

**INFORMACION PARA PACIENTE NUEVO**  
(Favor letra de imprenta)

La siguiente informacion es confidencial y para nuestros archivos solamente

Cuenta # \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Separado(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Apt. # \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ ¿Cuanto tiempo ha vivido en esta direccion? \_\_\_\_\_ Propria \_\_\_\_\_ Renta \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Seguro Social No. \_\_\_\_\_ Licencia Manejar No. \_\_\_\_\_

Empleado por \_\_\_\_\_ Telefono (Empleo) \_\_\_\_\_ Extension \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_ Cuento tiempo \_\_\_\_\_

Parte responsable o esposo(a) \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Apt. # \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ ¿Cuanto tiempo ha vivido en esta direccion? \_\_\_\_\_ Propria \_\_\_\_\_ Renta \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Seguro Social No. \_\_\_\_\_ Licencia Manejar No. \_\_\_\_\_

Empleado por \_\_\_\_\_ Telefono (Empleo) \_\_\_\_\_ Extension \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_ Cuento tiempo \_\_\_\_\_

¿Como se entero usted de esta clinica? Guia Telefonica \_\_\_\_\_ Television \_\_\_\_\_ Vio el edificio \_\_\_\_\_ Otro paciente \_\_\_\_\_

El nombre de parient o vecino - telephono: \_\_\_\_\_

Quien \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_ Direccion del Sucursal \_\_\_\_\_

Ahorros \_\_\_\_\_ Cheques \_\_\_\_\_

Tarjeta de Credito \_\_\_\_\_ Cuenta # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ Cuenta # \_\_\_\_\_

Referencia de credito \_\_\_\_\_

Direccion de referencia \_\_\_\_\_

Marca de carro \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Financiado por \_\_\_\_\_

¿Reciba Ud. avuda del Estado (Medi-Cal)? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Numero de Medi-Cal \_\_\_\_\_

¿Participa Ud. o algun miembro de su familia en un plan dental? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Que Plan? \_\_\_\_\_ Grupo No. \_\_\_\_\_

Nombre de la compania de seguros \_\_\_\_\_

Si el asegurado es una union, nombre de la union \_\_\_\_\_

Local # \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_

**AVISO DE RESPONSABILIDAD**

Yo acepto la responsabilidad del costo de mi curacion dental a pesar de cualquier seguro y notificare a esta oficina cualquier cambio de elegibilidad en cuanto al seguro. Toda la informacion arriba es correcta segun mi entender. Yo entiendo que todas las radiografias son la propiedad del Dr. Ashok S. Mehta, sin embargo copia de las radiografias se pueden obtener a peticion y un pago puede cobrarse por el servicio.

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

**AUTORIZACION DE BENEFICIOS**

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ compania de Seguros que haga

los pagos directamenta a \_\_\_\_\_

por los beneficios dentales de otra manera pagaderos a mi. El anterior convenio es echo en consideracion a servicios pro-

fesionales comensando en \_\_\_\_\_

Yo tengo la edad legal y soy legalmente competente para firmar este convenio.

(fecha) \_\_\_\_\_, 19\_\_\_\_.

Firma del Asegurado

# QUESTIONARIO DE SALUD

Cuenta \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES

Si su contestacion es "SI" a la pregunta, ponga un circulo al rededor de "SI".  
Si su contestacion es "NO" a la pregunta, ponga un circulo al rededor de "NO."

Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando se indique. Las contestaciones a nuestras preguntas son unicamente para nuestro archivos, y se consideran estas estrictamente confidenciales.

Objeto de la visita: \_\_\_\_\_

OTRA \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo reconocimiento dental \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima radiografia dental \_\_\_\_\_

