

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____ Dpto. N.º _____

Ciudad _____ Código postal _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____

Teléfono () _____

Cel./Buscapersonas () _____

Correo electrónico _____

N.º de Seg. Social _____

N.º de lic. de conducir _____

Edad _____ Fecha de nac. _____

PARTE RESPONSABLE (Si es igual a lo anterior, no completar)

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____ Dpto. N.º _____

Ciudad _____ Cód. postal _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____

Teléfono () _____

N.º de Seg. Social _____ N.º de lic. _____

Parentesco con el paciente _____

Edad _____ Fecha de nac. _____

EMPLEO

Ocupación _____

Empleador _____

¿Durante cuánto tiempo? _____

Dirección comercial _____

Ciudad _____ Cód. postal _____

Tel. comercial () _____ Ext. N.º _____

Verificado por _____ Fecha _____

(Para uso exclusivo de la institución)

REFERENCIAS

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____

Tel. () _____

Nombre _____

Tel. () _____

Nombre del cónyuge _____
Apellido _____ Nombre _____

Tel. laboral del cónyuge () _____

PERSONA A QUIÉN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Apellido _____ Nombre _____

Tel. () _____

Médico _____ Tel. () _____

MÁS SOBRE USTED

¿Algún miembro de su familia necesita atención dental?
 Si es así, indique el nombre y el parentesco (hijo, hija, esposo)

1: _____ 2: _____
 3: _____ 4: _____

¿Cómo se enteró de esta institución? (Marque una opción)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familiar-amigo (400) | <input type="checkbox"/> Plan de seguro (460) |
| <input type="checkbox"/> ConfiDent® (440) | <input type="checkbox"/> Televisión (020) |
| <input type="checkbox"/> Periódico (470) | <input type="checkbox"/> Radio (030) |
| <input type="checkbox"/> Cartelera (050) | <input type="checkbox"/> Páginas amarillas (120) |
| <input type="checkbox"/> Folleto/cupón (490) | <input type="checkbox"/> Correo postal directo/tarjeta (480) |
| <input type="checkbox"/> Letrero de la institución (420) | <input type="checkbox"/> Internet/sitio web (190) |
| <input type="checkbox"/> Calcomanía de la institución (430) | |

Deseo obtener información en español: Sí NO

SEGURO / PLAN DENTAL

Principal: Seguro PPO HMO (Marque una opción)

Nombre del plan _____

Dirección _____

Ciudad, cód. postal _____

N.º telefónico del plan/seguro _____

Empleador _____

Sindicato/Local _____ Grupo N.º _____ Plan N.º _____

Nombre del asegurado _____

N.º de Seg. Social _____ Fecha de nac. _____

SEGURO / PLAN DENTAL

Secundario: Seguro PPO HMO (Marque una opción)

Nombre del plan _____

Dirección _____

Ciudad, cód. postal _____

N.º telefónico del plan/seguro _____

Empleador _____

Sindicato/Local _____ Grupo N.º _____ Plan N.º _____

Nombre del asegurado _____

N.º de Seg. Social _____ Fecha de nac. _____

1. Certifico que la información brindada es precisa y se confiará en ella para otorgar crédito y proporcionar servicios dentales. Entiendo que soy el responsable financiero de los costos que, por cualquier motivo, no estén cubiertos ni pagados por mi seguro.
2. Al firmar abajo, los autorizo a verificar la información sobre mí y sobre cualquier otro solicitante y a intercambiar dicha información, incluso a solicitar informes a agencias de informes crediticios.
3. Autorizo el pago directo al odontólogo de todos los beneficios del seguro grupal que, de otro modo, se me pagarían a mí. Entiendo que soy el responsable financiero de cualquier costo no cubierto por esta autorización. Autorizo la revelación de todo tipo de información relacionada con cualquier tipo de reclamos dentales.
4. Entiendo que este consultorio dental es propiedad de un odontólogo independiente y es administrado por dicha persona. Admito que cada dentista es el responsable individual de la atención dental que me otorga y que ningún otro dentista o entidad corporativa es responsable de mi tratamiento dental.

