

Historia Médica

Nombre del paciente: _____ No. de Seguro Social _____
Fecha de nacimiento _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta):

1. Sí No ¿Está en buena salud?
2. Sí No ¿Han habido cambios en su salud durante el último año?
3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha padecido de una enfermedad grave en los últimos tres años?
¿Por qué? _____
4. Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____
Fecha de su último examen médico: _____ Fecha de su última cita dental: _____
5. Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. Sí No ¿Tiene algún dolor ahora?

II. HA NOTADO:

- | | |
|---|---|
| 7. Sí No ¿Dolor de pecho (angina)? | 18. Sí No ¿Mareos? |
| 8. Sí No ¿Los tobillos hinchados? | 19. Sí No ¿Ruidos o zumbidos en los oídos? |
| 9. Sí No ¿Falta de aliento? | 20. Sí No ¿Dolores de cabeza? |
| 10. Sí No ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? | 21. Sí No ¿Desmayos? |
| 11. Sí No ¿Tos persistente o tos con sangre? | 22. Sí No ¿Vista borrosa? |
| 12. Sí No ¿Problemas de sangramiento, moretes? | 23. Sí No ¿Convulsiones? |
| 13. Sí No ¿Problemas nasales (sinusitis)? | 24. Sí No ¿Sed excesiva? |
| 14. Sí No ¿Dificultad al tragar? | 25. Sí No ¿Orina con frecuencia? |
| 15. Sí No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces? | 26. Sí No ¿Boca seca? |
| 16. Sí No ¿Vómitos con frecuencia, náuseas? | 27. Sí No ¿Ictericia? |
| 17. Sí No ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina? | 28. Sí No ¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |

III. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|---|--|
| 29. Sí No ¿Enfermedades del corazón? | 40. Sí No ¿SIDA o ARC? |
| 30. Sí No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? | 41. Sí No ¿Tumores, cáncer? |
| 31. Sí No ¿Soplos en el corazón? | 42. Sí No ¿Artritis, reuma? |
| 32. Sí No ¿Fiebre reumática? | 43. Sí No ¿Enfermedades de los ojos? |
| 33. Sí No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | 44. Sí No ¿Enfermedades de la piel? |
| 34. Sí No ¿Presión sanguínea alta? | 45. Sí No ¿Anemia? |
| 35. Sí No ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares? | 46. Sí No ¿Enfermedades venereas (sífilis o gonorrea)? |
| 36. Sí No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? | 47. Sí No ¿Herpes? |
| 37. Sí No ¿Problemas del estómago, úlceras? | 48. Sí No ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga? |
| 38. Sí No ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos? | 49. Sí No ¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales? |
| 39. Sí No ¿Familiares con diabetes, problemas de corazón? | 50. Sí No ¿Diabetes? |

VI. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 51. Sí No ¿Tratamiento psiquiátrico? | 56. Sí No ¿Hospitalizaciones? |
| 52. Sí No ¿Tratamientos de radiación? | 57. Sí No ¿Transfusiones de sangre? |
| 53. Sí No ¿Quimioterapia? | 58. Sí No ¿Cirugías? |
| 54. Sí No ¿Válvula artificial del corazón? | 59. Sí No ¿Marcapasos? |
| 55. Sí No ¿Articulación artificial? | 60. Sí No ¿Lentes de contacto? |

V. ESTA TOMANDO:

- | | |
|---|---|
| 61. Sí No ¿Drogas de uso recreativo? | 63. Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo? |
| 62. Sí No ¿Medicinas, remedios naturales (incluyendo aspirina)? | 64. Sí No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)? |

Liste por favor: _____

VI. SOLO PARA MUJERES:

- | | |
|--|--|
| 65. Sí No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho? | 66. Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? |
|--|--|

VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

67. Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que no está en este cuestionario?

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

REVISION SUPLEMENTARIA:

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 1. Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |
| 2. Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |
| 3. Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |



2195 Monterey Hwy #30 San Jose CA 95125 PH: 408-295-1100 FAX: 408-295-1104

ODONTOLOGIA GENERAL
Consentimiento De Informacion

PATIENT'S NAME _____

1. Procedimientos dentales que se necesitan hacer:

Yo entiendo que se me van hacer los siguientes procedimientos dentales:

EMPASTES _____
PUENTES _____ CORONAS _____ EXTRACCIONES _____ TERAPIA
DEL CONDUCTO DE LA RAIZ _____ DENTADURAS ARTIFICIALES _____
OTRA _____

(iniciales_____)

2. Drogas y Medicamentos

Yo entiendo que el uso de antibioticos y analgesicos y otras medicinas pueden causar reacciones alergicas las cuales pueden causar enrojecimiento eh hinchazon de los tejidos de la piel, dolor, comezon, vomito y/o un shock anafilactico.

