

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

NOMBRE \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_ TELÉFONO PARTICULAR \_\_\_\_\_

NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

MARQUE EL CUADRO CORRESPONDIENTE:  MENOR  SOLTERO(A)  CASADO(A)  DIVORCIADO(A)  VIUDO(A)  SEPARADO(A)

SI ES ESTUDIANTE UNIVERSITARIO A TIEMPO COMPLETO O PARCIAL,  
NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

EMPLEADOR DEL PACIENTE O DEL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN COMERCIAL \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CÓNYUGE O DEL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

¿A QUIÉN LE PODEMOS AGRADECER POR DERIVARLO? \_\_\_\_\_

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

## PARTE RESPONSABLE

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE DOMICILIO \_\_\_\_\_

NO. DE LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

¿ESTÁ PERSONA ES ACTUALMENTE PACIENTE DE NUESTRA CONSULTA?  SÍ  NO

## INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE EMPLEO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ NO. DE SINDICATO O GREMIO LOCAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ TELÉFONO # \_\_\_\_\_ NO. DE GRUPO \_\_\_\_\_ NO. DE PÓLIZA/IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

¿DE CUÁNTO ES SU DEDUCIBLE? \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTO HA USADO? \_\_\_\_\_ ¿BENEFICIO MÁXIMO ANUAL? \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL?  SÍ  NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE EMPLEO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ NO. DE SINDICATO O GREMIO LOCAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ TELÉFONO # \_\_\_\_\_ NO. DE GRUPO \_\_\_\_\_ NO. DE PÓLIZA/IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

¿DE CUÁNTO ES SU DEDUCIBLE? \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTO HA USADO? \_\_\_\_\_ ¿BENEFICIO MÁXIMO ANUAL? \_\_\_\_\_

ITEM 081-4892/18622 COLWELL 1-800-837-1140

X

SI ES MENOR DE EDAD, FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL PACIENTE

NÚMERO DEL PACIENTE

REGISTRO

# ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

AUNQUE EL PERSONAL DENTAL TRATA PRINCIPALMENTE EL ÁREA INTERNA Y ALREDEDOR DE LA BOCA, ÉSTA ES PARTE DEL CUERPO EN SU TOTALIDAD. LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE PUEDE TENER, O LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA, PODRÍAN TENER UNA INTERRELACIÓN IMPORTANTE CON EL SERVICIO ODONTOLÓGICO QUE RECIBIRÁ. GRACIAS POR RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