Firma de la parte responsable o del paciente
 (Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Fecha

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ APELLIDO _____ NOMBRE _____ FECHA DE NAC.: _____ EDAD: _____

HISTORIA CLÍNICA DENTAL

1. **Razón de la visita/Problema principal** Control Limpieza Dolor de muelas Otro _____
2. ¿Padece de alguna otra afección sobre la cual debemos saber? SÍ NO Si es sí, especifique: _____
3. ¿Cuándo fue por última vez a un dentista? _____ 4. ¿Qué tratamiento le realizó? _____
5. ¿Terminó el tratamiento? _____ 6. ¿Cuándo se realizó una radiografía? _____
7. ¿Se hizo una limpieza? SÍ NO 8. ¿Se ha realizado un tratamiento para las encías (periodontal)? SÍ NO
9. ¿Ha tenido alguna vez una hemorragia prolongada después de una extracción? SÍ NO Si es sí, especifique: _____
10. ¿Ha tenido algún problema con tratamientos dentales previos? SÍ NO Si es sí, especifique: _____
11. ¿Le rechinan los dientes, aprieta mucho los maxilares o tiene síntomas cerca de los oídos como "clics", sensación de que se le destapa el oído, dolor o sensación de que no puede cerrar la mandíbula? SÍ NO Si es sí, especifique: _____
12. ¿Le han diagnosticado alguna vez o lo han tratado por disfunción de la articulación temporomaxilar (TMD o TMJ)? SÍ NO Si es sí, especifique: _____
13. ¿Le sangran fácilmente las encías? SÍ NO 14. ¿Siente que tiene mal aliento? SÍ NO
15. ¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío? SÍ NO 16. ¿Le gustaría tener dientes más blancos? SÍ NO
17. ¿Le agrada su sonrisa? SÍ NO Si es no, explique: _____

HISTORIA CLÍNICA

1. ¿Está recibiendo atención médica en este momento? SÍ NO Si es sí, especifique: _____
Nombre del médico: _____ Tel. del médico: () _____
2. ¿Es alérgico a la penicilina, la codeína, los anestésicos locales, los tranquilizantes o algún otro medicamento? _____
3. ¿Está tomando algún medicamento en este momento (incluidos anticonceptivos)? SÍ NO Si es sí, especifique: _____
4. (Mujeres) ¿Está embarazada? SÍ NO Si es sí, especifique de cuántos meses: _____ ¿Está amamantando? SÍ NO
5. ¿Padece algún otro problema de salud que deberíamos tener en cuenta? Especifique: _____
6. ¿Tuvo o tiene alguna de las siguientes enfermedades?

Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico	Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico
VÁLVULA CARDÍACA ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HEPATITIS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SIDA/VIH+	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL ALTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ANEMIA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ICTERICIA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ANGINAS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	REEMPLAZO DE ARTICULACIONES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ARTRITIS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD RENAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ASMA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ALERGIA AL LÁTEX	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TERAPIA CON BISFOSFONATOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS HEPÁTICOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HEMORRAGIAS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL BAJA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CÁNCER	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PULMONAR	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
QUIMIO/RADIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MARCAPASOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CIRUGÍA ESTÉTICA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FIEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MAREOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS EN SENOS NASALES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ADICCIÓN A DROGAS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LA APNEA DEL SUEÑO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ENFISEMA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DERRAME CEREBRAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DESMAYOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROB. DE TIROIDES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN	
ATAQUE/CIRUGÍA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TEMPOROMAXILAR	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SOPLO/PROBLEMAS CARDÍACOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		ENFERMEDAD VENÉREA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

He respondido todas las preguntas en su totalidad y con precisión, según mi leal saber y entender. Informaré a mi odontólogo de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Certifico también que doy consentimiento para realizarme radiografías y un examen oral.