1. Ha comido o bebido algo hoy dia? ..... SI NO
2. Esta usted en buena salud? ..... SI NO
  - A. Ha habido cambio de su salud en el proximo pasado ano? ..... SI NO
3. Mi ultimo examen medico fue en \_\_\_\_\_
4. Esta ahora bajo atencion medica? ..... SI NO
  - A. Si es asi, que enfermedad se esta curando? \_\_\_\_\_
5. El nombre y domicilio de mi medico es? \_\_\_\_\_
6. Ha tenido alguna enfermedad seria u operacion? ..... SI NO
  - A. Si es asi, cual fue la enfermedad u operacion? \_\_\_\_\_
7. Durante los ultimos cinco (5) anos ha sido hospitalizado o tenido una seria enfermedad? ..... SI NO
  - A. Si es asi, cual fue el problema? \_\_\_\_\_
8. Usted toma bebidas alcoholicas? ..... SI NO
9. Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?
  - A. Fiebre reumatica o reuma cardiaca. .... SI NO
  - B. Lesion cardiaca congenita ..... SI NO
  - C. Enfermedad cardiovascular (enfermedad del corazon, insuficiencia cardiaca, oclusion coronaria, alta presion arterial, arteriosclerosis, sincope). .... SI NO
    - 1) Tiene algun dolor en el pecho cuando hace algun esfuerzo ..... SI NO
    - 2) Despues de hacer algun ejercicio siente faltarle el aire. .... SI NO
    - 3) Se le hinchan los tobillos. .... SI NO
    - 4) Cuando se acuesta siente que la falta aire apra respirar o le faltan mas almohadas cuando duerme. .... SI NO
  - D. Alergia ..... SI NO
  - E. Asma o fiebre de heno. .... SI NO
  - F. Ronchas o sarpullido. .... SI NO
  - G. Desmayos y sudores. .... SI NO
  - H. Diabetes. .... SI NO
    - 1) Orina usted mas de seis veces por dia. .... SI NO
    - 2) Tiene sed la mayoria del tiempo. .... SI NO
    - 3) Se le reseca la boca frecuentemente. .... SI NO
  - I. Malestar bilioso, hepatitis o enfermedad renal. .... SI NO
  - J. Artritis. .... SI NO
  - K. Inflamacion reumatica (coyunturas inflamadas con dolor). .... SI NO
  - L. Ulceras estomacales. .... SI NO
  - M. Enfermedad del rinon ..... SI NO
  - N. Tuberculosis ..... SI NO
  - O. Tos persistente o tose sangre. .... SI NO
  - P. Baja presion sanguinea ..... SI NO
  - Q. Enfermedades Venereas ..... SI NO
  - R. Otras enfermedades \_\_\_\_\_

10. Tiene o ha tenido algun problema con sus venas cuando se le aplico lo siguiente:

1. Sedantes : ..... SI NO
2. Anestecia General ..... SI NO
3. Nacimiento de hijos. .... SI NO
4. Donando Sangre. .... SI NO
5. Transfuciones. .... SI NO

11. Ha sangrado anormalmente, cuando una extraccion dental, cirujia o trauma ..... SI NO
  - A. Se moretea su piel facilmente. .... SI NO
  - B. Ha requerido transfusion sanguinea. .... SI NO
 

Si contesta afirmativamente explique \_\_\_\_\_
  - C. Sangrea facilmente o por anormalmente largo tiempo? ..... SI NO
12. Tiene algun desorden sanguineo tal como anemia. .... SI NO
13. Ha tenido cirujia o rayos X para tratar algun tumor, crecimiento u otra enfermedad bucal o labial ..... SI NO
14. Esta tomando alguna droga o medicina ..... SI NO
 

Si es asi, que esta tomando \_\_\_\_\_
15. Esta tomando alguna de las siguientes medicamentos.
  - A. Sulfas o antibioticos. .... SI NO
  - B. Anticoagulantes (adelgazador sanguineo) ..... SI NO
  - C. Medicamento contra la alta presio ..... SI NO
  - D. Cortisona (esteroides). .... SI NO
  - E. Tranquilizantes. .... SI NO
  - F. Aspirina. .... SI NO
  - G. Insulian, tobultamide (orinase) o drogas similares ... SI NO
  - H. Digitales o medicamentos para enfermedades cardiacas ..... SI NO
  - I. Nitroglicerina ..... SI NO
  - J. Otros medicamentos \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_

Es usted alergico o reacciona adversamente a los siguientes tratamientos.

