

CONSENTIMIENTO INFORMATIVO DE ODONTOLOGIA GENERAL

1. TRATAMIENTO A SEGUIR

Comprendo que voy a tener el siguiente tratamiento: rayos X, profilaxis (limpieza), y otros _____ X (inicial _____)

2. MEDICAMENTO Y DROGAS

Comprendo que los antibióticos, analgésicos, y otros medicamentos pueden ocasionar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, comezón, vómitos, y/o anafilaxia. X (inicial _____)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Comprendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a condiciones descubiertas en los dientes, que no fueron descubiertas durante el examen. Por ejemplo, canal dental subsiguiente a procedimientos restaurativos rutinarios. Yo doy mi consentimiento al dentista para hacer cualquier/todos los cambios y añadiduras necesarias. X (inicial _____)

4. EXTRACCION DE DIENTES

Me han sido explicadas las alternativas para extraer los dientes (terapia de canal dental, coronas dentales, y cirugía periodóntica, etc.), y yo autorizo al dentista a extraer los siguientes dientes: _____ y cualquiera otro que sea necesario por razones descritas en el párrafo #3. Comprendo que las extracciones de los dientes, no siempre eliminan toda infección, si presente, y tal vez sea necesario someterse a tratamientos adicionales. Comprendo los riesgos que conllevan extracciones dentales, los cuales son: dolor, hinchazón, propagación de infección, hueso dental no cicatriza, pérdida de sensación en los dientes, labios, lengua y tejidos circunvecinos que puede durar por tiempo indefinido, o fractura de la quijada. Comprendo que puedo requerir tratamiento adicional por un especialista si se presentan complicaciones durante o mientras se sigue el tratamiento, por el cual asumiré la responsabilidad del costo. (inicial _____)

5. CORONAS DENTALES, PUENTES, Y CHAPAS

Comprendo que no se me a dado garantía alguna de que el tratamiento propuesto será para mi completa satisfacción. Comprendo que a veces no es posible igualar el color exacto de mis dientes con dientes artificiales. También entiendo que tal vez tenga que usar coronas temporeras, las cuales pueden salir fácilmente y las cuales yo tengo que asegurarme de mantenerlas puestas hasta que las coronas dentales permanentes sean entregadas. Comprendo que la oportunidad final para hacer cambios en mi nueva corona dental, puente, o chapa dental (incluyendo forma, tamaño, adapte, y color) es antes de la cementación. También es mi responsabilidad regresar para la cementación permanente dentro de 20 días a partir de la preparación del diente. Retrasos excesivos pueden causar movimiento del diente. Esto puede ocasionar la necesidad de hacer una nueva corona dental, puente, o chapa dental. Comprendo que habrá cargos adicionales debido a mis retrasos para la cementación permanente. (inicial _____)

6. TRATAMIENTO ENDODONTICO (CANAL DENTAL)

Comprendo que no es garantizado que el tratamiento de canal dental salve mi diente, y que complicaciones pueden ocurrir por el tratamiento; y que ocasionalmente material de rellenar el canal dental puede extenderse por todo el diente, lo cual, necesariamente no afecta el éxito del tratamiento. Comprendo que las filas o limas endodónticas y los exprimidores son instrumentos muy delicados y tensiones expuestas en su fabricación puede causar que se separen/desprendan durante su uso. Comprendo que ocasionalmente adicionales procedimientos quirúrgicos pueden ser necesarios subsiguientes al tratamiento de canal dental (apiectomía.) Comprendo que aún haciendo todos los esfuerzos posibles para salvar el diente, éste se puede echar a perder. (inicial _____)

7. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Comprendo que tengo una seria condición, causando inflamación de encía y hueso o pérdida lo cual puede causar la pérdida de mis dientes. Planes de tratamiento alternativo me han sido explicados incluyendo cirugía, sustitución y/o extracciones. Comprendo que sometiéndome a cualquier procedimiento dental puede tener efectos adversos en mi condición periodóntica en el futuro. (inicial _____)

8. EMPASTES

Comprendo que debo ejercer cuidado en masticar con empastes, especialmente durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Entiendo que un empaste más extensivo que originalmente diagnosticado pueda ser requerido debido a caries adicionales. Comprendo que significativa sensibilidad es un efecto secundario común de un empaste nuevo. (inicial _____)

9. DENTADURAS POSTIZAS

Comprendo que el utilizar dentaduras postizas es difícil. Puntos dolorosos, dificultad al hablar, y dificultad al comer son problemas comunes. La dentadura inmediata (puesta inmediatamente después de extracciones dentales) puede ser dolorosa. La dentadura inmediata puede requerir considerables ajustes y varios cambios. Un cambio permanente va a ser necesario más tarde. Esto no está incluido en los cargos de las dentaduras postizas. Comprendo que es mi responsabilidad regresar para la entrega de las dentaduras. Comprendo que si no me presento a la cita para la entrega de las dentaduras, podría resultar en un ajuste inadecuado de la dentadura(s) Si una reconstrucción es requerida debido a mi tardanza de más de 30 días, se adjudicarán cargos adicionales a mi cuenta. (inicial _____)

Comprendo que Odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, practicantes acreditados no pueden garantizar resultados apropiadamente. Admito que nadie me ha dado garantía o seguridad concerniente al tratamiento dental, el cual yo he requerido y he autorizado. Comprendo que ningún otro dentista es responsable por mi tratamiento dental.

Mediante esto, autorizo a cualquiera de los doctores de los auxiliares dentales a proceder y realizar las restauraciones dentales y los tratamientos ya explicados. Comprendo que tan solo es un estimado y es sujeto a modificaciones dependiendo de circunstancias imprevistas o diagnosticadas que puedan surgir durante el curso del tratamiento. Comprendo que independientemente de cualquier cobertura de seguro dental que yo tenga, soy responsable por los cargos de tarifas dentales. Estoy de acuerdo a pagar por honorarios legales, cargos por cobro, o por los honorarios judiciales que sean incurridos para satisfacer ésta obligación.

Firma del Paciente/Guardián _____ Fecha _____

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

- | MARQUE UNO | SI | NO | | SI | NO |
|---|-----------|-----------|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Está bajo tratamiento médico actualmente? | () | () | 9. ¿Es Usted alérgico o ha tenido alguna reacción a lo siguiente? | () | () |
| 2. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado por alguna cirugía o enfermedad seria? | () | () | Anestésicos locales (ejemplo: Novocaína) | () | () |
| 3. ¿Está tomando medicamentos incluyendo medicamentos sin receta?
Si es así, ¿Qué medicamentos está tomando? | () | () | Penicilina u otros antibióticos | () | () |
| 4. ¿Usa tabaco? | () | () | Droga Sulfa | () | () |
| 5. ¿Usa alcohol, Cocaína u otra droga? | () | () | Barbitúricos | () | () |
| 6. ¿Usa lentes de contacto? | () | () | Sedativos | () | () |
| 7. ¿Está tomando píldoras de dieta (Fen Phen) | () | () | Yodo | () | () |
| 8. Médico: _____ | | | Aspirina | () | () |
| Teléfono de oficina: _____ | | | Látex | () | () |
| Fecha del último examen: _____ | | | Otros: _____ | () | () |
| | | | 10. Damas solamente: | | |
| | | | a) ¿Está embarazada? | () | () |
| | | | b) ¿Está lactando? | () | () |
| | | | c) ¿Toma pastillas contraceptivas? | () | () |

11. ¿Tiene o ha tenido usted alguna de las siguientes condiciones?

- | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
|---------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------|
| Alta Presión | () () | Enfermedad del Corazón | () () | Dolor en el Pecho | () () | () () |
| Baja Presión | () () | Soplo Cardíaco | () () | Infarto Cerebral | () () | () () |
| Epilepsia/Convulsiones | () () | Enfermedad del Hígado | () () | Problemas del Corazón | () () | () () |
| SIDA o Infección del VIH | () () | Fiebre Reumatoide | () () | Cáncer | () () | () () |
| Reemplazo o Implante de Articulación | () () | Cansado frecuentemente | () () | Anemia | () () | () () |
| Enfermedades Transmitidas Sexualmente | () () | Alergias/Fiebre del Heno | () () | Angina | () () | () () |
| Ulceras/Problemas del Estómago | () () | Problemas Respiratorios | () () | Glaucoma | () () | () () |
| Desmayos / Ataques | () () | Hepatitis / Ictericia | () () | Asma | () () | () () |
| Reciente Pérdida de peso | () () | Tuberculosis | () () | Enfisema | () () | () () |
| Terapia de Radiación | () () | Sin Respiración fácilmente | () () | Artritis | () () | () () |
| Marcapasos | () () | Tobillos Hinchados | () () | Leucemia | () () | () () |
| Ataque Cardíaco | () () | Enfermedad de los Riñones | () () | Otras: _____ | | |
| Problemas de Tiroides | () () | Diabetes | () () | | | |

