

Absolute Dental

Fecha de hoy _____

INFORMACION DEL PACIENTE:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sexo: Masculino Femenino SSN#: _____ - _____ - _____ Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo
Tel de casa # _____ # del Trabajo _____ # de Cell _____
Correo Electrónico: _____ Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico o texto? Sí No Iniciales _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Empleador _____ Ocupación: _____ No. Tel de trabajo #: _____
¿El paciente es estudiante? _____ De tiempo completo De medio tiempo Contacto de Emergencia _____ Tel #: _____
Nombre del Esposo(a) o padres: _____ Empleador: _____ Tel #: _____
¿Ha sido usted o sus familiares pacientes de esta oficina? Sí No Si la respuesta es "sí" provea el nombre: _____
¿A quién podemos agradecer por haberlo referido a nuestra oficina? _____
¿Como se enteró de nuestra oficina? Seguro Internet Correo Páginas Amarillas Televisión Otro _____

CUENTA DE LA PERSONA RESPONSABLE

Persona responsable por la cuenta: _____ Es paciente de esta oficina? Sí No
SSN#: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ No. De Licencia: _____ Estado: _____
Tel De Casa# _____ Cell# _____ Otro: _____ Correo electrónico: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre del asegurado: _____ Fecha nacimiento: _____ Relación al paciente: _____
SSN#: _____ - _____ - _____ # de Membrecía: _____ Fecha efectiva: _____
Cargador del seguro _____ # de Tel _____ Empleador: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Grupo/ No de póliza# _____ Unión/ Nombre de grupo: _____ # de Local: _____

SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Nombre del asegurado: _____ Fecha nacimiento: _____ Relación al paciente: _____
SSN#: _____ - _____ - _____ # de Membrecía: _____ Fecha efectiva: _____
Cargador del seguro _____ # de Tel _____ Empleador: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cod postal: _____
Grupo/ No de póliza # _____ Unión/ Nombre de grupo: _____ Local#: _____

Gracias por escoger a Absolute Dental para sus necesidades dentales. Es nuestra promesa proveerle servicios dentales de alta calidad.
Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos.

Para poder mantener nuestros registros actualizados, por favor complete este documento cada 6 meses.

HISTORIA DENTAL

¿Cuál es la razón principal de su visita el día de hoy? _____

¿Está consciente de algún problema dental? _____

Favor de indicar las fechas de:

Su último examen dental completo: _____ Sus últimos rayos equis: _____ Su última limpieza dental: _____

¿Hay algún tratamiento dental que su ultimo dentista le recomendó? Por favor descríballo: _____

¿Si usted no completo su tratamiento dental, cual fue la razón? Tiempo Costo miedo Otro: _____

¿Porque deajo su última oficina dental? _____

Nombre de su Dentista previo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ # de Tel _____

Por favor marque las condiciones que aplican a usted:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad (cosas frías o caliente) | <input type="checkbox"/> encías hinchadas o que sangran | <input type="checkbox"/> dolor de muelas al masticar |
| <input type="checkbox"/> Dientes flojos | <input type="checkbox"/> dientes o rellenos quebrados | <input type="checkbox"/> Resequedad de boca |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Mal aliento o mal sabor de boca | <input type="checkbox"/> rechinar/apretar los dientes |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de Articulación Temporomandibular | <input type="checkbox"/> usa guardia de noche | <input type="checkbox"/> Frenos |

Por favor indique tratamientos dentales actuales o previos:

Dentaduras postizas/ parciales, a qué edad? _____ U/L _____ U/L ¿Implantes dental, en qué fecha? _____

Limpieza profunda/tratamiento periodontal, en qué fecha? _____ extracciones (adulto), en qué fecha? _____

¿Si pudiera blanquear tus dientes a un costo bajo lo haría? SI NO

¿Si pudiera cambiar algo de su sonrisa o sus dientes, que sería?:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dientes más blancos | <input type="checkbox"/> Enderezar los dientes |
| <input type="checkbox"/> Cerrar espacios | <input type="checkbox"/> Reemplazar rellenos de metal con rellenos color diente |
| <input type="checkbox"/> Arreglar dientes quebrados | <input type="checkbox"/> Reemplazar dientes que faltan |
| <input type="checkbox"/> Una alternativa a las dentaduras | <input type="checkbox"/> Reemplazar coronas viejas |
| <input type="checkbox"/> Sonrisa completamente nueva | |

¿En una escala del 1 al 10 (10 es excelente) como clasificaría lo siguiente?