- A. Anestesia Local. .... SI NO
- B. Antibioticos o Penicilina. .... SI NO
- C. Drogas con sulfas. .... SI NO
- D. Barbituricos, sedantes o pastillas para dormir ..... SI NO
- E. Aspirina. .... SI NO
- F. Yodo. .... SI NO
- G. Alguna otra \_\_\_\_\_
17. Ha tenido algun problema despues de haber tenido un tratamiento dental. .... SI NO
 

Si es asi, explique \_\_\_\_\_
18. Tiene usted alguna enfermedad o condicion fisica o algun problema no enumerado anteriormente y que usted crea que yo deba saber ..... SI NO
 

Si es asi, expliqueme \_\_\_\_\_
19. Esta usted encinta ..... SI NO
20. Alguna otra informacion de su salud y reaccion a drogas. \_\_\_\_\_

21. Su ultima visita al dentista fue \_\_\_\_\_  
He contestado el cuestionario de salud completamente. He dado a conocer a mi mejor entendimiento mis problemas de salud.

No conteste lo siguiente hasta que haya discutido su tratamiento con su dentista.

1. Doy mi consentimiento para que se me aplique anestesia local y operacion bucal por el doctor \_\_\_\_\_ o alguno otro miembro de la oficina capacitado de hacerlo.
2. Estoy enterado que somnolencia se aumenta con el uso de alcohol, drogas o otras medicaciones y el uso de estas antes o despues de cirujia es peligroso.
3. No tomare o comere nada durante las proximas ocho horas antes de mi cita.
4. Traere alguien para que maneje o me lleve a casa despues de la operacion.
5. Se que el alcohol o el uso de drogas es peligroso antes de cualquier operacion.

Firma del Doctor \_\_\_\_\_ Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Se certifica que yo, firmando abajo estoy de acuerdo con el tratamiento dental que sea necesario o aconsejable.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Cambio TX \_\_\_\_\_ Pl Firma \_\_\_\_\_ Dr. Firma \_\_\_\_\_

**1. PLAN DE TRATAMIENTO.**

Entiendo que se hará en mí el siguiente trabajo Dental : Obturaciones \_\_\_\_\_ Puentes \_\_\_\_\_  
Coronas \_\_\_\_\_, Extracciones \_\_\_\_\_, Extracción de dientes impactados \_\_\_\_\_, Endodoncias \_\_\_\_\_, Dentaduras \_\_\_\_\_,  
Otros \_\_\_\_\_ (Iniciales \_\_\_\_\_)

**2. DROGAS Y MEDICAMENTOS.**

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden provocar reacciones alérgicas, causando enrojecimiento e inflamación de los tejidos. (Iniciales \_\_\_\_\_)

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

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos, de acuerdo a las condiciones que se encuentren mientras trabajan en el diente, y que no fueron diagnosticadas durante el examen inicial. Por ejemplo, la necesidad de un tratamiento de endodoncia es descubierta mientras se prepara el diente para colocar una restauración. Doy mi consentimiento al Dentista para que haga cualquier / todos los cambios como lo considere necesario. (Iniciales \_\_\_\_\_)

**4. EXTRACCIONES**

Se me ha explicado sobre las alternativas a la extracción (Endodoncia, Coronas, cirugía periodontal, etc.) y autorizo al Dentista para que haga la extracción de los siguientes dientes \_\_\_\_\_ o cualquier otro que considere necesario. Comprendo que no siempre se controla la infección al extraer los dientes, por lo cual puede ser necesario mayor tratamiento. Entiendo cuáles son los riesgos durante las extracciones, como dolor, inflamación, espasmo de la infección, alvéolo seco, pérdida de sensación, en dientes, labios, lengua y tejidos alrededor (parestesia) que puede durar por un período indefinido, fractura mandibular. Entiendo que si surgieran complicaciones después del tratamiento dental, necesitaría mayor tratamiento con el especialista y el costo de éste sería mi responsabilidad. (Iniciales \_\_\_\_\_)

