthesia, y infeccion. (Iniciales _____)

TRATAMIENTO ENDODONICO: Entiendo que no hay garantia que el tratamiento de nervio salve mi diente y puede haber complicaciones (dolor o infeccion). Ocasionalmente relleno puede extender pasar la raiz o puede ser no poder llenar asta la punta del diente, que no afecta el exito del tratamiento. Otro procedimiento (apicoectomy) puede ser necesario si el instrumento cuebra, sello inactivo, infeccion. Diente tratado pude cambiar de color y necesitar corona inmediatamente. Tratamiento endodonico puede resolver todos sintomas. (Iniciales _____)

EXTRACCION DE DIENTES: Tratamiento alternativo es (tratamiento endodonico, corona, cirujia) a sido explicado. Entiendo que retiro del diente no siempre quita la infeccion y puede necesitar mas tratamiento con un especialista o ir al hospital si hay complicaciones. El costo es mi responsabilidad. Los riesgos incluyen dolor, hinchazon, extension de la infeccion, zocalo seco, perdida de sentido en los dientes, labios, lengua, y tejidos al rededor que puede ser temporal o permanente, quihada fracturada, abortutura del seno o danos a los dientes y hueso al lado. Todo fue explicado y autorizo remover los dientes. (Iniciales _____)

PERDIDA PERIODONTAL: Entiendo que presento un problema seriocausano perdida de hueso y tejido que puede resultar con la perdida de mis dientes. La alternative es cirugia, extraccion, etc. fue explicado. Entiendo que este tratamiento puede causar sensibilidad al frio o caliente y los resultados no son garantizados. (Iniciales _____)

ALARGAR CORONAL: Tejido y hueso cubriendo la raiz sera removido para exponer estructura de diente saludable par a una corona. Dientes pueden despues sentir sensibilidad y necesitar tratamiento endodonico. Tejido y hueso puede inflamarse, sangramiento, y dolenza. Y tambien puede resultar mas recesion, inflamacion o espacio expuesto seno/infraorbital y o submandibular. (Iniciales _____)

BLANCAMIENTO DENTAL: Tratamiento puede causar sensibilidad de dientes/tejido, resultados diferentes en cada caso y no garantizado. (Iniciales _____)

Yo autorizo que el dentista realizese tratamiento dental en mi para reconstruir salud, funcion, y apariencia. Todos los riesgos, beneficios, alternativas, efectos, y complicaciones (sangramiento, infeccion, entumecimiento, comezon, sensibilidad, etc.) y consecuencias de tratamiento (o carencia de) ha sido explicado. Odontologia no es uan ciencia exacta y hasta los mejores dentistas no pueden garantizar sus resultados. Nadien me he dado ninguna garantia sobre mi tratamiento que he pedido o autorizado. Yo certifico que entiendo lo siguiente y doy consentimiento al tratamiento dental recomendado.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Política Financiera Dental

Nuestra practica se basa en agradar a nuestros pacientes y en lograr los resultados dentales que quieren acerca de su experiencia dental. Odontología no es una ciencia exacta y, por tanto, los profesionales acreditados correctamente no pueden garantizar resultados.

Como una cortesía a nuestros pacientes le llamaremos a su compañía de seguros para verificar sus beneficios. En definitiva, el paciente es responsable por el pago de todos los servicios proporcionados por nuestra oficina independientemente del pago de su seguro. No seremos responsables por cualquier información errónea que nos proporcione su compañía de seguros y recomendamos que el paciente contacte personalmente a su compañía de seguros si tienen alguna pregunta con respecto a sus beneficios antes de iniciar su tratamiento.

Será un placer facturar a su seguro por las prestaciones de su tratamiento dental por nuestros doctores. Usted será responsable de proveer nos con la información que necesitamos para verificar con precisión su cobertura. A pesar que cuenta con seguro dental por favor recuerde que pagar por su cuidado dental es su responsabilidad y después de 30 días de no obtener el pago de la aseguranza, todo el balance será transferido a su cuenta, y si no recibimos el pago por usted, cobraremos después de los 30 días 1 ½ % por mes.

En ocasiones el seguro enviara el cheque al paciente y cuando esto suceda, usted es responsable de traer inmediatamente el cheque junto con los papeles adjuntos.

Si su aseguranza le solicita información adicional para procesar el pago para esta oficina, usted debe de responder a ellos de manera oportuna. Si usted o su empleador suspende su cobertura durante el tratamiento dental, usted es completamente responsable de darnos la información para poder cobrarle a usted de acuerdo con nuestras pólizas.

Usted debe de pagar su parte del balance sobre la marcha. Esto incluye el deducible, copago y cualquier otra cantidad que su seguro se niegue a pagar.

* Hay un cargo de \$50.00 para todas las citas rotas sin un aviso de 48 horas antes de su cita programada.

* No aceptamos cheques de mas de \$100.00 y si su banco regresa el cheque por que la cuenta este cerrada o por no haber fondos, usted es responsable por la cantidad del cheque mas \$40.00 por la devolución.

Esta cantidad tiene que ser pagada por usted a nuestra oficina en la forma de Money Order o en Efectivo.

* En cuanto el tratamiento es diagnosticado y es comenzado en nuestra oficina, reservamos el derecho de terminar dicho tratamiento.

Usted es responsable por el cobro del tratamiento que hasta ese instante se le haya hecho por nuestros doctores.

Usted es responsable de regresar a las citas a tiempo y cuando el doctor le recomiende.

Generalmente para casos que se requieren servicios del laboratorio, usted tendrá que regresar en aproximadamente 2 semanas para proveerle la Corona, Puente Fijo, Veneer, Implante o Dentaduras completas o Parciales. Si no regresa a tiempo, no podemos garantizar que el aparato dental le vaya a caer de manera adecuada y si hay que volver a mandar al laboratorio, habrá un cobro al paciente por el costo adicional. No daremos ningún crédito!

* Todos los balances tienen que ser pagados antes de que le podamos entragar la prótesis.

* Durante o después del tratamiento, en caso de que usted no mantenga el cuidado adecuado en su casa, usted será responsable si el diente o áreas cerca al diente se infecten por no mantener el cuidado adecuado o si no mantiene sus citas a tiempo y será referido a un especialista por un cobro adicional a usted.

* Si usted decide ir a otra oficina para terminar sus servicios dentales que han sido iniciados por nuestros doctores, usted tendrá que pagar todo el costo y ningún crédito será ofrecido a usted.

* En el evento que haya pagado su tratamiento dental usando Care Crédito o cualquier otra cuenta de crédito, y usted decide de no terminar el tratamiento con esta oficina; habrá un cobro de 14.9% para acreditar el monto a dicha tarjeta.

Al firmar esta forma certifica que entiende esta política financiera y acepto todas las pólizas establecidas por New Age Dental.

Firma del paciente o entidad responsable

Fecha

No ofrecemos ningún crédito en esta oficina, pero si le podemos sugeriré que aplique para Care Crédito.