¿Qué tan importante es su salud dental? _____ Como clasificaría su salud dental actual? _____

HISTORIA MEDICA

Favor de marcar todo lo que aplique al PACIENTE:

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sida/VIH | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Coyunturas artificiales | <input type="checkbox"/> Válvula artificial del corazón |
| <input type="checkbox"/> Alergias temporales | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre | <input type="checkbox"/> Contusiones frecuentes | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Adicción de drogas | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Sangrados excesivos | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Condiciones de corazón | <input type="checkbox"/> Sopro cardiaco |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Presión baja | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Ansiedad/ Depresión | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Radiación |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas del estomago |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides | <input type="checkbox"/> Estoy Embarazada | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Alergia al Látex |
| <input type="checkbox"/> Alergia a los antibióticos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Phen-Fen (pastillas de dieta) | <input type="checkbox"/> Otras condiciones médicas: _____ | |

¿Usted fuma o mastica tabaco? SI NO Que tan frecuente? _____ Por cuánto tiempo? _____

¿Usa drogas recreacionales? SI NO Que tipo de drogas? _____

¿Para qué condiciones médicas está recibiendo tratamiento actualmente? _____

Nombre del Doctor: _____ # de Tel _____ # de Fax _____

¿Por favor enliste los medicamentos que está tomando actualmente? _____

¿Por favor enliste medicamentos a los cuales es alérgico o ha tenido malas reacciones?: _____

He contestado cada pregunta completa y correctamente de acuerdo con mi mejor saber y entender. Es mi responsabilidad de informar a Absolute Dental de cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma del paciente/ persona responsable: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

-PARA USO DE OFICINA-

Dr. Name: _____ Dr. Signature _____ Date: _____

Dr. Notes: _____

Vitals BP: _____ Pulse: _____



Información del Seguro Primario

Oficina: _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ DOB: _____

Nombre de la persona asegurada: _____

Compañía del seguro primario: _____

Numero de ID o seguro social de la persona asegurada: _____ Fecha de nacimiento de la persona asegurada: _____

Empleador: _____

Para determinar si otra cobertura de seguro es secundaria a este plan, por favor complete la siguiente información, firme y escriba la fecha.

¿Está usted o algún miembro de su familia cubiertos por algún otro plan de seguro?

Si _____ No _____ Si es así, complete lo siguiente:

Nombre de la otra compañía de seguro: _____

Nombre del empleado/persona asegurada: _____

Fecha de nacimiento del empleado/persona asegurada: _____

Número de ID o seguro social del empleado/persona asegurada: _____

Numero de grupo y fecha en que fue efectivo: _____

Miembros de la familia cubiertos por el plan: _____

Tipo de cobertura (marque todo lo que aplique):

_____ Medical _____ Dental _____ Visión _____ Recetas Medicas

Si está divorciado o legalmente separado, los papeles de divorcio especifican cuál de los padres es responsable de proveer seguro médico/dental para los hijos: Si _____ No _____

Yo certifico que lo escrito es verdadero, correcto y completo.

Firma de la persona asegurada: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION INDIVIDUAL DEL PACIENTE

Por medio de este documento usted da su autorización para usar o divulgar su información medica privada para propósitos especiales.

1. PACIENTE (O REPRESENTANTE PERSONAL) CONFIRMANDO LA AUTORIZACION

Por medio de la presente, yo doy mi autorización para usar o divulgar mi información dental privada como es descrito en la sección 2 en este documento. Yo doy mi permiso voluntariamente.

Nombre del Paciente: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Numero Telefónico: _____

Buzón Electrónico: _____

Número de cuenta del paciente _____

2. AUTORIZACION DE USO Y/O DIVULGACION

Describa en detalle la información privada y protegida que usted autoriza para ser usada para propósitos especiales o divulgada.

Provea la información de las personas u organizaciones que usted autoriza se les divulgue o provea su información dental privada y protegida.

Provea la información de las personas u organizaciones que usted autoriza para recibir y usar su información dental privada y protegida.

Describa el propósito por el cual usted está autorizando que su información medica protegida y privada sea usada o divulgada

3. ELIMINACION DE LA AUTORIZACION

Seleccione una de las dos opciones.

La autorización se terminará en esta fecha _____

La autorización se termina cuando el siguiente evento pase. Este evento tiene que relacionarse con la persona a la cual se le está dando la autorización. Describa el evento en detalle.

4. SI USTED CAMBIA DE OPINION SOBRE ESTA AUTORIZACION

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por medio de un aviso por escrito dirigido a su Oficial de Privacidad en su oficina. Sin embargo, yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización o cualquier acción tomada antes de recibir este aviso por escrito y revocar esta autorización. Adicionalmente, yo entiendo que, si yo estoy otorgando esta autorización como condición para obtener cobertura de mi seguro dental, y si yo revoco esta autorización, la compañía de mi seguro dental tiene el derecho de disputar mis reclamos bajo la póliza de mi seguro dental.

5. EL FIRMAR ESTA AUTORIZACION NO ES UNA CONDICION PARA OBENER TRATAMIENTO.

Yo entiendo que, bajo la mayoría de las circunstancias, un proveedor de cuidado dental puede que no ponga como condición el firmar este documento para proveer tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad de beneficios. Sin embargo, yo entiendo que al firmar esta autorización que permite el uso y/o la divulgación de mi información de salud protegida para el propósito de investigación puede ser una condición para mi tratamiento si yo estoy siendo sometido a un tratamiento experimental. Así mismo, también se me puede requerir firmar una autorización si el tratamiento que se me está proveyendo solamente es para el propósito de crear divulgación de mi información de salud protegida para un tercer partido. Y bajo ciertas circunstancias, un plan de salud puede poner como condición mi inscripción en un plan de seguro o mi elegibilidad para beneficios contingente en que yo provea una autorización permitiéndole al plan de salud que tome determinaciones de inscripción y elegibilidad.