(iniciales_____)

3. Cambios En El Plan De Tratamiento

Yo entiendo que durante mi tratamiento podra ser necesario cambiar o agregar otros procedimientos debido a indicaciones descubiertas durate el procedimiento, las cuales no fueron encontradas durante la examinacion. Por ejemplo, terapia del conducto de la raiz despues de procedimientos restorativos rutinarios. Yo le doy permiso a mi dentista de hacer cualquier/ todos los cambios o adiciones que sean necesarios.

(iniciales_____)

4. Extraciones De Dientes

Se me ha explicado cuales son las alternativas a la extracion de dientes (terapia del conducto de la raiz, coronas, cirugia periodontal, etc.) y yo autorizo a que el dentista extraiga los siguientes dientes _____ y cualquier otros que sean necesarios debido a las razones explicadas en el parrafo #3. Yo entiendo que la extracion de dientes no siempre elimina la infeccion, si es que existe, y podria ser necesario tener mas tratamiento a u costo adicional. Yo entiendo cuales son los riesgos asociados con la extracion de dientes. Algunos de estas riesgos podrian ser: hinchazon debido al dolor, opagacion de la infeccion, hueco seco, perdida de sensacion en mis dientes, labios, lengua, y tejidos circundantes, la cual podria durar por un periodo de tiempo indefinido o mandibula fracturada. Yo entiendo que as posible que yo requiera tratamiento de un especialista, si es que surgen complicaiones durante o despues del tratamiento. El costo de este sera mi responsabilidad.

(iniciales_____)

5. Coronas, Puentes y Casquillos

Yo entiendo que algunas veces no es posible igualar exactamente el color natural de mis dientes con el color de los dientes artificiales. Yo tambien entiendo que es muy probable que yo tenga que usar coronas temporales, las cuales podrian caerse facilmente, y que yo debo de tener mucho cuidado para asegurarme de que las coronas se esten puestas hasta que las coronas permanentes sean enviadas. Yo realizo que esta as mi ultima oportunidad de hacer cualquier cambio en mi nueva corona, puente o casquillo. Yo entiendo que habra cobros adicionales por volver a hacer cualquiera de las antes mencionadas a causa de mi demora en recibir la cementacion permanente.

(iniciales_____)

6. Tratamiento Del Conducto De La Raiz

Yo entiendo que no hay ninguna garantia de que el tratamiento del conducto de la raiz podra salvar mi diente y que podrian ocurrir complicaciones debido al tratamiento y que ocasionalmente el material que es usado para rellenar el conducto de la raiz se podria extender hasta la raiz del diente, el cual, no necesariamente afecta el exito del tratamiento. Yo entiendo que ocasionalmente es necesario hacer procedimientos quirurjicos adicionales despues de un tratamiento el conducto de la raiz. Yo entiendo que es posible que yo pierda mi diente a pesar de todos los esfuerzos hechos para salvarlo

(iniciales_____)

7. Perdida Periodontal

Yo entiendo que yo tengo una condicion seria la cual puede causar inflamacion en la encia y hueso o la perdida de estas la cual puede conducir ala perdida de mis dientes. Se me ha explicado otras alternativas de tratamientos las cuales incluyen operacion de las encias substituciones y/o extracciones. Yo entiendo que al comprometerme a recibir cualquier procedimiento dental podria causar futuros efectos adversos en mi condicion periodontal.

(iniciales_____)

8. Empastes

Yo entiendo que debo de tener cuidado cuando mastique despues de haber tenido empastes en mis dientes, especialmente durante las primeras 24 horas para evitar que se me quebren. Yo entiendo que un empaste mas extensivo que el originalmente dianosticado podria ser requerido a causa de caries adicional. Yo entiendo que el sentir una sensibilidad significativa es un resultado comun despues de haber recibido un nuevo empaste.