Firma del paciente _____ Fecha _____
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Firma del médico _____

ACTUALIZACIÓN MÉDICA:

1. Firma del paciente _____ Firma del médico _____ Fecha _____
2. Firma del paciente _____ Firma del médico _____ Fecha _____
3. Firma del paciente _____ Firma del médico _____ Fecha _____

CALIFORNIA DENTAL

Consentimiento Informado Odontología General

Los pacientes deben completar los siguientes puntos del 1 al 4 y del 5 al 13 según sea necesario.

1. EXÁMENES Y RAYOS X

Entiendo que la primera visita puede requerir radiografías para completar la examinación, diagnóstico y tratamiento. Comprendo que los trabajos que se me realizarán se harán conforme a lo detallado en el plan de tratamiento adjunto.

(Iniciales _____)

2. DROGAS, MEDICACIÓN Y SEDACIÓN

He recibido información sobre el hecho de que los antibióticos, analgésicos y cualquier otra medicación pueden provocar reacciones alérgicas que producen enrojecimiento y tumefacción de los tejidos, dolor, prurito, vómitos o choque anafiláctico (reacción alérgica severa) y comprendo tal hecho. Le he informado al dentista sobre las reacciones alérgicas que sé que padezco. Estos medicamentos pueden provocar somnolencia, pérdida de conciencia y de coordinación, las cuales pueden incrementarse por el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y estoy completamente de acuerdo con que no debo conducir ningún vehículo ni utilizar ningún aparato peligroso por lo menos durante las 12 horas posteriores a la medicación o hasta estar recuperado totalmente de los efectos de la anestesia, la medicación y las drogas que se me puedan haber suministrado para mi cuidado. Comprendo que toda administración de medicamentos recetados que no cumpla con la prescripción médica recibida puede presentar riesgos de continuidad de la infección y el dolor o de incremento de la gravedad de éstos y riesgos de una potencial resistencia al tratamiento efectivo de mi enfermedad. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales (píldoras para el control de la natalidad). Comprendo que todos los medicamentos potencialmente pueden estar acompañados de riesgos, efectos secundarios e interacción de fármacos. Por lo tanto, es de suma importancia que le informe a mi dentista de todos los medicamentos que estoy tomando actualmente.

El consentimiento informado por escrito, en el caso de un menor, incluirá, pero no se limita a, la siguiente información: y el seguimiento de la anestesia general pueden variar dependiendo del tipo de procedimiento, el tipo de médico, la edad y la salud del paciente y el entorno en el que se proporciona la anestesia. Los riesgos pueden variar con cada situación específica. Le animamos a explorar todas las opciones disponibles para la anestesia de su hijo para su tratamiento dental, y consulte con su dentista o pediatra según sea necesario.

(Iniciales _____)

3. MODIFICACIONES EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario modificar o agregar procedimientos debido a que, al trabajar en los dientes, se encuentren enfermedades que no se detectaron en el momento del examen. El más común es el tratamiento de conducto radicular realizado luego de procedimientos restaurativos de rutina. Autorizo al dentista a realizar todos los cambios o agregados que sean necesarios.

(Iniciales _____)

4. DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR

Entiendo que pueden intensificarse o aparecer sonidos extraños en la mandíbula, bloqueo de ésta y dolor en la articulación del maxilar inferior (cerca del oído) después de los tratamientos dentales de rutina en donde la boca permanece abierta. Aunque los síntomas de disfunción de la articulación temporomaxilar asociados al tratamiento dental generalmente son transitorios por naturaleza y perfectamente tolerados por la mayoría de los pacientes, entiendo que si surge la necesidad de un tratamiento, seré referido a un especialista y que yo seré responsable de su costo.

(Iniciales _____)

5. PROFILAXIS DENTAL (LIMPIEZA)

Entiendo que este tratamiento es preventivo e intencionado para pacientes con encías saludables, y limitado para solamente eliminar placa dental y sarro de las estructuras dentales que no contienen enfermedades periodontales.

