

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

*New Age Dental*  
7776 Limonite Ave. Riverside, CA 92509

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F Hijo / Soltero / Casado / Divorciado  
ÚLTIMO PRIMERO POR FAVOR CIRCULE UNO

Dirección particular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
CALLE # CIUDAD APT Y CÓDIGO POSTAL

Seguro social: \_\_\_\_\_ Licencia de conducir #: \_\_\_\_\_

POR FAVOR MARQUE EL MEJOR MÉTODO DE CONTACTO:

Casa # ()  Trabajo # ()  Cell # ()  Textos  Correo electrónico

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Información de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: () \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

❖ **Si el paciente es menor de 18 años, complete:**

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: () \_\_\_\_\_

Persona responsable de la cuenta si es diferente a la anterior: \_\_\_\_\_ N.º de social \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: () \_\_\_\_\_

❖ **Seguro Información del seguro:**

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.teléfonoº de: () \_\_\_\_\_

Empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_ N.º de trabajo () \_\_\_\_\_ N.º de grupo / póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ N.º de identificación o SS: \_\_\_\_\_

❖ **Historial médico / dental: (Marque con un círculo la respuesta correspondiente)**

Sí / No ¿Su salud general es buena?  
En caso negativo, explique \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Ha habido algún cambio en su salud durante el último año?  
En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Ha ido al hospital o a la sala de emergencias o ha tenido una enfermedad grave en los últimos 3 años?  
En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Está siendo tratado por un médico ahora?  
En caso afirmativo explicar \_\_\_\_\_  
¿Fecha del último examen médico? \_\_\_\_\_ ¿Razón del examen? \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Ha tenido problemas con un tratamiento dental previo?  
En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_ Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Tienes dolor ahora?  
En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

❖ **¿Ha experimentado alguno de los siguientes? (Marque con un círculo la respuesta apropiada)**

|  |  |   |
|--|--|---|
| Sí / No Dolor de pecho (angina)                | Sí / No Sangre en las heces            | Sí / No Vómitos frecuentes                    |
| Sí / No Desmayos                               | Sí / No Diarrea o estreñimiento        | Sí / No Ictericia                             |
| Sí / No Pérdida de peso significativa reciente | Sí / No frecuente                      | Sí / No Boca seca                             |
| Sí / No Fiebre                                 | Sí / No Micción Dificultad para orinar | Sí / No Sed excesiva                          |
| Sí / No Sudores nocturnos                      | Sí / No Zumbido en los oídos           | Sí / No Dificultad para tragar                |
| Sí / No Tos persistente                        | Sí / No Dolores de cabeza              | Sí / No Tobillos hinchados                    |
| Sí / No Tos con sangre                         | Sí / No Mareos                         | Sí / No Dolor o rigidez en las articulaciones |
| Sí / No Sangrado problemas                     | Sí / No Visión borrosa                 | Sí / No Dificultad para respirar              |
| Sí / No Sangre en la orina                     | Sí / No Se magullan fácilmente         | Sí / No Problemas sinusales                   |

❖ **¿Ha tenido o tiene alguno de los siguientes? (Marque con un círculo la respuesta correspondiente)**

|         |                                     |         |                                     |         |                                    |
|---------|-------------------------------------|---------|-------------------------------------|---------|------------------------------------|
| Sí / No | Enfermedad cardíaca                 | Sí / No | Convulsiones                        | Sí / No | Trastorno de la alimentación       |
| Sí / No | Antecedentes familiares del corazón | Sí / No | Cirugía estética                    | Sí / No | Osteoporosis                       |
| Sí / No | Enfermedad                          | Sí / No | Cirugías                            | Sí / No | Enfermedad de la tiroides          |
| Sí / No | Ataque cardíaco                     | Sí / No | Hospitalización                     | Sí / No | Asma                               |
| Sí / No | Articulación artificial             | Sí / No | Diabetes                            | Sí / No | Hepatitis                          |
| Sí / No | Problemas estomacales o úlceras     | Sí / No | Antecedentes familiares de diabetes | Sí / No | Enfermedades de transmisión sexual |
| Sí / No | Defectos cardíacos                  | Sí / No | Tumores o cáncer                    | Sí / No | Herpes                             |
| Sí / No | Soplos cardíacos                    | Sí / No | Quimioterapia                       | Sí / No | Aftas o herpes labial              |
| Sí / No | Fiebre reumática                    | Sí / No | Radiación                           | Sí / No | Anemia                             |
| Sí / No | Enfermedad de la piel               | Sí / No | Artritis, Reumatismo                | Sí / No | Enfermedad hepática                |
| Sí / No | Endurecimiento de las arterias      | Sí / No | Enfisema u otra enfermedad pulmonar | Sí / No | Enfermedad ocular                  |
| Sí / No | Presión arterial alta               | Sí / No | Enfermedad renal o de la vejiga     | Sí / No | Trasplantes                        |
|         |                                     |         | Accidente cerebrovascular           | Sí / No | Tuberculosis                       |

