

Información del Paciente

- CONFIDENCIAL -

Fecha de Hoy: _____

Información del Paciente

Nombre: _____ Sexo: Hombre Mujer

Dirección: _____ Apt. /Lot #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Usamos su teléfono celular y su correo electrónico para confirmar sus citas.

Cellular: () _____ - _____ Email: _____

Seguro Social: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

En caso de emergencia, a quien podemos llamar: _____ Teléfono: () _____ - _____

Si paciente es menor, información de persona responsable:

Nombre: _____ Sexo: Hombre Mujer

Dirección: _____ Apt. /Lot #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información de Aseguranza:

Nombre del *Asegurado*: _____ Parentesco al Paciente: _____ o Yo _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Dirección del *Asegurado*: _____

Nombre de la Aseguranza: _____ Medicaid #: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Dirección del Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Tiene Aseguranza? SI NO Si, por favor de llenar la información siguiente:

Nombre del *Asegurado*: _____ Parentesco al Paciente: _____ o Yo _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Dirección del *Asegurado*: _____

Nombre de la Aseguranza: _____ Medicaid #: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Dirección del Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Historia Medica/Dental del Paciente

Nombre de Oficina: _____ Nombre del Doctor: _____ Numero de Oficina: _____

Informacion Medica

- | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Esta usted bajo tratamiento medico ahora? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operacion grave?
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si, por favor explique _____ | | |
| 3. Esta usted tomando algun medicamento(s), incluyendo medicamientos sin receta? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si, que medicamento(s) esta tomando? _____ | | |
| 4. Ha usted tomado Phen-Fen/Redux? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Usted usa tobacco o marihuana? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Tiene historia de uso de drogas? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tiene historia de alcoholismo? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Alergias

1. Es usted alergico a cualquiera de los siguientes?
- | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Anesteticos locales (e.g. Novocain) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Penicilina o otros Antibioticos _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Drogas de Sulfa _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Barbituricos _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sedantes _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Yodo _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Aspirina _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Algunos metales (e.g. nickel, mercury, etc.) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Latex o productos de hule _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Otro (por favor listar) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
2. Mujeres solamente:
- Embarazada o piensa que esta embarazada? _____
 - Esta amamantando? _____
 - Toma anticonceptivos orales? _____
- Antibioticos pueden dejar de eficacia las pildoras anticonceptivas**

Historia Medica

1. Tiene o ha tenido algunas de las condiciones siguientes?

- | | Yes | No | | Yes | No | | Yes | No |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Presion alta _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del Corazon _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor del Pecho _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque cardiaco _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapaso cardiaco _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aplopejia _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre reumatica _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soplo cardiaco _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre del heno/Alergias _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tobillos hinchados _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desmayo/Convulsiones _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cansado con frecuencia _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Terapia de Radiacion _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presion baja _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reciente perdida de peso _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia/Convulsiones _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del Hgado _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leucemia _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas cardiacos _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reemplazo de la articulacion _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas respiratorios _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad del riñon _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implante articular _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prolapso de la Valvula Mitral _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sida o HIV _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis/Ictericia _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apnea del Sueño _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Tiroides _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Transmision Sexual _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Sangre _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hipertermia Malign _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia Falciforme _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis Medicamento _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fibromialgia _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Historia Dental

Nombre y direccion del ultimo dentista: _____ Fecha del Ultimo Examen: _____

- | | Yes | No | | Yes | No |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sangran las encias cuando se cepilla o usa hilo dental? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Tiene Dolores de cabeza con frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sus dientes son sensibles a liquidos/alimentos frios o calientes? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Usted aprieta o muele los dientes? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sus dientes son sensibles a liquidos/alimentos dulces o acidos? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Usted muerde los labios o las mejillas con frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tiene dolor en algunos de sus dientes? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Ha tenido extracciones dificiles en el pasado? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tiene bultos o llagas acerca de la boca? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Ha sangrado prolongadamente despues de una extraccion? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ha tenido heridas a la cabeza, el cuello o la quijada? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Ha tenido tratamiento por un ortodoncista? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ha tenido algunos de los problemas siguientes con la quijada?
Ruidos en la quijada? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | 14. Usted tiene dentadura postiza o parciales? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| Dolor (articulacion, oreja, lado de la cara)? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | Si, cual fue la fecha de colocacion _____ | | |
| Dificultad en abrir o cerar la boca? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | 15. Ha recibido instrucciones higienicas sobre el cuidado de sus dientes y las encias? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| | | | 16. Le gusta su sonrisa? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |

Autorizacion

Yo certifico que he leído y entiendo la informacion de arriba a lo mejor de mi conocimiento. He contestado todas las preguntas exactamente. Yo entiendo que informacion inexacta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al cirujano oral para proveer cualquier informacion (incluyendo diagnosticos y los archivos del examen o tratamiento para mi o mi niño(a) durante el periodo de cualquier cuidado dental) a seguro contra tercera persona y/u otros profesionales de salud. Yo autorizo y le pido a la compañía de aseguranza a pagarle directamente al cirujano oral los beneficios que hubieran sido pagados a mi. Yo entiendo que la compañía de aseguranza puede pagar menos del total. Yo estoy de acuerdo que soy responsable de pagar todos servicios presiados a favor de mi o mis dependientes.

X _____
Firma del Paciente (o Firma del Padre/Madre, si el paciente es menor)

Observaciones del Doctor _____

POLITICAS FINANCIERAS Y AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Estamos obligados a ofrecerle los mejores cuidados posibles y dispuestos a discutir con usted nuestros honorarios profesionales. Su claro entendimiento de nuestras politicas financieras es importante para nuestra relacion professional.

Debemos enfatizar que como proveedores de cuidados de la salud, nuestra relacion es con usted, no con su compania de seguros.

- Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compania de seguros.
- Confirmacion telefonica y por escrito de su co-pago no es necesariamente una garantia de pago.
- El co-pago requerido debe ser realizado al momento en que se vence el servicio.
- **Su co-pago es solamente un estimado.**

Los pagos por servicios se vencen al momento en que se ofrece el servicio, si es que no se han realizado previos arreglos de pago en nuestra oficina. Usted es responsable por pagos a tiempo de su cuenta.

Pagos tardios seran sujetos a un interes anual de 24%. Si es aplicable, usted sera responsable por costos de abogados y/o agencias de coleccion que podamos incurrir.

Yo he leido la informacion de arriba; Yo comprendo y estoy de acuerdo que Yo soy responsable por los pagos de los servicios profesionales ofrecidos.

Firma

Fecha

Reconocimiento de recibo de los avisos de las practicas de privacidad:

Yo, _____, estoy consciente de las practicas de privacidad de esta oficina.

Firma

Fecha

NOTIFICACION DE MEDICAMENTOS RECETADOS

A firmar esta forma, usted confirma que ha sido notificado de que si recibe una receta para una sustancia controlada (narcotico) de nuestra oficina y llenar esa receta en una farmacia en Colorado, cierta informacion de la receta identificar, incluyendo el nombre del paciente, seran introducidos en una base de datos segura mantenida por Colorado's programa de monitoreo de medicamentos recetados. La ley del estado requiere que las farmacias para ofrecer informacion sobre las recetas de sustancias controladas llenos hasta la base de datos de vigilancia de medicamentos recetados.

Este base de datos se utiliza para ayuday a prevenir el uso inapropiado de sustancias controladas- como el fraude y desvio. La base de prescripcion programa de control de drogas contiene solo los registros relacionados con sustancias controladas (narcoticos como analgesicos, relajantes musculares y esteroides). No contiene registros sobre otros medicamentos con receta como los antibioticos, antidepresivos o cualquier otra catagoria de medicamentos de venta con receta.

Solo las personas autorizadas, al igual personal de salud que prescriben sustancias controladas y aplicacion de la ley en circunstancias muy limitadas, puede accede a la base de datos y solo para usos bien definidos. Mientras usted esta utilizando medicamentos adecuadamente controladas, no deberia ser motive de preocupacion. Si no desea que su informacion en el base de datos, consulte a su doctor para prescribir drogas no narcotic para usted.

Mas informacion sobre el programa de vigilancia de medicamentos recetados de Colorado, incluyendo copias de los registros individuales de medicamentos con receta almacenados en el base de datos, puede ser obtenido a partir de Colorado state Department of Regulatory Agencies llamando 303-849-5957 o visitando <http://www.dora.state.co.us/pharmacy/pdmp/consumers.htm>

He leído y entiendo esta notificación.

Fecha

(Firma de Paciente/Guardian)

Si esta notificación esta firmada por un representante personal en nombre del paciente, complete el siguiente:

Nombre del Representante Personal: _____

Relacion con el paciente: _____

Oral Surgery Center

Anestesia Intravenosa

Con anestesia intravenosa **NO** estará dormido/a completamente. Se le dará un medicamento por las venas para relajarse. Algunas de las reacciones que pueda ser que sienta serán las siguientes:

- Sentirse relajado/a
- Respiración se ralentizará
- Presión arterial se reducirá un poco
- Puede sentir emocional (risa o llorar)

Durante el procedimiento completo, estará conectado a un monitor y será observado/a por su doctor y enfermeras.

Puede ser que no se recuerde su cirugía y responderá a su doctor con estimulación verbal.

Si usted desea dormir completamente (Anestesia General), por favor de preguntar a su doctor para ser referido/a a un hospital.

Paciente/Nombre de Guardian: _____

Firma de Paciente/de Guardian: _____

Fecha: _____