	SÍ	NO		SÍ	NO
1. ¿ESTÁ EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿HA NECESITADO ALGUNA VEZ UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿HA NOTADO ALGÚN CAMBIO EN SU ESTADO GENERAL DE SALUD DURANTE EL ÚLTIMO AÑO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿HA BAJADO RECIENTEMENTE DE PESO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO: _____			12. ¿HA TOMADO ALGUNA VEZ FEN-PHEN/REDUX? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. NOMBRE DEL MÉDICO _____ DIRECCIÓN _____ NO. DE TELÉFONO _____			13. ¿FUMA TABACO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿ESTÁ BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿USA O HA USADO SUSTANCIAS CONTROLADAS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿HA ESTADO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ POR ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O ENFERMEDAD GRAVE? EXPLIQUE. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿ESTÁ USANDO LENTES DE CONTACTO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO(S) INCLUIDOS LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA? SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁ TOMANDO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿TIENE TOS O ACLARACIÓN PERSISTENTE DE LA GARGANTA NO ASOCIADA CON UNA ENFERMEDAD CONOCIDA (QUE HAY A DURADO MÁS DE TRES SEMANAS)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿HA TENIDO ALGUNA HEMORRAGIA ANORMAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, AFECCIÓN O PROBLEMA QUE NO SE HAYA INDICADO ANTES QUE CREA QUE DEBA SABER? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿SE HACE MORETONES CON FACILIDAD? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>SÓLO MUJERES:</b>		
			¿ESTÁ EMBARAZADA O CREE QUE PUEDA ESTARLO? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			¿ESTÁ AMAMANTANDO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			¿ESTÁ TOMANDO PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SÍ	NO		SÍ	NO
<b>¿ES ALÉRGICO O HA TENIDO REACCIONES A:</b>			RONCHAS O SARPULLIDOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANESTESIA LOCAL COMO LA NOVOCAÍNA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPISODIOS DE DESMAYOS O MAREOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PENICILINA U OTRO ANTIBIÓTICO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTOS CON SULFA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA O INFECCIÓN DE VIH? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BARBITÚRICOS, SEDANTES O PÍLDORAS PARA DORMIR? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS A LA TIROIDES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASPIRINA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALERGIAS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YODO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARTRITIS O REUMATISMO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALGÚN METAL (POR EJEMPLO, NÍQUEL, MERCURIO, ETC.)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IMPLANTE O REEMPLAZO DE ARTICULACIÓN? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÁTEX/GOMA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÚLCERA ESTOMACAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS (INDIQUE) _____			PROBLEMAS AL RIÑÓN? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>¿TIENE O HA TENIDO LO SIGUIENTE:</b>			TUBERCULOSIS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARDIOPATÍA REUMÁTICA O FIEBRE REUMÁTICA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS PERSISTENTE? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIEBRE ESCARLATINA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS CON SANGRE? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEFECTO CARDIACO O SOPLO CARDIACO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QUIMIOTERAPIA (CÁNCER, LEUCEMIA)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS CARDIACOS, ATAQUE CARDIACO O ANGINA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR EN EL PECHO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA O CONVULSIONES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS PARA RESPIRAR? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANEMIA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARCAPASOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GLAUCOMA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRUGÍA CARDIACA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NERVIOSISMO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESIÓN ARTERIAL ALTA/BAJA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AMIGDALITIS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMA CONGÉNITO DEL CORAZÓN? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUMORES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HINCHAZÓN DE PIES, TOBILLOS, MANOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN DE SALUD MENTAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS, ICTERICIA O ENFERMEDAD HEPÁTICA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS LUMBARES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DERRAME CEREBRAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEPENDENCIA DE FÁRMACOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS SINUSALES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS PULMONARES O RESPIRATORIOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO CON CORTISONA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASMA O FIEBRE DEL HENO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERPES LABIAL/AMPOLLAS POR FIEBRE? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			HIPOGLUCEMIA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ITEM 081-4608/18623 COLWELL 1.800.637.1140

NÚMERO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

# ANTECEDENTES MÉDICOS

# ANTECEDENTES DENTALES DEL PACIENTE

FORMULARIO DENTAL 01

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

RAZÓN DE ESTA VISITA \_\_\_\_\_

¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMA VISITA DENTAL? \_\_\_\_\_ ¿QUÉ LE HICIERON ENTONCES? \_\_\_\_\_

¿CON QUÉ FRECUENCIA VISITÓ AL DENTISTA ANTES DE ESOU? \_\_\_\_\_

DENTISTA ANTERIOR (NOMBRE Y UBICACIÓN) \_\_\_\_\_

¿LE HAN HECHO UNA SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFÍAS DENTALES (RAYOS X)? INDIQUE CUÁNDO Y DÓNDE \_\_\_\_\_

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE CEPILLA LOS DIENTES? \_\_\_\_\_