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

Nombre del dentista anterior: _____ Fecha del último examen dental: _____

- | | SI | NO | | SI | NO |
|--|-----------|-----------|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Sus encías sangran mientras se cepilla o usa el hilo dental? | () | () | 8. ¿Tiene dolor de cabeza con frecuencia? | () | () |
| 2. ¿Son sus dientes sensitivos a líquidos/ Comidas caliente/frías? | () | () | 9. ¿Aprieta o raspa sus dientes? | () | () |
| 3. ¿Son sus dientes sensitivos a líquidos / Comidas dulce/agrias? | () | () | 10. ¿Se muerde sus mejillas/labios con frecuencia? | () | () |
| 4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? | () | () | 11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? | () | () |
| 5. ¿Tiene úlceras o masas en o cerca de la boca? | () | () | 12. ¿Ha tenido algún trabajo ortodóntico? | () | () |
| 6. ¿Ha tenido heridas de la cabeza, cuello, o quijada? | () | () | 13. ¿Alguna vez a sangrado prolongadamente después de extracciones dentales? | () | () |
| 7. ¿Alguna vez ha experimentado algunos de los siguientes problemas en su quijada? | | | 14. ¿Alguna vez ha sido instruido sobre el método correcto de cepillar sus dientes? | () | () |
| a) ¿Golpecitos? | () | () | 15. ¿Ha tenido instrucciones sobre el cuidado de sus encías? | () | () |
| b) ¿Dolor (coyuntura, oídos, costado de la cara)? | () | () | | | |
| c) ¿Dificultad al masticar? | () | () | | | |

AUTORIZACION Y EXONERACION

Certifico que he leído y he comprendido a mi mayor capacidad la información anterior. Las preguntas anteriores han sido correctamente contestadas. Comprendo que si proveo información incorrecta puede ser nocivo a mi salud. Autorizo al dentista a divulgar cualquier información incluyendo el diagnóstico y los expedientes de cualquier tratamiento o exámenes rendidos a mí o mi niño(a) durante el período del tratamiento dental a terceras personas responsables de pagar y/o practicantes de salud. Autorizo y solicito que mi seguro dental remita el pago directamente a mi dentista o grupo de seguro de beneficios dentales que de otra manera serian enviados directamente a mí. Comprendo que mi portador de seguro dental tal vez pague menos que los cargos sometidos por los servicios. En representación de mis dependientes estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de pagar por todos los servicios rendidos a ellos.

Firma del Paciente o del Padre si es menor

Fecha

CONFIRMACION DE RECIBO: Favor de marcar uno; firme y escriba la fecha:

	Recibido	Rechazado
Información de Prácticas de oficina	()	()
Página de Hechos de la Cámara Dental	()	()
Aviso del Acta de Privacidad	()	()

Firma

Fecha



FAMILY DENTAL PRACTICE

Lourdes R. Gaerlan, D.M.D., Inc.

141 Sunset Ave. Ste. I and J – Suisun City, CA 94585 – (707) 421-8190 – Fax (707) 421-9145
4757 Mangels Blvd. – Fairfield, CA 94534 - (707) 864-1010 – Fax (707) 864-8051

PATIENT INFORMATION

Today's Date _____

Name _____ () Married () Single () Minor / () Male () Female

SS# _____ Driver License # _____ Birthdate _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Home Phone (____) _____ Cell Phone (____) _____ Work Phone (____) _____

Do you prefer to receive calls at: () Home () Cell () Work () No Preference

When are the best times to reach you? _____

Email Address _____

Patient Employer/School _____ Occupation _____

Employer/School Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Spouse or Parent's Name _____ Phone (____) _____

Person to contact in case of emergency _____ Phone (____) _____

Other family members seen by us: _____

Whom may we thank you for referring you to us? _____

RESPONSIBLE PARTY

Person Responsible for account () Patient () Guardian () Spouse () Father () Mother

Name of person responsible for account _____ Phone (____) _____

INSURANCE INFORMATION

Name of insured _____ Relationship to patient _____

Birthdate _____ SS# _____ Phone (____) _____ Email _____

Name of Employer _____ Address _____

Insurance Company _____ Group # _____ Phone (____) _____

Do you have additional insurance? () No () Yes If yes, please complete the following:

Name of insured _____ Relationship to patient _____

Birthdate _____ SS# _____ Phone (____) _____ Email _____

Name of Employer _____ Address _____

Insurance Company _____ Group # _____ Phone (____) _____

AUTHORIZATION

I, the undersigned patient/guardian authorize payment directly to Lourdes R. Gaerlan, D.M.D., Inc./Windsmile Family Dental Practice of the group insurance benefits otherwise payable to me. I understand that I am responsible for all costs of dental treatment. I authorize the use of my signature on all insurance submission. I hereby authorize Lourdes R. Gaerlan, D.M.D., Inc./Windsmile Family Dental Practice to administer such medications and perform such diagnostic, photographic and therapeutic procedures as may be necessary for proper dental care. The information on this page and the dental/medical histories are correct to the best of my knowledge. I grant the right to the dentist to release my dental/medical histories and other information about my dental treatment to third party payors and/or other health professionals.

Patient/Guardian Signature

Date