❖ **Esta información no ser liberado a menos que el paciente lo autorice específicamente:**

Sí / No SIDA / VIH    Sí / No Ansiedad    Sí / No Depresión    Sí / No Tratamiento para afecciones emocionales

❖ **Solo mujeres:**    Sí / No ¿Está embarazada o podría estarlo?

❖ **¿Es alérgico o ha tenido una reacción a alguno de los siguientes? (Marque con un círculo la respuesta apropiada)**

|         |  |         |              |         |               |
|---------|--|---------|--------------|---------|---------------|
| Sí / No | Aspirina                                 | Sí / No | Valium       | Sí / No | Percodan      |
| Sí / No | Darvon                                   | Sí / No | Demerol      | Sí / No | Óxido nitroso |
| Sí / No | Codeína                                  | Sí / No | Penicilina   | Sí / No | Metal         |
| Sí / No | Látex                                    | Sí / No | Eritromicina |         |               |
| Sí / No | Anestésico local (Novocaína o Xilocaína) | Sí / No | Tetraciclina |         |               |
|         |  | Sí / No | Vicodina     |         |               |

Otro: \_\_\_\_\_

❖ **¿Está tomando o ha tomado alguno de los siguientes en los últimos tres meses?**

|         |  |         |                             |         |                                 |
|---------|--|---------|-----------------------------|---------|---------------------------------|
| Sí / No | Drogas recreativas                     | Sí / No | Medicamentos de venta libre | Sí / No | Medicamentos para bajar de peso |
| Sí / No | Carticoesteroides                      | Sí / No | Tabaco en cualquier forma   | Sí / No | Alcohol                         |
| Sí / No | Bifosfonato (Fosamax)(Boniva)(Actonel) |         |                             | Sí / No | Antibióticos                    |
| Sí / No | Suplementos                            |         |                             |         |                                 |
| Sí / No | Aspirinas                              |         |                             |         |                                 |

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Tiene o ha tenido otras enfermedades o problemas médicos que NO figuran en este formulario?  
En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Alguna vez ha sido premedicado para un tratamiento dental?  
En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

La práctica de la odontología implica tratar a la persona en su totalidad. Si el dentista determina que puede haber una situación potencialmente comprometida desde el punto de vista médico, es posible que se necesite una consulta médica antes de comenzar el tratamiento dental.

**Autorizo al dentista a que se comunique con mi médico.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Certifico que he leído y comprendido este formulario a mi leal saber y entender; He respondido todas las preguntas de forma completa y precisa. Informaré a mi dentista de cualquier cambio en mi salud y / o medicación. Además, no responsabilizaré a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, por ningún error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario.**

Firma del paciente (o padre / tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del dentista: \_\_\_\_\_

Firma del paciente (o padre / tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del dentista: \_\_\_\_\_

Firma del paciente (o padre / tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del dentista: \_\_\_\_\_

Firma del paciente (o padre / tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del dentista: \_\_\_\_\_

**New Age Dental**  
7776 Limonite Ave. Riverside, CA 92509

Política financiera dental

Nuestra práctica se basa en la simple verdad de que si satisfacemos y deleitamos a nuestros pacientes y logran los resultados dentales que desean, es más probable que cuenten a otros sobre su experiencia dental. .  
La odontología no es una ciencia exacta y, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar resultados de manera adecuada.

Como cortesía para nuestros pacientes, llamaremos a su compañía de seguros para verificar los beneficios.

En última instancia, el paciente es responsable del pago de todos los servicios proporcionados por la oficina, independientemente del pago de su seguro. No seremos responsables de ninguna información errónea que nos proporcione su seguro, y recomendamos que el paciente se comuniquen personalmente con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios antes de comenzar el tratamiento.

Estaremos encantados de facturarle a su seguro por su atención siempre que nos brinde toda la información que necesitamos para verificar con precisión su cobertura. Aunque tenga cobertura de seguro, recuerde que el pago de su atención dental es su responsabilidad personal.