¿CON QUÉ FRECUENCIA USA SEDA DENTAL EN LOS DIENTES? \_\_\_\_\_

¿EL AGUA POTABLE QUE USA ES FLUORADA? \_\_\_\_\_

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿SANGRAN SUS ENCÍAS MIENTRAS SE CEPILLA O USA LA SEDA DENTAL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿SE MUERDE LOS LABIOS O MEJILLAS CON FRECUENCIA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SUS DIENTES SON SENSIBLES A LOS LÍQUIDOS O ALIMENTOS FRÍOS O CALIENTES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA NOTADO ALGÚN DIENTE SUELTO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SUS DIENTES SON SENSIBLES A LOS LÍQUIDOS O ALIMENTOS DULCES O AMARGOS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUEDA ATRAPADA LA COMIDA ENTRE SUS DIENTES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SIENTE DOLOR EN ALGUNO DE SUS DIENTES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO PERIODONTAL (ENCÍAS)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿TIENE ALGUNA LLAGA O BULTO EN LA BOCA O ALREDEDOR DE ELLA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ALGUNA VEZ USÓ UNA PLACA DE MORDIDA U OTRO APARATO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿HA TENIDO LESIONES EN LA CABEZA, CUELLO O MANDÍBULA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA TENIDO EXTRACCIONES DIFÍCILES EN EL PASADO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿HA EXPERIMENTADO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN LA MANDÍBULA?			¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA HEMORRAGIA PROLONGADA DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHASQUIDOS .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿USA PRÓTESIS TOTALES O PARCIALES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR (ARTICULACIÓN, OÍDO, COSTADO DE LA CARA) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI LA RESPUESTA ES SÍ, FECHA DE POSTURA _____		
DIFICULTAD PARA ABRIRLA O CERRARLA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ INSTRUCCIONES DE HIGIENE BUCAL CONCERNIENTE AL CUIDADO DE SUS DIENTES Y ENCÍAS? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFICULTAD PARA MASTICAR .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿TIENE DOLOR DE CABEZA FRECUENTES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿APRIETA O RECHINA LOS DIENTES? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI PUDIERA CAMBIAR ALGO DE SU SONRISA, ¿QUÉ SERÍA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN Y ENTREGA DE INFORMACIÓN**

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y QUE COMPRENDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR. A MI ENTENDER, LAS PREGUNTAS ANTERIORES SE HAN CONTESTADO EN FORMA PRECISA. COMPRENDO QUE PROPORCIONAR INFORMACIÓN INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD. YO AUTORIZO AL DENTISTA A ENTREGAR CUALQUIER INFORMACIÓN INCLUIDO EL DIAGNÓSTICO Y REGISTROS DE TRATAMIENTO O EXÁMENES BRINDADOS A MÍ O A MI HIJO DURANTE EL PERÍODO DE ATENCIÓN DENTAL A TERCEROS PAGADORES Y/O A OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD. AUTORIZO Y SOLICITO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS A PAGAR DIRECTAMENTE AL DENTISTA O GRUPO DE DENTISTAS LOS BENEFICIOS DEL SEGURO O DE LO CONTRARIO PAGADEROS A MI PERSONA, COMPRENDO QUE MI ASEGURADORA PUEDE PAGAR MENOS QUE LA CUENTA ACTUAL POR ESTOS SERVICIOS. ACEPTO HACERME RESPONSABLE DE LOS PAGOS DE TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS EN MI NOMBRE O MIS CARGAS.

X \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

SI ES MENOR DE EDAD, FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL PACIENTE

COMENTARIOS DEL MÉDICO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

NÚMERO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

[Insertar nombre del consultorio]

# AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER USTED ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

LÉALO DETENIDAMENTE. CONSIDERAMOS IMPORTANTE LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD.

## NUESTRO DEBER LEGAL

Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud. Dichas leyes también nos exigen darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos referentes a su información de salud. Debemos respetar las prácticas de privacidad que describimos en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigencia el 14 de abril de 2003, y continuará vigente hasta que lo cambiemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dicha ley aplicable permita los cambios. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso vigente con respecto a toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos y recibimos antes de hacer los cambios. Antes de hacer ningún cambio considerable en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y el nuevo aviso estará disponible a pedido.

Puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para recibir copias adicionales de este aviso, póngase en contacto con nosotros utilizando la información indicada al final de este aviso.

## USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Utilizamos y divulgamos la información de salud acerca de usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

**Tratamiento:** Podemos utilizar su información de salud para tratamiento o divulgarla a un dentista, médico u otro especialista médico que le dé tratamiento.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener pago por servicios prestados a usted. También podemos divulgar su información de salud a otro proveedor o entidad de atención médica que esté sujeto a las reglas federales de privacidad en cuanto a sus pagos.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su información de salud para sus operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen evaluación de calidad y actividades de mejoría, evaluación de la competencia o las calificaciones de los profesionales de salud, evaluación de practicantes y desempeño de proveedores, programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades para obtener credenciales. Podemos divulgar su información de salud a otro proveedor u organización de atención médica que esté sujeto a las reglas federales de privacidad y que tenga una relación con usted para apoyar algunas de sus operaciones de atención médica. Podemos divulgar su información para ayudar a estas organizaciones a realizar evaluaciones de calidad y actividades de mejorías, evaluar la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica, o a detectar o prevenir el fraude y abuso en lo que respecta a la salud.

**Acerca de su autorización:** Puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o para divulgarla a cualquiera para algún fin. Si no entrega una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso ni divulgación que permita su autorización mientras esté vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo salvo los descritos en este aviso.

**A su familia y amigos:** Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención. Antes de divulgar su información de salud a estas personas, le daremos la oportunidad de objetar al uso o a la divulgación. Si no está presente, o en caso de que tenga una incapacidad o emergencia, divulgaremos su información de salud basándonos en nuestro juicio profesional o en que la divulgación sea lo que más le convenga a usted. Podemos usar nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de lo que más le conviene al permitir a una persona recoger medicamentos recetados, suministros médicos, radiografías u otros artículos con información de salud. Podemos usar o divulgar información acerca de usted para notificar o asistir en la notificación de una persona que participe en su atención, de su ubicación y estado general.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas).

**Recuperación de desastres:** Podemos usar o divulgar su información de salud a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por sus estatutos a asistir en labores de recuperación de desastres.

**Beneficio público:** Podemos usar o divulgar su información médica según lo autorice la ley para los fines siguientes considerados de interés o beneficio público:

- según lo exija la ley;
- para actividades de salud pública, incluidos informes de enfermedades y estadísticas vitales, informes de abuso infantil, supervisión de la FDA y a empleadores en lo que respecta a enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo;
- para informar abuso de un adulto, negligencia o maltrato doméstico;

- a agencias supervisoras de la salud;
- en respuesta a órdenes judiciales y administrativas y otros procesos legales;
- a oficiales de policía en cuanto a citaciones judiciales y otros procesos legales, referentes a víctimas de delitos, muertes sospechosas, crímenes en nuestro recinto, informar crímenes en emergencias, y para fines de identificar o localizar a un sospechoso u otra persona;
- a investigadores, médicos forenses y agentes funerarios;
- a organizaciones de consecución de órganos;
- para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad,
- en relación con ciertas actividades de investigación;
- a las fuerzas armadas y a funcionarios federales para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional;
- a instituciones correccionales en cuanto a reos; y
- según lo autoricen las leyes de compensación de trabajadores del estado.

## DERECHOS DEL PACIENTE

**Acceso:** Usted tiene derecho a ver o a obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede pedirnos que le entreguemos copias en otros formatos, no solamente fotocopias. Usaremos el formato que pida a menos que no podamos hacerlo en forma práctica. Puede pedir por escrito obtener acceso a su información de salud. Puede pedir acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Si pide copias, le cobraremos un costo razonable que puede incluir mano de obra, costos de copias y franqueo. Si pide un formato alternativo, le cobraremos un costo por darle información de salud en ese formato. Si lo prefiere, podemos preparar, aunque no estamos obligados a hacerlo, un resumen o una explicación de su información de salud con un cargo. Póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final de este aviso para recibir más información sobre los cobros.

**Divulgaciones efectuadas:** Usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en que nosotros o nuestros empleados han divulgado su información de salud en los últimos 6 años (pero no antes del 14 de abril de 2003). Dicha lista no incluirá divulgaciones para pago de tratamientos, operaciones de atención médica; según lo autorice usted, y para ciertas otras actividades. Si solicita estos datos más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un costo razonable por responder a estas solicitudes adicionales. Póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final del aviso para recibir más información sobre los cobros.

**Restricción:** Usted tiene derecho a pedir que coloquemos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No se nos exige aceptar estas restricciones adicionales, pero si las aceptamos, respetaremos nuestro acuerdo (salvo en caso de emergencia). Todo acuerdo que aceptemos de restricciones adicionales debe estar por escrito y firmado por una persona autorizada para validar este acuerdo en nuestra representación. Su solicitud no es obligatoria a menos que nuestro acuerdo sea por escrito.

**Otros tipos de comunicación:** Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por otros medios o a otros lugares. Debe hacer su petición por escrito. Debe especificar en su petición los medios o la ubicación y dar una explicación satisfactoria en cuanto a cómo pagará por estos otros medios o la otra ubicación que pide.

