

Historial Dental

¿Qué le gustaría que hicieramos hoy? _____ ¿Tiene usted alguna incomodidad dental el dia de hoy? _____

Dentista anterior _____ Domicilio _____

Email del Dentista _____ Tel _____

Fecha del último cuidado dental _____ Fecha de las últimas radiografías _____

Marque (✓) sí o no si a tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mal aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo dulce |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado de las encías | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rechinado de dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo frio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al morder |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La mandibula se salta o hace ruido | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dientes sueltos o rellenos rotos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al calor | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlcera o brotes en la boca |

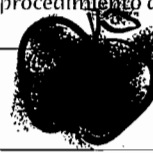
¿Qué tan seguido se cepilla? _____ ¿Que tan seguido usa el hilo dental? _____

¿Cómo se siente sobre la apariencia de sus dientes? _____

¿Alguna vez a experimentado una reacción adversa durante o en conjunto con un medicamento o procedimiento dental? Sí No

Otra información sobre su salud dental o tratamiento previo _____

Historial Médico



Nombre del doctor _____ Tel _____

Fecha de la última visita _____ ¿A tenido alguna enfermedad o operación seria? Sí No

Si si, describa _____

¿Está usted actualmente bajo cuidado médico? Sí No Si si, describa _____

¿Alguna vez a tenido una transfusión de sangre? Sí No Si si, dé las fechas aproximadas _____

¿Alguna vez a tomado Fen-Phen/Redux? Sí No

Mujeres: ¿Está usted embarazada? Sí No ¿Está usted amamantando? Sí No ¿Está usted tomando pildoras anticonceptivas? Sí No

Marque con una palomita (✓) si alguna vez a tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA, VIH positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos persistente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento del riñon | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anafixis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Culebrilla o herpes zoster |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergias a materiales (latex, lana, metal, quimicos) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepcia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Salpullido en la piel |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Válvulas artificiales del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problema de los nervios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Espina bifida |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergia a un tipo de comida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Operación del corazón/ marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Embolia |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuidado psiquiatrico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implantes quirúrgicos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atópico (Propenso a las alergias) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rápida perdida y ganancia de peso | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inflamación de los pies y tobillos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iregularidad cardiaca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades de la sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades respiratorias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hábitos al tabaco |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer | Describe _____ | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dependencia quimica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hemofilia/Hemorragia anormal | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlcera/colitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de circulación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades venerias |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamientos de cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión | | |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en la mandibula | | |

¿Está el paciente actualmente tomando algún medicamento? _____

Si si, enlistelos todos: _____

¿Tiene el paciente alergia a algún medicamento? Si si, enlistelos todos: _____

Autorización

He revisado la información en éste cuestionario y es precisa según mi conocimiento. Entiendo que ésta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algún cambio en mi estatus médico, se lo informare al dentista.

Autorizo a la compañía de seguros indicada en éste formulario a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados que de otra manera fueran pagaderos a mi. Autorizo el uso de ésta firma en todos los peticiones al seguro.

Autorizo al dentista a revelar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy económicamente responsable por todos los cargos ya sean o no pagados por el seguro.

Firma _____ Fecha _____

El pago debe hacerse en su totalidad a la hora del tratamiento al menos que se hayan aprobado arreglos con anterioridad.

GARANTIA DENTAL LIMITADA

Nuestra practica esta orgullosa de los servicios dentales que le proveemos a usted y su familia. Nuestra meta no es solo corregir sus problemas dentales que usted pueda tener, pero también prevenir enfermedades dentales en el futuro ahorrándole tiempo y dinero. El éxito a largo plazo de tratamiento que nosotros proveemos depende de usted; usted debe de cuidar sus dientes y enciñas en casa y debe de visitarnos para limpiezas, reexaminaciones y tratamientos de fluoruro profesionales. Su diagnostico profesional y cuidado recomendado varia dependiendo en sus condiciones individuales.

La primera clave hacia su éxito a largo plazo es el tomarse algunos minutos al día y practicar su cuidado rutinario en casa (lavándose los dientes, usando hilo dental, fluoruro y usando cualquier producto recetado). La segunda clave en su éxito es el visitar a un profesional para sus reexaminaciones, limpiezas, rayos-x y tratamientos de fluoruro cada 3, 4, o 6 meses dependiendo en su condición. Ayúdenos en ayudarle a mantener sus dientes para toda su vida.

Por que estamos confiados en durabilidad de nuestros tratamientos, le ofrecemos las siguientes garantías dentales limitadas.

Fallar en el hacerse su cuidado recetado de limpiezas, exámenes, y rayos x por un profesional en nuestra oficina cancela toda garantía (mínimo de cada 6 meses).

GARANTIA DE UN AÑO

Relleno (color del diente): Si el relleno es nuestra recomendación para su tratamiento, remplazaremos o repararemos el relleno sin costo alguno. Si el diente se quiebra y se necesita una corona, le aplicaremos el costo del relleno hacia la corona.

Sellos Dentales: Le remplazaremos o repararemos sellos dentales dañados por uso normal sin costo.

GARANTIA DE DOS AÑOS

Dentaduras y Dentaduras Parciales: Si su dentadura es dañada por uso normal (un diente se estilla o se rompe, o si se rompe una brida) le repararemos a ningún costo. Esto no incluye accidentes, como si se le caí la dentadura. Pacientes con una dentadura completa para arriba y abajo deben de ser vistos cada 12 meses para manutención.

Coronas, Puentes, Inlays, Onlays o Chapas de Porcelana: Nosotros remplazaremos o repararemos estos tratamientos sin costo si ellos se quiebran, pierden o tienen decadencia con su uso normal. Esto no incluye accidentes que también quebrarían dientes normales y saludables. Si usted usa un guardia de noche como parte de su plan de tratamiento, debe de ser usada todas las noches por toda la noche, y la debe de traer con usted a todas sus visitas dentales.

Coronas de porcelana o oro son similares, excepto que la porcelana se estilla. Aproximadamente una de cada cien coronas de porcelana se astillan y necesitan ser remplazadas. Si su corona de porcelana se estilla en los primeros dos años, nosotros se la remplazaremos sin costo. Si se estilla después de un periodo de dos años, usted será cobrado el costo regular por una corona nueva. Si la corona recomendada es de oro por que usted rechina sus dientes o/y tiene una mordedura fuerte, y usted prefiere una corona/puente de porcelana no habrá garantía por fracturas o si se estilla la porcelana. Por favor considere esto cuando escoja entre porcelana o oro para su corona/puente.

Esta garantía no incluye nada que no ha sido mencionado anteriormente que incluye pero no es limitado a: tratamiento de endodoncia, guardias de noche, ni algún otro daño al diente o prótesis causadas por accidentes, trauma, negligencia o uso inapropiado (por ejemplo: mordiendo hielo, mordiendo cosas que no son comestibles).

Nombre de el/la Paciente (imprimir)

Firma de el/la Paciente/Padre/Madre/Guardián Legal

Fecha

Township Dental Associate, P.L.L.C.

1835 East Baseline Road, Gilbert, AZ 85233 (480-507-5645 www.townshipdental.com)

FORMA DE CONSENTIMIENTO Y POLICA FINANCIAL

Gracias por escoger a nuestra oficina para su cuidado dental. Estamos comprometidos en proveerle excelente cuidado medico, buen servicio, y una atmosfera confortable con consideración para el cuidado dental a plazo largo que usted necesita. Para poder servirle mejor, nuestro dentista/o higienista evaluara cada diente en su boca para cáncer oral y revisara su higiene.

(Después de este párrafo nos referiremos a usted como, "Yo", "Su" o "Usted", el paciente o padre/guardián. "Nosotros" o "Nuestros" se refería a Township Dental Associates, P.L.L.C.)

Como condición de su tratamiento en nuestra oficina, arreglos financieros deben de ser hechos por adelantado. La práctica depende del reembolso de usted el paciente, por los costos incurridos para su cuidado y tratamiento dental. La porción estimada del paciente se paga cuando el tratamiento o procedimiento se le sea proporcionado. Es su responsabilidad de proveernos con su información correcta de azeguranza, incluyendo el nombre, dirección y número de teléfono, nombre del grupo, número de identificación y cualquier otra información pertinente. Nosotros no podremos mandarle el estado de cuenta a su azeguranza o proveerle a usted con un estimado, si no se nos entrega toda esta información antes de que se provea cualquier servicio.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que la cobertura de azeguranza es un estimado y no una garantía del pago actual de mi azeguranza; mi cobertura actual puede ser más o menos del estimado. Yo entiendo y estoy de acuerdo que mi azeguranza ayudara a pagar parte de mi tratamiento y que los estimados hechos para mi son solo estimados. Yo soy ultimadamente responsable por cualquier parte que reste cual no haya sido pagada por mi azeguranza. Yo entiendo y estoy de acuerdo que el contrato de mi cobertura de azeguranza es entre el paciente y la compañía de azeguranza, y Township Dental Associates no tiene acceso a la cobertura o exclusiones de mi plan. Yo entiendo y estoy de acuerdo que cualquier estimado es valido por sesenta días de la fecha original de la examinación de el paciente. Después de eso, los costos están sujetos a cambios sin previo aviso. Yo entiendo y estoy de acuerdo que se me será cobrado un interés de 1.5% por mes por cualquier balance en mi cuenta. Yo entiendo y estoy de acuerdo que yo seré responsable por cualquier costo de colecciones, abogados y/o costos de corte asociados con mi cuenta.

(Iniciales Aquí Por favor) _____

Yo entiendo y estoy de acuerdo que es requerido de mi parte el notificar con un mínimo de 24 horas a la oficina del Dr. Zamani y/o sus empleados si necesito que cambiar mi cita o cancelarla ya que mi cita es reservada exclusivamente para mí. Mi cita dental representa una responsabilidad de el dentista y el/la paciente. La póliza de la oficina es el que los pacientes que lleguen 15 minutos o más tarde se les cambien su cita a otro día. Para poder tener cuidado dental de calidad a precios razonables, es importante que estas citas sean cumplidas. Yo entiendo y estoy de acuerdo que si no doy noticia a tiempo, SE ME SERA COBRADO un recargo equivalente del costo del procedimiento para esa cita, con una cuota minima de \$75.00.

(Iniciales Aquí Por favor) _____

Yo doy mi consentimiento que se usen anestesia local, relajantes, analgesia (gas de risa), antibióticos o medicamento para el dolor si se considera necesario para completar cualquier tratamiento dental. Mujeres tomando anticonceptivos deben de saber que el tomar antibióticos como penicilina o eritromicina podría posiblemente contrarrestar los efectos de la pastilla, y podrían quedar embarazadas.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que cuando algún diente es extraído, hay una posibilidad de infección, fracturas de hueso, parálisis temporal (dormido) del labio, ensilla, lengua y/o cutis facial. Es posible, aunque muy raro, que la parálisis sea permanente.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que una endodoncia (tratamiento al canal del nervio) es un intento de retener el diente que de otra manera tuviera que ser extraído. Aunque la endodoncia (tratamiento al canal del nervio) tiene un promedio alto de éxito, nunca puede ser garantizado. Cuando el diente esta siendo tratado, el canal del nervio puede fracturarse, los instrumentos pueden separarse, y porciones del canal pueden ser inaccesibles con instrumentos o esterilidad. Puede requerir una referencia para especialista con el fin de re-tratarlo, cirugía, o (raramente) extracción.

Yo entiendo que un dentista especialista puede practicar cualquier tratamiento propuesto por esta oficina. *Yo le informare al dentista si yo deseo que un especialista practique el tratamiento propuesto.*

Yo entiendo y estoy de acuerdo que la preparación de dientes para coronas, puentes, y rellenos, puede en ocasiones, traumatizar la pulpa (nervio). Si la pulpa esta en condición débil, puede requerir una endodoncia de el canal del nervio, o extracción en ese diente en el futuro.

Compañías de azeguranza usualmente pagaran 100% por limpieza para adulto. Esta puede o no puede ser la clase de limpieza que usted necesita. Si usted requiere una limpieza profunda o tratamiento mas extensivo, el doctor/ higienista le dejaran saber cuando usted sea examinado. En el evento que usted requiera más que una limpieza de adulto, puede que su azeguranza solamente le provea con beneficios limitados. Por favor este sobré aviso que el paciente debe de segur con cuidado rutinario (limpiezas y examinaciones y rayos-x recomendados) para que nuestra garantía dental sea valida.

DIVORCIO: Esta oficina NO es parte de su divorcio. Pacientes adultos son responsables por su cuenta al tiempo del servicio. Las cuentas de menores son responsabilidad del padre/guardián que esta con ellos durante su cita, sin importar quien es el dueño de la póliza de azeguranza dental.

PACIENTES MENORES: El padre/madre o guardián es REQUERIDO que se quede en la oficina TODO EL TIEMPO de la cita mientras el tratamiento este siendo proporcionado al menor.

Yo le doy mi permiso a Township Dental Associates, P.L.L.C. para contactarme por escrito o por teléfono en casa, trabajo o celular para discutir cualquier motivo relacionado con mi cuanta, citas, tratamiento o cuidado.

Yo e leído las condiciones de tratamiento y pago, y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ *VALIDO POR 12 MESES* Documento debe de ser revisado una vez por año.

RECONOCIMIENTO DE LA NOTIFICACION DE PRIVACIDAD DE LA PRÁCTICA

Township Dental Associates, P.L.L.C.
1835 E. Baseline Road
Gilbert, AZ 85234
(480) 507-5645

Entiendo que, bajo el Acta de la Portabilidad y de la Responsabilidad del Seguro Medico de 1996("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información medica protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planear y dirigir mis tratamientos y próximas visitas en las múltiples proveedores de cuidados médicos que pueden estar envueltos en el tratamiento directamente o indirectamente.
- Obtener pagos de pagadores terciarios.
- Conducir operaciones normales del cuidado medico como chequeo de calidad y certificados médicos.

Reconozco que he recibido su Notificación de Privacidad de la Práctica la cual contiene una descripción mas completa de los usos y formas de divulgación de mi información medica. Entiendo que esta organización tiene el derecho a cambiar su Notificación de Privacidad de la Práctica de vez en cuando y que yo puedo contactar esta organización en cualquier momento a la dirección de arriba para obtener una copia actual de la Notificación de Privacidad de la Práctica.

Entiendo que puedo pedir por escrito que ustedes restrinjan como mi información es usada o divulgada para realizar tratamientos, pagos o operaciones medicas. También entiendo que ustedes no son requeridos a concordar a mis restricciones pedidas, pero si concuerdan entonces tienen que seguir esas restricciones.

Nombre del Paciente _____

Relación con el Paciente _____

Firma _____

Fecha _____

OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this Notice Of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so as documented below:

Date:	Initials:	Reason:
-------	-----------	---------

NOTIFICACION DE PRIVACIDAD DE LA PRÁCTICA (DENTAL)

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA, DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA.
POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.

El Acto de la Portabilidad y de la Responsabilidad del Seguro Medico de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que requiere que todos los expedientes médicos y cualquier otra información de la salud sea usada o divulgada por nosotros de cualquier forma, sea electrónicamente, en papel o oralmente, sea mantenidos correctamente confidencial. Este acto le da a usted, el paciente, significantes nuevos derechos para comprender y controlar como su información médica es usada. "HIPAA" provee penalidades a entidades cubiertas por uso erróneo de información medica personal.

Según los requisitos de la "HIPAA", hemos preparado esta explicación de como nosotros debemos mantener la privacidad de su información medica y como podemos usarla y divulgarla.

Podemos llegar a utilizar y divulgar solo por alguna de estas razones: tratamientos, pagos y operaciones del cuidado de salud.

- **Tratamiento** se refiere a proveer, coordinar, o manejar cuidados médicos y servicios relacionados por uno o más proveedores de cuidados médicos. Un ejemplo de esto seria el servicio de limpieza bucal.
- **Pagos** se refiere a actividades tales como obteniendo el reembolso por los servicios, confirmando cobertura, actividades de colección o facturación, y revisión de la utilización. Un ejemplo de esto seria mandar una factura por su visita a su compañía de seguro por pago.
- **Operaciones del cuidado medico** incluye los aspectos de negocios de funcionamiento de nuestra practica, como conducir chequeos de calidad y mejora de actividades, revisión de funciones, análisis de costos, y servicio al cliente.

Podemos crear y distribuir información medica removiendo todas las referencias de información personal identificable.

Podemos contactarnos con usted para darle recordatorios de visitas o información acerca de tratamientos alternativos u otros beneficios relacionados con salud que quizás le interese a usted.

Cualquier otro uso o divulgaciones se harán solo con su autorización escrita. Usted puede revocar esta autorización en escrito y nosotros estamos requeridos a honrar y seguir la petición escrita, al menos que ya hayamos tomado acción confiando en su autorización anterior.

Tenemos los siguientes de derechos con respecto a la protección de información médica, la cual usted puede usar al presentar una petición escrita al Oficial de Privacidad:

- El derecho de pedir restricciones en ciertos usos y divulgaciones de información medica protegida, incluyendo las relacionadas con divulgación a sus miembros de familia, otros familiares, amigos personales cercanos, o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar la restricción pedida.
- El derecho a pedir razonablemente a recibir comunicaciones confidenciales de información medica de parte nuestra de una manera o localización alternativa.
- El derecho a inspeccionar y fotocopiar su información medica protegida.
- El derecho a corregir su información medica protegida.
- El derecho a recibir una cuenta de divulgaciones de información medica protegida.
- El derecho a obtener una fotocopia de esta notificación si así lo pide.