(Iniciales _____)

6. RELLENOS

Entiendo que puede ser necesaria una restauración más extensa que la que se diagnosticó originalmente debido a caries adicionales o a que durante la preparación se encuentre una estructura dental sin apoyo. Esto puede hacer necesarias otras medidas para devolver al diente su funcionamiento normal. Algunas pueden ser el tratamiento de conducto radicular, las coronas o ambos. Entiendo que debo tener cuidado al masticar sobre los rellenos durante las primeras 24 horas para evitar que se rompan. Comprendo que la sensibilidad es un efecto secundario común de un relleno recién colocado.

(Iniciales _____)

7. EXTRACCIÓN DE DIENTES

He recibido información respecto de otras opciones distintas de la extracción (tratamiento de conducto radicular, corona y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista a extraer los siguientes dientes _____ y cualquier otro que sea necesario según las razones expuestas en el párrafo n.º

3. Entiendo que al extraer los dientes no siempre se extrae toda la infección, si la hubiere, y que puede ser necesario realizar un tratamiento adicional. Comprendo los riesgos que implica la extracción de dientes, entre los que se encuentran dolor, tumefacción, propagación de la infección, alvéolos secos, senos descubiertos, pérdida de sensibilidad en los dientes, en los labios, la lengua y en los tejidos circundantes (parastesia) que puede durar por un período de tiempo indefinido, o mandíbula fracturada. Entiendo que la hemorragia podría durar varias horas. Si persiste, especialmente si es intensa, debe recibir tratamiento y ponerse en contacto con este consultorio. Entiendo que pudiera necesitar tratamiento adicional de un especialista o hasta hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento y que yo seré responsable de su costo.

(Iniciales _____)

8. CORONAS, PUENTES, CARILLAS Y ENLACES

a. Entiendo que a veces no es posible duplicar el color de un diente natural en un diente artificial. Comprendo además que puedo tener que usar coronas temporarias, las cuales pueden desprenderse fácilmente, y que debo ser cuidadoso para garantizar que permanezcan fijas hasta que me entreguen las coronas permanentes. Sé que el momento previo a la cementación será la última oportunidad para realizar modificaciones en mi corona, puente o carillas nuevos (incluye forma, adaptación, tamaño y color). Se me ha explicado que, en muy pocos casos, los procedimientos cosméticos pueden producir la necesidad de un futuro tratamiento de conducto radicular, el cual no siempre puede detectarse con anticipación o pronosticarse. Entiendo que los procedimientos cosméticos pueden afectar la superficie del diente y requerir modificaciones en los procesos de higiene diaria. También es mi responsabilidad regresar al dentista para una cementación permanente dentro de los 20 días posteriores al alistamiento del diente. Demoras excesivas en la visita al dentista pueden causar caries, movimientos dentales, enfermedades de encía o problemas de mordida. Esto puede requerir una nueva corona, puente o carilla. Entiendo que habrá gastos adicionales por la nueva corona, puente o carilla u otro tratamiento debido a la demora en realizar la cementación permanente.

(Iniciales _____)

b. Elijo utilizar metal noble, muy noble o porcelana en vez de metal básico en la restauración de mis coronas y puentes.

(Iniciales _____)

c. Elijo realizar un puente fijo o implantar un reemplazo de los dientes perdidos en vez de un aparato móvil. Entiendo que este puente fijo o implante y la corona pueden no estar incluidos dentro de la cobertura de mi póliza de seguro.