(iniciales_____)

9. Dentaduras Artificiales

Yo entiendo que las dentaduras inmediatas (la colocacion de dentaduras artificiales inmediatamente despues de extracciones) podrian ser dolorosas. Las dentaduras inmediatas podrian requerir ajustes considerables y varias aliniaciones. Una aliniacion perammente sera necesaria mas tarde. Esto no esta incluido en el costo de la dentadura artificial. Yo entiendo que es mi responsabilidad regresar para poder recibir la dentadura artificial. Yo entiendo que Si no me presento a mi cita para recibir mi dentadura artificial podria resultar en que mi dentadura artificial no sea propiamente ajustada. Si es requerido que mi dentadura sea hecha de nuevo, a causa de mis retrazos de mas de 30 dias, se me cobraran cargos dicionales.

(iniciales_____)

Yo entiendo que la odontologia no es una ciencia exacta y por lo tanto los practicantes acreditados no pueden verdaderamente garantizar resultados. Yo reconosco que ninguna garantia o seguridad ha sido hecha por ninguna persona con respecto at tratamiento dental el cual yo eh pedido y autorizado. Yo entiendo quo cada dentista es un practicante individual y es responsable por el cuidado dental prestado a mi. Yo tambien entiendo que ningun otro dentista o grupo dental es responsable por mi tratamiento dental.

Yo por medio de este consentimiento, autorizo a cualquiera de los doctores o auxiliares dentales del grupo dental que proceden con y lleven acabo las restoraciones dentales y tratamientos explicados a mi. Yo entiendo que esto es simplemente un calculo aproximado del costo y esta sujeto a modificaciones dependiendo de circunstancias imprevistas e indignantadas que podrian surgir durante el tratamiento. Yo entiendo que a pesar de cualquier seguro dental que yo tenga, yo soy responsable por los costos dentales. Yo estoy de acuerdo en pagar los honorarios de un abogado, honorarios de coleccion, o costos del tribunal que podrian incurrirse pare satisfacer esta obligacion.

Si alguna disputa resultara acerca de los servicios dentales prestados a mi, ya sea si algun servicio dental fue hecho alegando ser innecesario, inautorizado o que fue impropriamente, descuidadamente, o incompetentemente hecho, hecha disputa sera sometida a ser examinada por un grupo de constituyentes de la Asociacion Americana Dental local. La decision de este grupo vinculara a las dos partes.

Yo eh leido, entiendo, y estoy de acuerdo con todo to previamente mencionado. Yo estoy de acuerdo en que una fotocopia de esta autorisacion sera valida e igual de efectiva que la original, por siempre.

Yo tengo una edad leal y soy legalmente capaz de hacer esta asignacion.

(Paciente, Esposo(a) o Padres) Deletre su nombre Fecha Firma

Doctor: _____ Testigo _____

CHART#: _____ Patient Name: _____



2195 Monterey Hwy #30 San Jose CA 95125 PH: 408-295-1100 FAX: 408-295-1104

FINANCIAL AGREEMENT

INSURED PATIENTS: We will be happy to process your insurance forms as a service to you. However, we do require that you furnish our office with all of the necessary insurance information at the time of your appointment.

If we have to re-bill your insurance because of incorrect insurance information given to us, there will be an additional charge of \$5.00 for each claim.

INSURANCE BENEFITS: Benefits depend solely on what the purchaser (employer) wishes to offer. Some plans cover as little as 15% or as much as 100% of covered services with most falling in the 50% to 80% range. The insurance contract is between the patient and the insurance company.

“USUAL AND CUSTOMARY”: Patients should be aware that some insurance companies will only pay claim percentages based on their evaluation of what is “usual and customary” and not on our fee schedule. Our fees are filed with and approved by Delta Dental Services.

PRE-AUTHORIZATION: It is the patient’s responsibility to inform us if their insurance company requires a pre-authorization of intended treatment. We will be glad to preauthorize your treatment. Pre-authorization takes between 4-6 weeks.

ACCOUNT BALANCE: *Account balance is due in full within 60 days* of services rendered regardless of any previously paid co-payment and/or outstanding insurance claims. The patient is responsible for the financial portion the insurance does not pay. All adjustments will be done after insurance payment is received. We suggest you contact your insurance company if payment has not been made within 30 days from the date of service.

INTEREST: 18% Annual interest may be charged on accounts with balances over 60 days.