6. POSIBILIDAD DE DIVULGACION POSTERIOR

Yo entiendo que información divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada posteriormente por el recipiente. Reglas federales de privacidad puede que no protejan la privacidad de mi información de salud una vez que el recipiente divulgue posteriormente mi información de salud.

7. FIRMA INDIVIDUAL DEL PACIENTE.

Yo he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este documento de autorización y estoy de acuerdo con todas las declaraciones en esta autorización. Yo entiendo que, al firmar este documento, yo estoy confirmando mi autorización para usar y/o divulgar mi información protegida de salud descrita en este documento con las personas y/o organizaciones nombradas en este documento.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este documento de autorización es firmado por un representante personal del paciente:

Nombre del representante personal:

Nombre: _____

Firma: _____

USTED TIENE EL DERECHO DE OBTENER UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO DESPUES DE HABERLO FIRMADO.

Someta la autorización a el Oficial de Privacidad e incluya una copia en el registro dental del paciente

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA O DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE ACCEDER ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEA ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.

Este aviso toma efecto en la fecha _____ y permanece en efecto hasta que se replacé.

1. NUESTRA PROMESA EN REFERENCIA A SU INFORMACION DENTAL

La privacidad de su información dental es importante para nosotros. Nosotros entendemos que su información medica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Nosotros creamos un registro del cuidado y servicio que usted recibe en nuestra oficina dental. Nosotros necesitamos este registro para proveerle cuidado de calidad y cumplir con ciertos requerimientos legales. Este aviso le informara acerca de las maneras en que podemos usar y compartir su información dental. También describimos sus derechos y ciertos deberes que tenemos en referencia al uso y divulgación de información dental. A través de este aviso nos referimos a su información medica como información dental.

2. NUESTRO DEBER LEGAL

La ley nos requiere que:

1. Mantengamos su información dental privada.
2. Que le demos este aviso describiendo nuestros deberes legales, prácticas de privacidad, y sus derechos referentes a su información dental.
3. Que sigamos los términos de este aviso
4. Que le avisemos si hay una violación de su información dental cuando la ley lo requiera.

Nosotros tenemos el derecho de:

1. Cambiar las prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, proveyendo que los cambios sean permitidos por la ley.
2. Hacer los cambios de nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso efectivo para toda la información dental que mantenemos, incluyendo información previamente creada o recibida antes de los cambios.

Aviso de cambios a las prácticas de privacidad:

1. Antes de que hagamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, nosotros cambiaremos este aviso y haremos el Nuevo aviso disponible cuando usted lo pida.

3. USO Y DIVULGACION DE SU INFORMACION DENTAL

La siguiente sección describe las diferentes maneras en que nosotros usamos y divulgamos la información dental. Para cada tipo de uso o divulgación, nosotros explicaremos a que nos referimos y daremos un ejemplo. No todo el uso o divulgación estará enlistado. Sin embargo, hemos enlistado todas las maneras diferentes en que estamos permitidos usar y divulgar la información dental. Nosotros no usaremos o divulgaremos su información dental para ningún propósito no enlistado abajo sin su autorización por escrito. La mayoría del uso y divulgación de su información dental para propósitos de publicidad y divulgaciones que constituyen la venta de información dental será hecha solo con su autorización por escrito. Cualquier autorización específica por escrito que usted provea puede ser revocada en cualquier momento a través de someter un aviso por escrito a la dirección provista en este aviso.

PARA EL TRATAMIENTO: Podemos usar la información dental de usted para proveerle tratamiento o servicios dentales. Es posible que divulguemos información dental sobre usted a doctores, enfermeras, técnicos, u otra gente que este encargándose de su cuidado dental. Es posible que compartamos su información dental a otros proveedores de salud para asistir en tratarlo.

PARA PAGO: Podemos usar y divulgar su información dental para el propósito de pagos. Un reclamo puede ser mandado a un tercer partido. La información en el reclamo o acompañando el reclamo puede incluir su información dental.

PARA OPERACIONES DEL CUIDADO DE SALUD: Podemos usar y divulgar su información dental para nuestra operación de cuidado de salud. Esto puede incluir medir y mejorar la calidad, evaluar el desempeño de los empleados, conducir programas de entrenamiento, y obtener la acreditación, certificados, licencias y credenciales que necesitamos para servirle.