(Iniciales _____)

9. PRÓTESIS- TOTAL O PARCIAL

Sé que las prótesis totales o parciales son artificiales y están fabricadas de plástico, metal o porcelana. He recibido información detallada sobre los problemas de usar estos aparatos, entre otros, los problemas de movilidad de los dientes, dolor y posible quebradura. Comprendo que la visita para la prueba de "dientes en cera" será la última oportunidad para realizar modificaciones en mi nueva prótesis (incluye forma, adaptación, tamaño, colocación y color). Las prótesis de inserción inmediata (colocación de prótesis inmediatamente después de las extracciones) pueden ser molestas en un principio y necesitar varios ajustes y rebasados. Luego será necesario realizar un rebasado permanente de la prótesis o colocar un segundo conjunto de prótesis. Esto no está incluido en el costo inicial de la prótesis. Entiendo que la mayoría de las prótesis necesitan ser rebasadas aproximadamente de tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en el costo inicial de la prótesis. Entiendo que es mi responsabilidad regresar al dentista para la entrega de las prótesis. Comprendo que el incumplimiento de las citas de entrega puede tener como resultado prótesis incorrectamente colocadas. Si es necesaria una nueva prótesis debido a mi demora superior a 30 días, habrá costos adicionales.

(Iniciales _____)

10. ENDODONCIA (CONDUCTO RADICULAR)

Sé que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular podrá salvar mi diente, que pueden surgir complicaciones del tratamiento y que, ocasionalmente, el material del tratamiento puede extenderse más allá del ápice dental, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. El diente puede estar sensible durante el tratamiento e incluso permanecer así por algún tiempo luego de éste. Una de las razones principales por las que los tratamientos de conducto radicular fallan es la fractura de raíz, que es difícil de detectar. Debido a que los dientes con tratamiento de conducto radicular son más frágiles que otros, se necesita una corona para fortalecer y preservar el diente. Entiendo que las limas endodónticas y los ensanchadores son instrumentos muy delicados y que las tensiones pueden separarlos durante su uso. Entiendo que, ocasionalmente, pueden necesitarse procedimientos quirúrgicos adicionales luego del tratamiento del ápice radicular (apicectomía). Comprendo que el diente puede perderse a pesar de todos los esfuerzos realizados para salvarlo.

(Iniciales _____)

11. TRATAMIENTO PERIODONTAL

Entiendo que tengo una enfermedad grave que causa inflamación de la encía y/o pérdida del hueso, y que puede conducir a la pérdida de mis dientes y/o a condiciones sistémicas negativas (como diabetes incontrolada, enfermedades cardiovasculares y parto prematuro, etc.). He recibido información detallada sobre planes de tratamiento alternativos, entre ellos, el tratamiento no quirúrgico, tratamientos antibióticos/antibacterianos, la cirugía de encías y/o las extracciones. Entiendo que el éxito de cualquier tratamiento depende, en parte, de mi esfuerzo por cepillarme los dientes y limpiarlos con hilo dental diariamente, recibir limpiezas regulares según se indique, seguir una dieta saludable, evitar productos a base de tabaco y seguir otras recomendaciones. Entiendo que la hemorragia podría durar varias horas. Si persiste, especialmente si es intensa, debe recibir tratamiento y ponerse en contacto con este consultorio. Entiendo que la enfermedad periodontal puede tener un efecto adverso futuro en el éxito a largo plazo del trabajo restaurativo dental.

(Iniciales _____)

12. IMPLANTES

Entiendo que las restauraciones dentales no son permanente y que la colocación de un implante(s) puede ser limitado a causa de las limitaciones anatómicas del paciente. Se me ha informado de que siempre existe la posibilidad de que el implante (s) no funcione a causa de que los tejidos del cuerpo no fisiológicamente acepten estos implante (s) artificiales, y las infecciones pueden ocurrir después de la cirugía, que puede resultar en tener que remover el implante afectado (s). Comprendo existe la posibilidad de daño a los nervios de la cara y de los tejidos de la cavidad oral, y el entumecimiento puede ser temporal, o en raras ocasiones, permanente. Entiendo que es absolutamente necesario que después de obtener tratamiento de implantes debo someterme regularmente a exámenes y limpiezas periódicamente. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de hacer citas y reportarme de acuerdo a las instrucciones del dentista.