Esperamos el pago del seguro dentro de los 30 días. Le transferiremos automáticamente y le facturaremos cualquier pago que no haya recibido del seguro después de 45 días. Debe pagarnos el monto total en ese momento, a menos que se hagan otros arreglos con la oficina.

Cualquier monto que usted adeude personalmente y tenga 30 días de retraso recibirá un cargo por servicio del 1 ½% por mes.

Ocasionalmente el Seguro enviará el pago al paciente. Si esto ocurre, usted es responsable de traer el pago junto con la explicación de los beneficios por dichos servicios pagados a nuestra oficina de inmediato.

Si su Seguro le solicita información adicional para procesar los reclamos por los servicios prestados en nuestra oficina, es su responsabilidad responderlos de manera oportuna para que puedan procesar los reclamos por los servicios prestados.

Si suspende, retrocede o cancela la cobertura con la Compañía de seguros mientras se brindan los servicios, usted es responsable de notificar a nuestra oficina lo antes posible, y será responsable de cualquier saldo impago en su cuenta.

Deberá pagar su parte de los cargos sobre la marcha. Esto incluye el deducible anual, el copago y los cargos que su seguro se niega a pagar o que no son un beneficio cubierto por su plan.

Si suspende o finaliza su atención dental en contra del consejo del médico, todos los saldos pendientes por usted o adeudados por su Compañía de Seguros serán inmediatamente exigibles y pagaderos por usted personalmente antes de dejar el consultorio.

**\*Hay un cargo de \$ 50.00 por hora por todas las citas no cumplidas sin un aviso de 72 horas antes de su cita programada.**

\* No aceptamos cheques de más de \$ 100.00 y hay un cargo NSF de \$ 40.00 si su cheque es rechazado por su banco, el monto del cheque más los \$ 40 deben pagarse en efectivo o giro postal.

\* Una vez que se diagnostica e inicia el tratamiento en nuestra oficina, nos reservamos el derecho de finalizar el tratamiento.

Se le cobrará y será responsable del tratamiento independientemente de si regresa para completar el tratamiento o no. Debe regresar dentro de las 2 semanas para la entrega de un aparato protésico.

En caso de dentaduras postizas, coronas, puentes, carillas, aparatos de ortodoncia, protectores y cualquier otro dispositivo protésico no entregado porque no llegó a tiempo para la entrega, usted será responsable de la tarifa de laboratorio por el rehacer. ¡No se darán reembolsos!

\* Todos los saldos deben pagarse en su totalidad antes de que se le pueda entregar cualquier caja.

\* En caso de endodoncias sin terminar, empastes, implantes, cirugías ..., usted será responsable de todos los costos en caso de que se vuelva a infectar y requiera un nuevo tratamiento y / o derivación a un especialista.

\* Si va a otro consultorio dental para recibir un tratamiento que comenzó en nuestro consultorio, o decide por su cuenta cambiar de tratamiento o proveedor, puede hacerlo por su cuenta.

\* En el caso de que haya pagado su tratamiento aceptado con Care-Credit o cualquier otra Tarjeta de Crédito y luego decida no terminar el tratamiento y solicitar un reembolso, usted será responsable de pagar a nuestra oficina el 14.9% del cargo total realizado en la tarjeta de crédito (esta es la tarifa que nos cobra la tarjeta de crédito).

Mi firma a continuación certifica que he leído y comprendido los términos y políticas establecidos por Fullerton Dental Care.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La política de nuestra oficina no nos permite extender crédito en casa. Aceptamos pagos Care Credit, Visa, Master Card, American Express, Discover y Débito.

**New Age Dental**  
7776 Limonite Ave. Riverside, CA 92509  
**CONSENTIMIENTO PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

---

**Sección A: Paciente que da el consentimiento**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**teléfono :** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**de Seguro Social :** \_\_\_\_\_

---

Sección B: Para el paciente- **LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES!**

**Propósito del consentimiento:** al firmar este formulario, usted dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para llevar a cabo actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

**Aviso de prácticas de privacidad:** tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica protegida y otros asuntos importantes sobre su salud protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña a este consentimiento. Le recomendamos que lo lea atenta y completamente antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras Prácticas de Privacidad como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquier parte de su información de salud protegida que mantenemos.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluidas las reservas de nuestro Aviso, en cualquier momento poniéndose en contacto con nosotros.