USOS Y DIVULGACION ADICIONALES: Además de usar y divulgar su información dental para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, es posible que usemos y divulguemos su información dental debido a los siguientes propósitos:

Notificaciones: Podemos usar y divulgar información dental para notificar o ayudar a notificar: a un miembro familiar, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado. Si usted está presente, obtendremos su permiso si es posible antes de compartir, o le daremos la oportunidad de negar el permiso. En caso de emergencia, y si usted no puede o niega el permiso, solo compartiremos información de salud que sea directamente necesaria para su cuidado de salud, de acuerdo con nuestro juicio personal. Nosotros también usaremos nuestro juicio personal para tomar decisiones en su mejor interés acerca de permitirle a alguien que recoja medicina, suministros dentales, rayos equis u otra información dental por usted.

REACHES en Circunstancias Limitadas: Podemos usar información médica para el propósito de investigación en circunstancias limitadas. En donde la investigación ha sido aprobada por una junta de revisión que ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información dental.

Director de Funeral, Forense: Para ayudarles a llevar a cabo sus deberes, es posible que compartamos la información dental de una persona que ha fallecido con un forense, examinador médico, director de funeral, o una organización de obtención de órganos.

Funciones Especializadas de Gobierno: Sujeto a ciertos requerimientos, es posible que divulguemos u usemos información dental al personal militar y veteranos, debido a la seguridad nacional y actividades de inteligencia, para servicios de protección para el Presidente y otros, para determinaciones médicas para el Departamento del Estado, para instituciones correccionales y otras situaciones custodiales de oficiales de la ley, y para los programas de gobierno que provén beneficios públicos.

Ordenes de la Corte, Procedimientos Judiciales y Administrativos: Podemos divulgar información dental en respuesta a una orden administrativa de la corte, ordenes legales, petición de descubrimiento, u otros propósitos de la ley, bajo ciertas circunstancias, bajo circunstancias limitadas, tal como ordenes de la corte, ordenes legales, o un gran jurado, es posible que compartamos su información dental con oficiales de la ley. Es posible que compartamos información limitada con oficiales de la ley referente a la información dental de un sospechoso, fugitivo, testigo material, víctimas de crímenes o personas perdidas. Es posible que compartamos la información dental de un preso(a) u otra persona de custodia legal con oficiales de la ley o instituciones correccionales bajo ciertas circunstancias.

Actividades Públicas de Salud: Como lo es requerido por la ley, es posible que divulguemos su información dental a autoridades públicas de salud o legales encargadas de con prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, incluyendo el abuso o negligencia de menores. Es posible que divulguemos su

información dental a personas sujetas a la jurisdicción de la Administración de Comida y Drogas. Es posible que también, cuando estamos autorizados por la ley, que notifiquemos a una persona que pudo haber sido expuesto a una enfermedad comunicable u de otra manera en riesgo de contraer o esparcir una enfermedad o condición.

Víctimas de Abuso, Negligencia, o Violencia Doméstica: Es posible que usemos y divulguemos información dental a las autoridades apropiadas si nosotros razonablemente creemos que usted posiblemente sea una víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o posiblemente la víctima de otros crímenes. Es posible que compartamos su información dental si es necesario para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad o la seguridad de otros. Es posible que compartamos su información dental cuando sea necesario para ayudar a oficiales de la ley para capturar a una personal quien ha admitido ser parte de un crimen o que ha escapado de la custodia legal.

Compensación a los Trabajadores: Es posible que divulguemos su información dental cuando estemos autorizados o sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas a la compensación a los trabajadores u otros programas similares.

Actividades de Salud Supervisadas: Es posible que divulguemos su información dental a una agencia que provea supervisión de salud o supervisión de actividades autorizadas por la ley, incluyendo auditorías, investigaciones civiles, administrativas o criminales o procedimientos, inspecciones, licenciaturas o acciones disciplinarias, u otras actividades autorizadas.

LAW ENFORCEMENT: Bajo ciertas circunstancias, es posible que divulguemos su información dental a oficiales de la ley. Estas circunstancias incluyen reportar requerimientos de ciertas leyes (tal como el reporte de ciertas heridas) de acuerdo a ciertas ordenes u otras ordenes de la corte, el reportar información limitada referente a la identificación y localidad a la petición de los oficiales de la ley, reportes referentes a víctimas sospechosas a la petición de oficiales de la ley reportando fallecimiento, crímenes en nuestra propiedad, y crímenes en emergencias.

Recordatorios de Citas: Es posible que divulguemos información dental para el propósito de mandar tarjetas de citas para recordarle de sus citas.

Servicios Dentales Alternativos y Adicionales: Es posible que usemos y divulguemos información dental para proveerle con información acerca de beneficios de salud relacionados y servicios que pueden ser de interés para usted, y para describir o recomendar tratamientos alternativos.

4. SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene el derecho de:

1. Ver u obtener copias de ciertas partes de su información dental. Usted puede pedir que le proveamos copias en un formato diferente a fotocopias. Nosotros usaremos el formato que usted pida a menos que no sea practico para nosotros. Usted también tiene el derecho de recibir una copia electrónica de su información dental si los registros son mantenidos electrónicamente. Usted debe hacer su petición por escrito. Usted puede obtener las formas para pedir acceso usando la información de contacto enlistada al final de este aviso. Usted también puede pedir acceso mandando una carta al contacto enlistado al final de este aviso. Si usted pide copias, se le cobrara una cuota de \$25.00 y estampillas si usted quiere que se le manden los registros por correo. Nos puede contactar usando la información enlistada al final de este aviso para una explicación completa de la estructura de nuestras cuotas.
2. Recibir una lista de las ocasiones en que nosotros o nuestros asociados comparten su información dental para el propósito de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud y otras excepciones específicas.
3. Pedir que pongamos restricciones adicionales en el uso o divulgación de su información dental. Excepto como especificado en este párrafo, no estamos requeridos a estar de acuerdo a estas restricciones adicionales, nos acataremos a este acuerdo (excepto en caso de emergencia). Estamos requeridos estar de acuerdo a su petición de restringir la divulgación a planes de salud si la divulgación es para pagos u otras operaciones de cuidado de salud y pertenecen solamente a el cuidado de salud de un servicio por el cual usted ha pagado de su bolsillo y por completo, excepto en donde se requiera por la ley.
4. Pedir que nos comuniquemos con usted acerca de su información dental en diferentes maneras o en diferentes localidades. Su petición de que nos comuniquemos con usted sobre su información dental de maneras diferentes o localidades diferentes debe ser hecho por escrito y mandado a el contacto y la dirección provista al final de este aviso.
5. Pedir que cambiemos ciertas partes de su información dental. Es posible que neguemos su petición si nosotros no creamos la información que usted quiere que cámbienos o por otras razones. Si negamos su petición, le proveeremos con una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de desacuerdo que será agregado a la información que usted quería cambiar. Si aceptamos su petición de cambiar la información, haremos esfuerzos razonables para avisarles a otros, incluyendo la gente que usted nombre de cambiar e incluir el cambio en cualquier información que compartan en el futuro.
6. Si usted ha recibido esta forma electrónicamente y desea recibir una copia impresa, usted tiene el derecho de obtener una copia impresa pidiéndolo por escrito mandando su petición a la dirección de contacto al final de este aviso.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o si usted piensa que hemos violado sus derechos de privacidad, por favor contáctenos Usted nos puede contactar sometiendo una queja o una petición involucrando cualquiera de sus derechos en la sección 4 de este aviso y por escrito a la siguiente dirección: 2250 S. Rancho Drive, Suite 205, Las Vegas, NV 89102

Yo he leído este Aviso de Practicas De Privacidad y se me ha dado la oportunidad de revisarlo.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y POLIZA DE TRATAMIENTO PARA LA OFICINA

Nombre del Paciente: _____

Iniciales en cada uno

ASEGURANZA

____ Como cortesía para usted, estaremos encantados de enviar sus reclamos dentales en su nombre. Sin embargo, presentar su reclamo dental no es una garantía de pago por el servicio(s) realizado. No sabemos si su compañía de seguro pagara hasta que la reclamación real sea presentada y procesada. Muchos planes tienen exclusiones y limitaciones que afectaran sus gastos de bolsillo. Por favor, entienda que nuestra responsabilidad es proporcionarle a usted y a su familia el tratamiento que mejor se adapte a sus necesidades y no tratamos de igualar su atención con las limitaciones o beneficios del plan de seguro. Nuestro personal le ayudara a obtener los maximos beneficios de seguro dental y tratara de verificar la cobertura que su plan en particular proporciona. Es su responsabilidad conocer sus beneficios dentales. Los copagos y deducibles se deben pagar en el momento en que se proporciona el servicio. Si su compañía de seguro dentales no es recibido en 90 dias despues de la fecha del servicio, la totalidad del saldo se debe a usted. A continuacion, puede impugner la reclamacion y obtener el reembolso directamente de su compañía de seguros. Entiendo que este plan de tratamiento es SOLO una ESTIMACION de la cobertura y no una garantía de pago. Los cargos no pagados por mi seguro son mi responsabilidad. Habiendo 2 seguros pueden reducir sus bolsillo de los co-pagos de su seguro primario, ninguna garantía de que los cargos serán pagados en su totalidad.

ACTUALIZACIONES

____ Entiendo que si me eligen para actualizaciones, no hare a Absolute Dental responsable de recolectar de mi seguro ya que las actualizaciones no son un beneficio cubierto. He sido informado del tipo de actualizaciones que he seleccionado.

CANCELACION DE CITA/PERDIDO

____ Las cancelaciones de ultimo minute negar otros pacientes el beneficio del tratamiento que necesitan. Apreciamos tanto aviso como sea posible si necesita cambiar una cita. Entendemos, ocasionalmente, una emergencia se presente a si mismo, por lo tanto no puede ser capaz de cancelar su cita dentro de un plazo razonable. Le rogamos que cancele su cita dentro de un plazo de 24 horas de antelación. Los pacientes que son incapaces de hacerlo se cobrara una cuota de \$25.00 general cita o \$50.00 de especialista cita para las cancelaciones hechas con menos de 24 horas de anticipación. Tambien nos reservamos el derecho de despedir a cualquier paciente debido a citas perdidas.

____ Yo el paciente o tutor, autorizo al proveedor para que realice el procedimiento(s) o el (los) curso(s) de tratamiento indicados en el "plan de tratamiento". Entiendo mi afeccion dental y hemos hablado de varias opciones de tratamiento con el dentista. He recibido una copia del plan de tratamiento.

____ Entiendo los riesgos inherentes en el tratamiento(s). He discutido estos riesgos con el dentista. El dentista ha abordado todas las preguntas y preocupaciones que he presentado. Entiendo que los resultados esperados del procedimiento(s) o el (los) curso(s) de tratamiento. Entiendo que estos resultados no pueden ser garantizados y no pueden ser alcanzados. Soy consciente de mi derecho a renunciar al tratamiento de cualquier tipo y soy consciente de las posibles consecuencias de la falta de tratamiento.

____ Yo he expuesto mi historial medico información, incluyendo alergias, reacciones a medicamentos, enfermedades, y en los procedimientos. Entiendo que la ocultación de esta información puede afectar al resultado del procedimiento(s) o el(los) curso(s) de tratamiento.

____ Autorizo al proveedor y cualquier otros calificados asistentes o profesionales medicos para realizar el procedimiento(s) o de tratamiento(s) que figuran el "plan de tratamiento". Yo también doy mi consentimiento para que estos individuos para administrar cualquier medicina y realizar ninguna obligatoria para salvar la vida de los procedimientos.

____ Autorizo a cualquier necesario para salvar la vida de los procedimientos que se realicen en caso de una emergencia durante el procedimiento(s) o el (los) curso(s) de tratamiento. Entiendo que una transfusión de sangre puede ser parte de un procedimiento de salvamento y doy mi consentimiento para el necesario análisis de sangre. Doy mi consentimiento para la administración de cualquier medicamento que pueda ser requerida como medida para salvar vidas.

____ Confirмо que tengo entendido este formulario y la informacion en el contenida. Soy un hablante nativo de español o se han ofrecido los servicios de un personal cualificado en el traductor que ha explicado la información en mi lengua materna.

X _____

Paciente/Tutor Firma

Fecha

X _____

Personal de Oficina/Testimonio Firma

Fecha

PATIENT CONSENT TO TREATMENT

Patient Name: _____

Al leer y firmar este documento yo entiendo que el español es el idioma que yo entiendo y uso para comunicarme.

(iniciales)_____

[] 1. MEDICAMENTOS Y ANESTESIA:

Yo entiendo que los antibióticos, analgésicos, y otros medicamentos pueden causar acciones adversas, algunos de los cuales son, pero no está limitado a, rojez, hinchazón de los tejidos, dolor, comezón, vomito, mareo, aborto espontaneo, paro cardiaco.

Yo entiendo que los medicamentos y analgésicos pueden causar mareo y falta de coordinación, lo cual puede ser aumentado por el uso de bebidas alcohólicas u otras drogas. Se me ha advertido de no consumir bebidas alcohólicas, no operar ningún vehículo o aparatos peligrosos mientras esté tomando medicamentos y/o drogas, o hasta que esté completamente recuperado de sus efectos (esto incluye un periodo de veinticuatro horas (24) después de que salga de mi cirugía.

Yo entiendo que ocasionalmente, después de la inyección de un anestésico local, puedo tener entumecimiento prolongado, anestesia persistente, y/o irritación en el área de la inyección.

Yo entiendo que, si elijo utilizar el óxido nitroso, "Atrax", Chloral, "Xanax", o cualquier otro sedativo, los posibles riesgos incluyen, pero no está limitado a; perdida de conciencia, obstrucción de las vías respiratorias, choque anafiláctico, paro cardiaco. Yo entiendo que alguien necesita llevarme a casa de la oficina dental después de que reciba sedaciones. Yo también entiendo que alguien necesita cuidarme por un periodo de 8 a 10 horas después de mi cita dental, para observar por posibles efectos secundarios, tal como obstrucción de las vías de respiración.

(Iniciales)_____

[] 2. HIGIENE Y PERIODONCIA (PERDIDA DE TEJIDO Y HUESO):

Yo entiendo que el éxito a largo plazo del tratamiento y el estado de mi condición oral depende de mí esfuerzos de higiene oral apropiada (eje, cepillarme los dientes y usar el hilo dental) y el mantener visitas regulares con mi dentista.

PERIODONCIA: Yo entiendo que tengo una condición seria, lo cual causa inflamación de los tejidos de mi encía y huesos y/o perdida, y que esto puede llevar a la perdida de mis dientes y otras complicaciones. Varios planes de tratamiento se me han explicado, incluyendo cirugía de los tejidos, reemplazo y/o extracciones. Yo también entiendo que, aunque estos tratamientos tienen un nivel de alto éxito, no pueden ser garantizados. Ocasionalmente, dientes tratados pueden requerir extracciones.

(Iniciales)_____

[] 3. EXTRACCION DE DIENTES:

Entiendo que el propósito del procedimiento/cirugía es el de dar tratamiento y posiblemente corregir mis tejidos orales dañados. El médico me ha aconsejado que, si esta condición persiste sin tratamiento o cirugía, mi condición oral presente probablemente empeorara con el tiempo.

Los riesgos potenciales incluyen, pero no está limitado a lo siguiente:

- A. Incomodidad posoperativa; hinchazón, sangramiento prolongado; sensibilidad del diente al calor o al frio; encogimiento de las encías (posiblemente exponiendo los márgenes de la corona), perdida de dientes, recuperación retrasada (casquillo seco) y/o infección (requiriendo recetas médicas o tratamiento adicional; por ejemplo: la cirugía).
- B. Lesión a los dientes adyacentes, empastes o rellenos (requiriendo recomendación de coronas, reemplazamiento de rellenos, fabricación de coronas, o extracción) o lesión a los dejados no dentro del área de cirugía.
- C. Limitación de la apertura, rigidez de los músculos faciales o del cuello, cambio en la mordida, o articulación temporomandibular (coyuntura de la quijada) dificultada (posiblemente requiriendo terapia física o cirugía).
- D. Fragmentos residuales de raíces o espículas de hueso que se quedaron atrás cuando la eliminación completa puede que requiere cirugía extensa o complicaciones quirúrgicas innecesarias.
- E. Apertura de los senos maxilares (una cavidad normal localizada por los dientes de arriba) requiriendo cirugía adicional.
- F. Lesión al nervio subyacente a los dientes resultando en comezón, entumecimiento, o quemazón del labio, barbilla, tejidos de la encima, cachete, dientes, y/o lengua en el lado de la operación; esto puede persistir varias semanas, meses, o en situaciones remotas, permanentemente.

(Iniciales)_____

Doy mi consentimiento al doctor de realizar el tratamiento/procedimiento/cirugía que se me explico previamente, u otros procedimientos considerados necesarios OR recomendables como necesarios para completar la operación planeada.

Si alguna condición no prevista ocurre en el curso de la operación, requiriendo el juicio del doctor o por procedimientos además de/o diferentes a aquellos ahora contemplados, yo pido y autorizo al doctor de hacer lo que sea el considere recomendable, incluyendo una referencia a otro dentista o especialista. Yo también entiendo que el costo de esta referencia se mi responsabilidad.

(Iniciales)_____

[] 4. RELLENOS:

Se me ha recomendado que necesito rellenos, ya sea plateados (amalgama) o compuestos (resina), para reemplazar la estructura de mi diente perdida o dañada. Yo entiendo que con el tiempo los rellenos puede que necesiten ser reemplazados debido al desgaste del material. En casos en donde ay muy poquita estructura del diente, o estructuras fracturadas de dientes, puede que necesite recibir un tratamiento más extensivo (tal como terapia de endodoncia, poste y construcción, y/o corona), lo cual necesitaría un cargo separado.

Yo entiendo que la restauración plateada de amalgama es un material aceptable de acuerdo con las pautas de la Asociación Dental Americana, así como tal, es un tratamiento usado por dentistas. Las ventajas y desventajas de materiales alternos se me han explicado.

(Iniciales)_____

[] 5. TRATAMIENTO ENDOCOTICO (TERAPIA DE ENDODONCIA):

El propósito y método de la terapia endodóntica se me ha explicado, así como también tratamientos alternos razonables, así como también las consecuencias de no tratarme. Yo entiendo que después de la terapia endodóntica mi diente será frágil y debe ser protegido en contra de fracturas al colocar una corona encima del diente.

Yo entiendo que los riesgos del tratamiento incluyen, pero no está limitado a:

- A. Incomodidad posoperativa que puede durar unas cuantas horas o varios días, para la cual se recetaran medicamentos si el medico lo considera necesario.
- B. Hinchazón posoperativa en el área de la encima, alrededor del diente tratado o hinchazón facial, las cuales pueden persistir por varios días o más.
- C. Infección.
- D. Apertura restringida de la mandíbula.
- E. Rompimiento de los instrumentos del conducto radicular durante el tratamiento, los cuales en la opinión del doctor se pueden dejar en el conducto radicular tratado o hueso como parte del material del relleno; o tal vez pueda necesitar cirugía.
- F. Perforación del canal radicular con instrumentos, los cuales podrían necesitar tratamiento quirúrgico adicional o resultar en la perdida prematura o extracción del diente.
- G. Riesgo de entumecimiento temporal o permanente en el área tratada.

Entiendo que si un procedimiento de pulpotomía o “abrimiento y medicación” se lleve a cabo no es un tratamiento permanente y que necesito pagar por este servicio y terminar la terapia de endodoncia. Si el tratamiento de endodoncia no es finalizado, me expongo a una infección y/o la pérdida del diente.

Si no se lleva a cabo la terapia de endodoncia, el tratamiento podría tener que repetirse, se podría necesitar otra cirugía diferente del conducto radicular o el diente tendría que ser extraído.