PATIENTS WITH NO DENTAL INSURANCE:

We request that payment be made at the time of treatment.

RETURNED CHECKS: \$25 will be charged for non-sufficient checks returns.

APPOINTMENTS, If you must cancel or re-schedule your appointment we request the following:

General Dentist - 48 hour notice to cancel or reschedule is required to avoid \$50 charge.

Specialist appointments - 72 hour notice is required for specialist appointments to avoid \$250 charge.

There will be a charge for canceling or re-scheduling appointments without proper notice.

COPY OF RECORDS: There is a \$50 charge for copy of records.

I have read this agreement and fully understand its content. I understand that I am responsible for all charges regardless of my insurance coverage. I have received a copy of this agreement.

Patient Name: _____ CHART#: _____

Signature: _____ PrintName _____
Signature of Patient or Parent if patient is a minor



2195 Monterey Hwy #30 San Jose CA 95125 PH: 408-295-1100 FAX: 408-295-1104

Notice of Privacy Practices

You have the right to inspect and copy your protected health information. Under federal law, however, you may not inspect nor copy the following records: psychotherapy notes; information compiled in reasonable anticipation of, or use in, a civil, criminal, or administrative action or proceeding; and protected health information that is subject to law that prohibits access to protected health information.

You have the right to restrict your protected health information.

This means you may ask us not to use or disclose any part of your protected health information for the purposes of treatment, payment or healthcare operations. You may also request that any part of your protected health information not be disclosed to family members or friends who may be involved in your care or for notification purposes as described in this Notice of Privacy Practices.

Your doctor is not required to agree to a restriction that you may request. If doctor believes it is in your best interest to permit use and disclosure of your protected health information, your protected health information will not be restricted. You then have the right to use another Healthcare Professional.

You have the right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location. You have the right to obtain a paper copy of this notice from us, upon request, even if you have agreed to accept this notice alternatively, i.e., electronically.

You may have the right to have your doctor amend your protected health information. If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us and we may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal.

You have the right to receive an accounting of certain disclosures we have made, if any, of your protected health information.

We reserve the right to change the terms of this notice and will inform you by mail of any changes. You then have the right to object or withdraw as provided in this notice.

Complaints

You may complain to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated by us. You may file a complaint with us by notifying our privacy contact of your complaint. **We will not retaliate against you for filing a complaint.**

This notice becomes effective on/or before **May 23, 2010.**

We are required by law to maintain the privacy of, and provide individuals with, this notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information. If you have any objections to this form, please ask to speak with our HIPAA Compliance Officer in person or by phone. Signature below is only acknowledgement that you have received this Notice of our Privacy Practices:

Patient Name: _____ CHART#: _____

Signature: _____ PrintName _____

Signature of Patient or Parent if patient is a minor



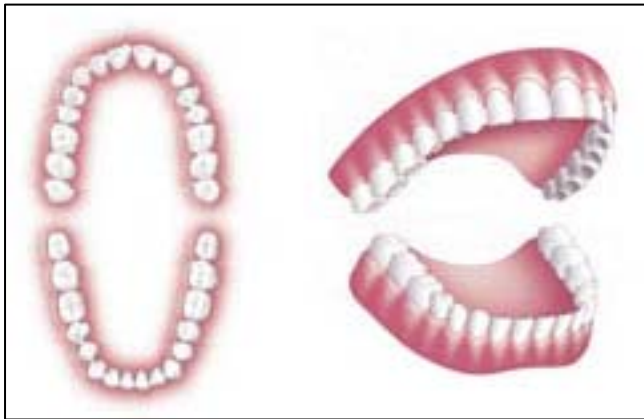
ORTHODONTIC EVALUATION FORM

Patient: _____ Date: _____

Doctor: _____ Staff: _____

Orthodontic treatment is recommended for the following:

- _____ Moderate / Severe crowding potentially affecting periodontal health
- _____ Moderate / Severe crowding creating risk for decay
- _____ Excessive tooth wear caused by poor occlusion (bite)
- _____ Moderate / Severe spacing causing food impaction
- _____ Straighten / Rotate/ Upright teeth for aesthetic profile



Treatment Recommendation (circle one):

Invisalign

Traditional Braces

Length of Treatment: _____

Other: _____

Notes:

Orthodontic Treatment can significantly improve your oral health