**Derecho a revocar:** tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos una notificación por escrito de su revocación enviada a la persona de contacto mencionada anteriormente. Comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que hayamos tomado en función de este consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si revoca este consentimiento.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para usar y divulgar mi información médica protegida para llevar a cabo actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si este consentimiento está firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:**

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento y autoridad**

Doy mi consentimiento para el tratamiento según sea necesario o deseable para el cuidado de el paciente mencionado anteriormente, incluidos, entre otros, cualquier fármaco, medicamento, realización de operaciones y realización de estudios de laboratorio, rayos X u otros estudios que pueda utilizar el médico tratante o la persona designada calificada. Recibí una copia de la Hoja informativa sobre materiales dentales según lo exige la ley. También reconozco la responsabilidad total de mi pago y acepto pagar, en su totalidad en el momento del servicio, a menos que se hagan otros arreglos con el departamento financiero.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_

## Formulario de consentimiento para tratamiento dental

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lea y ponga sus iniciales en los puntos marcados a continuación. Luego lea y firme la sección al final del formulario.

### TRABAJO POR REALIZAR:

Entiendo que el siguiente trabajo se realizará hoy:  Rayos X  Examen  Limpieza  Riego  
Fluoruro  Amalgama / Relleno de plata  Rellenos compuestos / blancos  Conducto radicular  Coronas  Puentes  Extracciones   
Tapón  Injerto óseo  Escalado y planificación de raíces (SRP)  Otros: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_

### DROGAS Y MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). Iniciales: \_\_\_\_\_

### CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

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

Iniciales: \_\_\_\_\_

### EXTRACCIÓN DE DIENTES

Se me han explicado alternativas a la extracción (tratamiento de conducto, coronas y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista a extraer los siguientes dientes: \_\_\_\_\_ y cualquier otro necesario por las razones del párrafo 3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre elimina toda la infección, si está presente, y puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo los riesgos que implica la extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, diseminación de la infección, alveolitis seca, pérdida de sensibilidad en los dientes, labios, lengua y tejido circundante (parestesia) que pueden durar un período indefinido de tiempo (días o meses) o mandíbula fracturada. Entiendo que puedo necesitar más tratamiento por parte de un especialista o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, cuyo costo es mi responsabilidad. Iniciales: \_\_\_\_\_

### CORONAS, PUENTES Y CUBIERTAS N.º de diente: \_\_\_\_\_

Entiendo que a veces no es posible igualar el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que es posible que esté usando coronas temporales, que pueden desprenderse fácilmente y que debo tener cuidado de asegurarme de que se mantengan colocadas hasta que se entreguen las coronas permanentes. Me doy cuenta de que la última oportunidad para realizar cambios en mi nueva corona, puente o tapa (incluida la forma, el ajuste, el tamaño o el color) será antes de la cementación. Fecha de entrega: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

### DENTADURAS, COMPLETAS O PARCIALES

Entiendo que las dentaduras postizas totales o parciales son artificiales, fabricadas de plástico, metal y / o porcelana. Se me han explicado los problemas de usar estos aparatos, incluidos la holgura, el dolor y la posible rotura. Entiendo que la última oportunidad para realizar cambios en mi nueva dentadura postiza (incluida la forma, el ajuste, el tamaño, la colocación y el color) será la visita de prueba de "dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren un rebase aproximadamente de 3 a 12 meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en la tarifa inicial de la dentadura. Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO ENDODONTICO (CANAL RAÍZ) N.º de diente: \_\_\_\_\_

Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento del conducto radicular salvará mi diente, y que pueden ocurrir complicaciones por el tratamiento, y que ocasionalmente se cementan objetos metálicos en el diente o extenderse a través de la raíz, lo que no necesariamente afecta el éxito del tratamiento, entiendo que ocasionalmente pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales después del tratamiento de conducto (apicectomía).

Iniciales: \_\_\_\_\_

### PÉRDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que tengo una afección grave que causa infección o pérdida de encías y huesos y que puede provocar la pérdida de mis dientes. Me han explicado planes de tratamiento alternativos, que incluyen cirugía de encías, reemplazos y / o extracciones. Entiendo que realizar cualquier procedimiento dental puede tener un efecto adverso futuro en mi afección periodontal.

Irrigación: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar resultados. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantía o aseguramiento con respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado para mí o para mi hijo menor. He tenido la oportunidad de discutir y hacer preguntas sobre el tratamiento dental, y todas las preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha