

## REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. Domicilio: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Marque uno  Menor  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo (a)  Separado

Patrón del paciente del padre del menor: \_\_\_\_\_ Tel. del empleo: \_\_\_\_\_

Cónyuge o nombre del padre(madre) del menor : \_\_\_\_\_ Tel. del empleo : \_\_\_\_\_

### PARTE RESPONSABLE (En caso de que el paciente sea menor de edad)

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel. Hogar: \_\_\_\_\_

# Licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleado por: \_\_\_\_\_ Tel. del empleo: \_\_\_\_\_

### POLITICA DE PAGO

Una buena relación entre el médico y el paciente solo se puede lograr cuando el paciente entiende plenamente el servicio que se le proporcionó y los honorarios que corresponden a dicho tratamiento. Favor de escribir sus iniciales en el espacio adjunto en reconocimiento de que usted ha leído y entiende plenamente nuestra política de pago \_\_\_\_\_.

Como cortesía al paciente, tramitaremos su seguro médico dental, sin embargo, no asumimos la responsabilidad de cobrar el pago del seguro o de negociar o disputar un reclamo. El seguro médico dental es un contrato entre el paciente y la compañía de seguros. Aun si usted cuenta con cobertura médica dental, deberá pagar un copago el día de su cita. Posteriormente, se le hará un reembolso en caso de sobrepago o se le notificará que usted debe una porción, la cual corresponde a la cantidad que su seguro médico dental no cubrió después de haber tramitado su reclamo. Esto sucede porque es imposible predecir la cantidad exacta que va a cubrir su seguro antes de comenzar el tratamiento. Favor de escribir sus iniciales en el espacio adjunto como reconocimiento de que usted ha leído y entiende plenamente nuestra política de pago \_\_\_\_\_.

Para su conveniencia, ofrecemos las siguientes formas de pago. Favor de marcar la forma de pago que usted prefiere.

Tarjeta de crédito  Cheque personal  Efectivo  Care Credit \*requiere aprobación previa\*

### SEGURO MEDICO DENTAL (Favor de informar a la recepcionista si usted cuenta con un seguro médico dental secundario)

Nombre del suscrito: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Empleado por: \_\_\_\_\_ Tel. empleo: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

Dirección compañía de seguro \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, autorizo la entrega de información referente a este reclamo de seguro médico; entiendo que es posible que mi seguro médico dental cubra una cantidad menor al costo del tratamiento. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad del pago por los servicios prestados. Autorizo y solicito que mi compañía médica dental le pague directamente al dentista o bien a los beneficios del grupo dental que sean pagaderos a mi.

Firma del paciente o padre(madre) del menor: \_\_\_\_\_

### Permiso para usar y difundir la información sobre mi salud:

Consideramos que es de suma importancia salvaguardar la privacidad de la información sobre las salud de nuestros pacientes, Por lo que solo divulgaremos la información referente al tratamiento, al pago y a las operaciones de salud del paciente. Cualquier otra divulgación de información sobre la salud del paciente requerirá una autorización por escrito, con la excepción de comunicaciones entre el dentista general que refirió al paciente u otro médico/dentista especialista directamente involucrado en el tratamiento del paciente.

#### ***\*Usted tiene el derecho a rechazar este permiso\****

*¿Nos autoriza dejar mensajes acerca de sus citas/su tratamiento con compañeros de trabajo, recepcionistas,, etc.*

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

*Favor de anotar familiares/amigos con los cuales nos autoriza discutir información acerca de su cita/su tratamiento.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

**Declaro que leí y recibí una copia de las Políticas de Privacidad del Dr. Gregory C Gell DDS MS**

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### ***Para uso exclusivo de la oficina***

**We are unable to obtain a written acknowledgement of receipt of the Notice of Privacy Practice because:**

- An emergency existed and a signature was not possible at the time
- The individual refused to sign
- A copy was mailed with a request for a signature by mail
- Unable to communicated with patient for the following reasons:

Other: \_\_\_\_\_

Prepared by: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Referred to office by: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL CLINICO CONFIDENCIAL

Nombre de su médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_

¿Sufre usted o ha sufrido de alguna de las condiciones médicas que a continuación se incluyen? (Favor de marcar)

- |                                                                               |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Presión alta o baja                                  | <input type="checkbox"/> Problemas nasales                              |
| <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón o válvula prolapsada             | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides                          |
| <input type="checkbox"/> Prótesis en una articulación (cadera, rodilla, etc.) | <input type="checkbox"/> Diabetes                                       |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática o enfermedad del corazón            | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal, colitis                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad congénita del corazón                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis, ictericia, enfermedad del hígado    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular: ataque, infarto, bypass   | <input type="checkbox"/> Problemas renales                              |
| <input type="checkbox"/> Válvula prostética del corazón                       | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico                       |
| <input type="checkbox"/> Alteración de la sangre (anemia)                     | <input type="checkbox"/> Desmayos o convulsiones                        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas                                | <input type="checkbox"/> Epilepsia                                      |
| <input type="checkbox"/> Asma                                                 | <input type="checkbox"/> Cáncer                                         |
| <input type="checkbox"/> <b>ALLERGIA AL LATEX</b>                             | <input type="checkbox"/> Prob. articulación temporomandibular (ATM)     |
| <input type="checkbox"/> Presión baja                                         | <input type="checkbox"/> Azúcar baja en sangre                          |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho, angina                            | <input type="checkbox"/> Diálisis                                       |
| <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados, artritis o prob. articulatorios  | <input type="checkbox"/> Latidos irregulares                            |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos                                           | <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas                       |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón                                  | <input type="checkbox"/> Bronquitis, tos crónica                        |
| <input type="checkbox"/> Retraso en la cicatrización                          | <input type="checkbox"/> Alergias o problemas de los senos nasales      |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis                                         | <input type="checkbox"/> Problemas con el sistema inmune                |
| <input type="checkbox"/> Enfisema                                             | <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar, otro problema pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Rayos X, quimioterapia                               | <input type="checkbox"/> Fatiga crónica o sudores nocturnos             |
| <input type="checkbox"/> Esta a dieta                                         | <input type="checkbox"/> Lentes de contacto                             |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de abuso de alcohol                     | <input type="checkbox"/> Aparecen moretones con facilidad               |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los ojos o glaucoma                    | <input type="checkbox"/> Problemas con la vesícula                      |
| <input type="checkbox"/> Mononucleosis infecciosa                             |                                                                         |

Si contestó afirmativo en alguna condición, favor de explicar mas a fondo \_\_\_\_\_

En los últimos 21 días, ¿ha viajado usted a: Liberia, Sierra Leona o Guinea? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, infórmenos cuándo llego a E.E.U.U. \_\_\_\_\_ Tiene fiebre? \_\_\_\_\_

¿Requiere usted pre medicamento antibiótico para endocarditis (EBS Profilaxis)? \_\_\_\_\_

¿Requiere usted un sedante oral previo al examen o tratamiento dental? En caso afirmativo, (¿Porqué?) \_\_\_\_\_

Lista de todos los medicamentos que toma actualmente:

Medicamento:	Acción:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Es usted alérgico o tiene reacciones a la:

\_\_\_\_\_ Penicilina(s) \_\_\_\_\_ Aspirina \_\_\_\_\_ Codeína \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**Solo mujeres:** ¿Está usted embarazada? \_\_\_\_\_ ¿En que mes concibió? \_\_\_\_\_

¿Toma usted anticonceptivos o tratamientos hormonales? \_\_\_\_\_

Hágase notar que el uso de los antibióticos puede reducir la eficacia de los anticonceptivos

Favor de poner sus iniciales en el espacio adjunto como afirmación de que entiende este riesgo \_\_\_\_\_

Declaro que la información anterior es precisa y completa a mi leal saber y entender:

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

(Paciente o tutor legal)

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

## PERMISO PARA EXAMINAR Y TRATAR

Nos ha sido usted referido para llevar a cabo una evaluación endodóntica y posiblemente un tratamiento. La consulta inicial consiste en tomar un historial clínico, un examen clínico, las pruebas correspondientes y radiografías. Le presentaremos un diagnóstico y nuestras recomendaciones para su tratamiento.

La terapia de endodoncia se lleva a cabo durante una o hasta dos citas; esto dependerá de su diagnóstico y de la complejidad de su tratamiento. El objetivo de la endodoncia es el de prevenir o eliminar la infección dentro del sistema del canal radicular, con el fin de mantener al diente en un estado de salud normal y libre de dolor. Para lograr esto, será necesario remover el tejido de la pulpa del sistema del canal radicular, para lo cual se desinfectará el canal con medicamento. Las radiografías son necesarias para su tratamiento. Generalmente aplicará una anestesia local durante el tratamiento. También es posible que se requieran antibióticos y analgésicos. Generalmente, solo tendrá un dolor ligero durante los días posteriores al tratamiento, lo cual se controlará con analgésicos sin receta médica. En algunos casos ocurre un dolor agudo, sin embargo, esto no es común, y generalmente viene relacionado con el dolor de los abscesos endodónticos previos al tratamiento.

Los siguientes riesgos pueden ocurrir en cualquier momento del procedimiento:

**RIESGOS:** Las complicaciones resultan por el uso de instrumentos dentales, medicamentos, sedantes para combatir la ansiedad, la anestesia y las inyecciones. Dichas complicaciones incluyen, pero no se limitan a, la inflamación, la sensibilidad, el sangrado, el dolor y la infección. Puede ocurrir la sensación de entumecimiento, hormigueo en el labio y la lengua, la barbilla, las encías, los cachetes y los dientes. Esto es transitorio y en casos raros puede llegar a ser una reacción permanente como resultado de la inyección anestésica, la endodoncia, los cambios en las oclusiones, o los problemas con la articulación temporomandibular (ATM). Puede llegar a haber dolor que irradia en el cuello o en la cabeza. Pueden ocurrir náuseas, vómito y reacciones alérgicas.

**RIESGOS MAS ESPECIFICOS AL TRATAMIENTO DE ENDODONCIA:** Puede ocurrir lo siguiente: instrumento dental quebrado dentro del canal de la raíz, perforaciones (aberturas adicionales en la corona dentaria o en la raíz del diente) daño a las restauraciones tales como las coronas dentarias, a los puentes, a las carillas de porcelana y a las amalgamas. Generalmente se pierde la estructura sólida del diente para lograr el acceso a la raíz. Además, si el paciente tuvo una fractura en un diente y éste fue restaurado por su dentista general, dicha pieza puede llegar a perderse durante el proceso de endodoncia por el hecho de que la pieza tenga los canales radiculares bloqueados por la amalgama, o por que la pieza tenga los canales calcificados (canales extremadamente pequeños), o por instrumentos quebrados, raíces curvadas, fracturas en los dientes.

**OPCIONES DE TRATAMIENTO ALTERNATIVOS A LA ENDODONCIA:** Las dos alternativas a la endodoncia son la extracción de la pieza dental o no recibir tratamiento alguno. Los riesgos que conllevan estas alternativas generalmente son mayores a los de la endodoncia y pueden producir dolor, infección, la propagación de la infección, inflamación y pérdida de la pieza dental.

**RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO:** Yo, el suscrito, como paciente o tutor legal del paciente menor de edad, reconozco que he leído este documento y que doy mi consentimiento a que se lleven a cabo la recomendaciones y los tratamientos de endodoncia. Me reservo el derecho de rechazar tratamiento adicional en cualquier momento y de aceptar las consecuencias de mi decisión. También entiendo que podría ser necesario que yo acuda a mi dentista general de una manera oportuna después del tratamiento de endodoncia o de una restauración permanente de la pieza dental y que el incumplimiento de esta recomendación puede resultar en el fracaso de mi tratamiento de endodoncia por una posible infección bacteriana debido un colapso y fuga de la amalgama temporal.

Entiendo que el tratamiento de endodoncia tiene el objetivo de salvar la pieza dental, que de otra manera requeriría una extracción. Aun cuando la endodoncia tiene un alto grado de éxito, éste no se puede garantizar y podría llegar a necesitarse un tratamiento adicional tal como repetir la endodoncia, una cirugía de endodoncia o la extracción de la pieza.

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

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

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

Testigo: \_\_\_\_\_