(Iniciales _____)

13. BLANQUEAMIENTO

El blanqueamiento es un procedimiento realizado en el consultorio (aproximadamente 1 hora) o con receptáculos de uso domésticos (varios tratamientos durante 2 a 4 semanas). El grado de coloración blanca varía con cada individuo. El paciente promedio logra cambios importantes (de 1 a 3 tonos de la guía de tonos dentales). El café, el té y el tabaco mancharán los dientes después del tratamiento y deberán evitarse durante, por lo menos, las 24 horas posteriores a él. Entiendo que puedo experimentar sensibilidad en los dientes o inflamación de la encía, las cuales podrían desaparecer cuando se termine con el tratamiento. El dentista puede prescribir tratamientos de fluoruro para reducir la sensibilidad. El peróxido de carbamida y otras soluciones de peróxido utilizadas para blanquear los dientes están aprobadas por la FDA (Food and Drug Administration, Administración de Fármacos y Alimentos) como antisépticos bucales. Su utilización como agentes blanqueadores posee riesgos desconocidos. La aceptación del tratamiento implica la aceptación de los riesgos. Se les aconseja a las mujeres embarazadas consultar con su médico antes de comenzar el tratamiento.

(Iniciales _____)

14. ÓXIDO NITROSO

Elijo utilizar óxido nitroso conjuntamente con mi tratamiento dental. He recibido información sobre los posibles efectos secundarios que puede provocar y los comprendo, entre ellos, náuseas, vómitos, mareos y dolor de cabeza. Entiendo que no se recomienda el uso de óxido nitroso si estoy embarazada.

(Iniciales _____)

15. BENEFICIOS DENTALES

Entiendo que mi seguro puede proveer únicamente el mínimo nivel de cuidado dental. Comprendo que suscribirme a un seguro y recibir un beneficio es mi responsabilidad. Elijo seguir las recomendaciones del dentista relacionadas con un tratamiento dental óptimo.

(Iniciales _____)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, en consecuencia, aun los profesionales más respetados no pueden garantizar los resultados. Admito que nadie ha asegurado ni garantizado el tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y que es individualmente responsable por la atención dental que me otorga. También entiendo que ningún otro dentista o entidad corporativa, que no sea la del dentista que me atiende, es responsable por mi tratamiento dental. Reconozco haber recibido instrucciones postoperatorias y comprenderlas, y haber sido citado para regresar en una fecha determinada.

Firma: _____ Fecha: _____

Doctor: _____ Fecha: _____

CALIFORNIA DENTAL

1009 Glenoaks Blvd, San Fernando CA 91340

Phone 818.361.3889 | Fax 818.361.6280 | Email contact@california-dental.net

www.california-dental.net



Póliza Financiera

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención dental posible. Nuestras tarifas reflejan nuestro compromiso profesional con la excelencia. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y comprensión de nuestra política financiera y de pagos.

Ofrecemos los siguientes métodos de pago. El pago total se debe realizar en el momento del servicio.

➤ Se aceptan efectivo, cheque, tarjeta de débito, MasterCard, Visa, Discover y American Express.

Para los pacientes con seguro, aceptaremos el pago directamente de la compañía de seguros, pero requerimos que el deducible y las tarifas no cubiertas se paguen en cada visita.

Colaboramos con Care Credit para una opción de financiación. Las solicitudes se pueden completar en línea en www.carecredit.com o en la oficina con la ayuda de nuestros recepcionistas.

Si se aprueba, imprima la aprobación con nuestro número de cuenta y tráigala a su cita.

Cualquier padre / tutor que traiga a un niño a nuestra oficina es legalmente responsable del pago de todos los servicios prestados.

No facturamos a los padres individuales el copago del niño.

Para su comodidad, brindamos a los pacientes la opción de autorizar el uso de su tarjeta de crédito. Estas autorizaciones permiten a California Dental cobrar en la tarjeta de crédito de un paciente los copagos impagos o los saldos de las cuentas en nuestra oficina sin su presencia, pero solo con su consentimiento.

Información importante sobre sus beneficios dentales

Su programa de beneficios dentales es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros.

No somos parte de ese contrato. Esta oficina presenta su seguro como cortesía hacia usted. No todos los servicios dentales son un beneficio cubierto en todos los contratos.