**Enmienda:** Tiene derecho a pedir que enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué debemos enmendar la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

## PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas o tiene preguntas o inquietudes, póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final de este aviso.

Si cree que:

- podemos haber violado sus derechos de privacidad,
- tomamos una decisión sobre el acceso a su información de salud incorrectamente,
- nuestra respuesta a una petición que hizo para enmendar o restringir el uso o la divulgación de su información de salud fue incorrecta, o
- debemos comunicarnos con usted por otros medios o en otros lugares,

puede dirigirse a nosotros usando la información indicada más abajo. Puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Le daremos la dirección donde presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services) si la solicita.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ningún tipo si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services).

Contacto de la oficina del proveedor: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

[Insertar nombre del consultorio]

**SECCIÓN A: Paciente.**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de paciente: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B: Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad.**

El suscrito, \_\_\_\_\_, reconoce haber recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad en el consultorio indicado más arriba.

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

Si firma esta autorización un representante personal a nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN C: Esfuerzo de buena fe por obtener el acuse de recibo.**

Describa su esfuerzo de buena fe por obtener la firma de la persona en este formulario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa la razón por la cual la persona no firmó este formulario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA.**

Testifico que la información anterior es correcta.

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

Nombre con letra clara: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

*Incluya este acuse de recibo en los registros del paciente.*

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE  
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

# FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Por favor lea y escriba las iniciales de su nombre en cada uno de los siguientes párrafos, y lea y firme la sección al pie de esta forma.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

**1. TRATAMIENTO A HACERSE**

Entiendo que me harán el siguiente tratamiento: Empaste\_\_\_\_ Puentes\_\_\_\_ Coronas\_\_\_\_ Extracción de Dientes\_\_\_\_ Extracción de Dientes Impactados\_\_\_\_ Anestesia General\_\_\_\_ Conducto Radicular\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_ (Iniciales\_\_\_\_)

**2. FÁRMACOS Y MEDICAMENTOS**

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando el enrojecimiento e inflamación de tejidos, dolor, comezón, vómito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa).. (Iniciales\_\_\_\_)

**3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO**

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontradas durante la examinación, siendo lo más común la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y añadiduras necesarios. (Iniciales\_\_\_\_)

**4. EXTRACCIÓN DE DIENTES**

Se me han explicado las alternativas a una extracción de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al Dentista extraerme los siguientes dientes \_\_\_\_\_ y cualquier otro(s) que sea necesario por motivos descritos en el párrafo #3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre remueve toda la infección, si la hay, y puede que necesite tratamiento adicional. Entiendo cuáles son los riesgos de una extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, propagación de la infección, alveolo seco, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un período de tiempo indefinido (días o meses), o quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizado si resultan complicaciones durante o después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto. (Iniciales\_\_\_\_)

**5. CORONAS, PUENTES Y CAPERUZAS**

Entiendo que algunas veces no es posible igualar exactamente el color de la dentadura postiza al de la dentadura natural. Además entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarme de que no se caigan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Estoy enterado que la última oportunidad para hacer cambios a mi nueva corona, puente o caperuza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré antes de la cementación. (Iniciales\_\_\_\_)

**6. DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS O PARCIALES**

Estoy enterado de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal, y/o porcelana. Se me han explicado los problemas que pueden surgir por usar estos aparatos, incluyendo aflojamiento, dolor, y posible ruptura. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré cuando asista a la consulta para probarme los "dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren otra alineación 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 dentadura postiza. (Iniciales\_\_\_\_)

**7. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO (CONDUCTO RADICULAR)**

Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y que pueden presentarse complicaciones por el tratamiento, y que en ocasiones, se cementan objetos de metal en el diente o se extienden a través del conducto radicular, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones puede necesitarse de procedimientos quirúrgicos adicionales después de un tratamiento de conducto radicular (apicoectomía). (Iniciales\_\_\_\_)

**8. PÉRDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)**

Entiendo que tengo una condición grave, que está causando inflamación o pérdida de encías y de hueso, y que puede causar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo cirugía de la encías, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condición periodontal. (Iniciales\_\_\_\_)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, prácticos acreditados no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

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

Firma del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_