(Iniciales) _____

[] 6. CORONA Y PUENTE (EMPASTES):

Yo entiendo que algunas veces no es posible combinar el color natural del diente exactamente con los dientes artificiales. Yo entiendo que, en ocasiones, durante la preparación de un diente par la corona, puede suceder la exposición de la pulpa, lo cual necesitaría posiblemente terapia de endodoncia.

Yo entiendo que al igual que los dientes naturales, las coronas y puentes necesitan mantenerse limpios, con una higiene oral adecuada, de otra manera se pueden desarrollar caries por debajo y/o alrededor de los márgenes de la restauración, lo cual puede llevar a más tratamiento dental.

(Iniciales) _____

[] 7. DENTADURAS – COMPLETAS O PARCIALES:

Se me han explicado los problemas de usar dentaduras postizas, incluyendo los aflojamientos, dolores y la posible ruptura y rebasamiento debido al cambio del tejido. Las citas de chequeo son una parte integral del mantenimiento y el éxito de un aparato prostético. Los puntos persistentes de dolor deben ser examinados inmediatamente por el médico.

Entiendo además que la intervención quirúrgica para la extracción (por ejemplo, toros/hueso, contorno el hueso o implantes) podrían ser necesarios para que las dentaduras queden bien. Entiendo además que debido a la pérdida del hueso o a otros factores que compliquen la situación, quizás nunca pueda utilizar dentaduras a mi entera satisfacción.

(Iniciales) _____

[] 8. ODONTOLOGIA INFANTIL:

Entiendo que los siguientes procedimientos se utilizan rutinariamente en esta oficina y que también son aceptados en la profesión dental:

- A. REFUERZO POSITIVOS: Se premia al niño que exhiba un comportamiento deseable utilizando alabanzas dándole una palmadita o abrazo y/o regalitos o juguetes.
- B. CONTROL DE LA VOZ: El doctor cambia el tono de voz o aumenta el volumen de la voz para lograr la atención de un niño disruptivo.
- C. REPRESION FISICA: Es el restringir los movimientos disruptivos del niño deteniendo sus manos, la parte superior del cuerpo, la cabeza y/o las piernas, utilizando su mano o brazo el dentista o el asistente, o usando un aparato especial (llamado “ la tabla de papoose”).
- D. OXIDO NITROSO Y/O SEDACION ORAL: El óxido nitroso es un gas suave que se mezcla con oxígeno y se utiliza para sedar a una persona. Se administra a través de una máscara colocada sobre la nariz del niño. Las sedaciones orales son medicamentos administrados a los niños para ayudarlos a relajarse. Con su uso, el padre o tutor debe entender que el niño no debe comer o tomar nada por un periodo de cuatro horas antes de la cita para la sedación. El padre o tutor debe estar disponible para acompañar al niño a casa después del procedimiento de sedación y observar su comportamiento a través del día.

Entiendo que, con la utilización de la inyección, utilizada para adormecer el área del diente para el procedimiento dental, existe la posibilidad de que el niño, sin darse cuenta, se muerda el labio causando una lesión.

Entiendo la necesidad de volver a la oficina, para que el niño sea evaluado, si no cesa la hinchazón o el dolor, después de un periodo suficiente de tiempo.

Entiendo que existe las necesidades de volver a la oficina en un periodo de tres meses después del tratamiento de nervio(s) de un diente primario (diente de leche) para una evaluación y la posibilidad de que para entonces necesite una extracción.

(Iniciales) _____

ENTIENDO QUE NO SE ME HA DADO NINGUNA GARANTIA O SEGURIDAD QUE EL TRATAMIENTO PROPUESTO SERA CURATIVO O EXITOSO A MI ENTERA SATISFACCION. ESTOY DE ACUERDO EN COOPERAR COMPLETAMENTE CON LAS RECOMENDACIONES DEL DOCTOR MIENTRAS ESTOY BAJO SU CUIDADO, ENTIENDO QUE EL DEJAR DE HACERLO PODRIA RESULTAR EN RESULTADOS MENOS QUE FAVORABLES.

CERTIFICO QUE HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ENTERDER COMPLETAMENTE LOS TERMINOS Y PALBRAS CONTENIDAS EN LA PRESENTE Y DOY MI CONSENTIMIENTO A LA OPERACIÓN Y A LAS EXPLICACIONES REFERIDAS O HECHAS. SE ME HA ANIMADO A HACER PREGUNTAS, Y ME HAN CONTESTADO A MI ENTERA SATISFACCION.

ENTIENDO QUE ESTOS SERVICIOS DENTALES SON PROPORCIONADOS SIN DESCRIMINACION BASADOS EN ORIGEN, RELIGION, COLOR, NACIONALIDAD, SEXO, ORIENTACION SEXUAL, INCAPACIDAD FISICA O MENTAL, EDAD, O ESTADO CIVIL, Y PROTEGE LA PRIVACIDAD DE CADA UNO DE SUS PACIENTES.

(Iniciales) _____

Firma: _____ Relación: _____ Fecha: _____

Doctor: _____ Testigo: _____