Es su responsabilidad conocer sus beneficios

Usted (no la compañía de seguros) es responsable ante nosotros de todos nuestros honorarios por los servicios que le prestamos. Se dará un ESTIMADO de los beneficios que se espera que pague la compañía de seguros. Recuerde que esto es solo una ESTIMACIÓN y que el costo real puede variar.

Cita roto/Perdida

Reserva de citas un tiempo específico con el dentista o higienista para realizar y brindar la atención que necesitas. Estos horarios programados se planifican para su conveniencia y tienen un gran valor. Requerimos un aviso de 48 horas para cancelar o reprogramar su cita, si no se da un aviso de 48 horas, se cobrará una tarifa de \$ 65.00.

RECONOZCO QUE HE RECIBIDO Y ACEPTADO LAS POLÍTICAS FINANCIERAS Y DE PAGOS DENTALES DE CALIFORNIA

Paciente o Persona Responsable: _____

Fecha: _____

Firma: _____

CALIFORNIA DENTAL

Forma de consentimiento para tratamiento dental general COVID-19 Pandemia

1. Doy mi consentimiento a sabiendas y voluntariamente al tratamiento dental por parte del Proveedor Dental de la Práctica Dental de California y cualquier asociado y empleado designado durante la pandemia de COVID-19.
2. Entiendo que Dental Proveedor de California Dental Práctica sigue las pautas de los CDC en cuanto a protocolos de tratamiento y control de infecciones.
3. No tengo conocimiento de ser un posible portador o estar infectado: Confirmando que no he dado positivo por COVID-19 en los últimos 30 días y que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19:
 - a. Fiebre de 100,5 grados Fahrenheit o 37 grados Celsius o más:
 - b. Dificultad para respirar
 - c. Tos seca
 - d. Nariz congestionada
 - e. Dolor de garganta
 - f. Sentido disminuido del gusto y el olfato.
4. Contacto con personas infectadas: confirmo que no he estado conscientemente en contacto cercano definido como 6 pies o menos por una duración de quince minutos o más con alguien que haya dado positivo por COVID-19 en los últimos 14 días, o con alguien que ha tenido los síntomas mencionados anteriormente en los últimos 14 días.
5. Viajes públicos: confirmo que no he viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 14 días. Confirmando que no he viajado al país en una aerolínea comercial, autobús o tren en los últimos 14 días.
6. Entiendo que el virus COVID-19 tiene un período de incubación prolongado durante el cual es posible que los portadores del virus no muestren síntomas y aún así sean altamente contagiosos. Es imposible determinar quién lo tiene y quién no da las limitaciones y disponibilidad actuales en las pruebas virales COVID-19. Entiendo que numerosos procedimientos dentales crean agua pulverizada, que es una de las formas en que se propaga la enfermedad. La naturaleza ultrafina del aerosol puede permanecer en el aire durante horas, lo que puede transmitir el virus COVID-19.
7. Riesgo de transmisión: Entiendo que debido a la frecuencia de visitas de otros pacientes dentales, las características del virus y las características de los procedimientos dentales, puedo tener un riesgo elevado de contraer el virus simplemente por estar en un consultorio dental. , a pesar de que se están observando las pautas de los CDC y del Departamento de Salud Pública de California.

Consentimiento Informado

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre los riesgos de contraer COVID-19 en el consultorio dental y los procedimientos dentales. Reafirmo que no soy portador de COVID-19 ni estoy infectado con COVID-19 a mi leal saber y entender. Asumo voluntariamente todos los riesgos médicos/dentales razonables, incluido el riesgo sustancial y significativo de daño grave, si lo hubiera, que pueda estar asociado con cualquier fase de mi tratamiento como resultado de la pandemia de COVID-19. Reconozco que se me ha explicado la naturaleza y el propósito de los procedimientos dentales recomendados si es necesario y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Paciente o Persona Responsable: _____

Fecha: _____

Firma: _____