**5. CORONAS Y PUENTES**

Entiendo que en algunas ocasiones no es posible reproducir el color natural en dientes artificiales. Entiendo también que usaré coronas temporales, que pueden caerse fácilmente y deberé tener cuidado, para mantenerlas en su lugar hasta que me entreguen las coronas permanentes. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi corona o puente (incluyendo forma, ajuste, tamaño y color) será antes del cementado. Es también mi responsabilidad el regresar para el cementado permanente dentro de los 30 días siguientes a la preparación del diente(s). Un retardo excesivo puede causar que los dientes se muevan; esto puede crear la necesidad de rehacer la corona o puente. Entiendo que rehacerlos causaría cargos adicionales por mi retardo en venir a la cita para el cementado permanente.. (Iniciales \_\_\_\_\_)

**6. TRATAMIENTO DE ENDODONCIA.**

Comprendo que no existe garantía de que el tratamiento de endodoncia salvará mi diente, que pueden surgir complicaciones por el tratamiento y que ocasionalmente el material de obturación puede extenderse a través de la raíz, lo que no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones es necesaria cirugía adicional, después del tratamiento de endodoncia (apicectomía). Entiendo que puedo perder el diente a pesar de todo el esfuerzo por salvarlo. (Iniciales \_\_\_\_\_)

**7. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDOS Y HUESO).**

Entiendo que padezco una condición seria que causa inflamación de las encías y pérdida de hueso, y que puede conducir a la pérdida de mis dientes. Me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo cirugía de las encías, reemplazo y/o extracciones. Comprendo que emprender cualquier procedimiento dental pudiera producir un efecto adverso en mi condición periodontal, en el futuro. (Iniciales \_\_\_\_\_)

**8. OBTURACIONES.**

Entiendo que debo tener cuidado al masticar en mis restauraciones, especialmente dentro de las primeras 24 horas, para evitar que se quiebren. Comprendo que de encontrarse caries adicional, se requerirá una obturación más extensa de lo originalmente diagnosticada. Entiendo que es común que después de colocar una nueva restauración sienta cierta sensibilidad en el diente. (Iniciales \_\_\_\_\_)

**9. DENTADURAS.**

Entiendo que el uso de dentaduras es difícil. Son problemas comunes zonas de ardor, alteraciones al hablar, y dificultad al comer. Las dentaduras inmediatas (Las dentaduras que se colocan inmediatamente después de las extracciones, en la misma cita) pueden causar dolor e incomodidad. Las dentaduras inmediatas requieren varias citas para ajustes y rebases. El rebase final o permanente se hará más adelante y el costo no está incluido en el precio de las dentaduras. Entiendo que es mi responsabilidad regresar a la cita en la cual me entreguen las dentaduras. Si pospongo esta cita, es probable que las dentaduras no ajusten correctamente. De ser necesario rehacerlas debido a mi tardanza de más de 30 días, habrá cargos adicionales. (Iniciales \_\_\_\_\_)

Entiendo que la Odontología no es una ciencia exacta, por lo tanto los Dentistas respetables no pueden garantizar resultados. Tengo conocimiento de que no existe garantía o seguridad alguna en cuanto al tratamiento dental que he requerido y autorizado. Entiendo que cada Dentista es individualmente responsable por el tratamiento dental que en mí haga. Entiendo también que ningún otro Dentista o Grupo Dental es responsable de mi tratamiento.

Autorizo a los Doctores y personal auxiliar de este grupo dental a realizar en mí las restauraciones y tratamientos que me han explicado. Entiendo que éste es solamente un presupuesto, sujeto a modificaciones dependiendo de las circunstancias, que se presenten durante el curso del tratamiento. Entiendo que además de lo que cubre mi Seguro Dental, puedo tener cargos que serán mi responsabilidad. Estoy de acuerdo en pagar el costo de abogados, agencias de colección, o costos de la Corte que pudieran surgir para cumplir con mi obligación.

En caso de que surgiera un desacuerdo por los servicios dentales que me darán, ya sea un tratamiento hecho, que no fue realmente necesario, no autorizado, o mal, negligente o inapropiadamente hecho; dicha disputa deberá submitirse al "Peer Review" del componente local de La Asociación Dental Americana (American Dental Association). La decisión de ésta afectará ambas partes.

He leído, entendido y estoy de acuerdo con lo anterior. Una fotocopia de esta autorización será igualmente válida y efectiva a la original. Soy mayor de edad y legalmente competente para firmar este acuerdo.

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

(Paciente / Tutor.)

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