



BIENVENIDO.

Le ofrecemos una cordial bienvenida a nuestra oficina, todos nuestros Doctores y trabajadores le atenderán con el respeto y la dedicación que usted merece. Es nuestro principal objetivo hacerle sentir en confianza y seguridad con los servicios que le ofrecemos.

Somos una clínica dedicada al cuidado, limpieza y salud bucal de nuestros pacientes, ofreciéndoles una atención integral, utilizando tecnología de vanguardia para su entera satisfacción y con precios al alcance de nuestra comunidad.

Para lograr nuestros objetivos y asegurar que todos sean tratados con el mismo nivel de respeto, cada paciente tendrá:

La responsabilidad de:

- En caso de imprevistos o emergencias, le pedimos por favor, llamar al menos 24 horas antes de su cita, para cancelar u obtener otra.
- Comportarse de manera tranquila y ordenada, notificando al personal cualquier descontento o preocupación con respecto al trato y tratamiento recibido.
- Respetar y cuidar nuestra propiedad, así como los inmuebles de la oficina.
- Cumplir con su obligación de pagos inmediatamente antes de ingresar a su cita y/o antes de recibir sus trabajos.
- Pagar el costo a full o sin descuentos, si así lo tuviera, cuando usted modifique el tratamiento inicial firmado y propuesto por nuestros doctores.

El Derecho a:

- Ser tratado con dignidad, consideración y respeto, ofreciéndole la privacidad y confidencialidad apropiada.
- Ofrecerle la oportunidad de aprobar o rechazar opciones en su tratamiento con explicaciones adecuadas sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Recibir un tratamiento seguro y eficiente.

Firmando debajo usted confirma que ha entendido el protocolo de trabajo de nuestra oficina y está dispuesto a cumplirlo.

Nombre y Apellido

Fecha

Fecha : _____

INFORMACION DEL PACIENTE			
Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Menor
FDN: (/ /)	Seguro Social #:	Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
Direccion:	Ciudad:	Estado:	ZIP:
TEL # Casa:	Cel:	Correo Electronico:	
Ocupacion:	Empleador:	Num. telefonico de Empleador:	
Si es estudiante, Nombre de escuela:		Grado:	
Persona responsable por esta cuenta:	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Guardian Legal		
Algun familiar suyo se ha atendido en nuestra oficina?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quien lo refirio con nosotros?	
AUTORIZACION			
<p>Por medio de la/el presente autorizo el pago directamente a la oficina dental de los beneficios de seguro de grupo que me corresponde pagar a mí. Entiendo que soy responsable de todos los costos de tratamiento dental. Por la presente autorizo a la oficina dental para administrar tales medicamentos y llevar a cabo el diagnóstico, radiográfico y los procedimientos terapéuticos que puedan ser necesarios para el cuidado dental apropiado . La información de esta página y las historias dentales / medicas son correctos y son de mi conocimiento. Yo concedo el derecho al dentista para liberar mi historia dental / médica y otra información sobre mi tratamiento dental a los terceros pagadores y / u otros profesionales de la salud por cualquier método, incluida la transferencia electronica via email.</p>			
_____		_____	
<i>Firma</i>		<i>Fecha</i>	
_____		_____	
<i>Firma de Padre/Madre/GuardianLegal (Si el paciente es menor de edad)</i>		<i>Fecha</i>	
EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre:	Relacion con Paciente :	Telefono:	
Direccion:		Ciudad/Estado: /	ZIP:



Historial Medico

Nombre de paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Aunque el personal dental trate principalmente el área de la boca, la boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante interrelación con la odontología que recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

Usted está bajo el cuidado de un médico en este momento? Sí No En caso afirmativo, por favor explique: _____

Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido alguna cirugía mayor? Sí No En caso afirmativo, por favor explique: _____

Alguna vez ha tenido una lesión grave en el cuello o cabeza? Sí No En caso afirmativo, por favor explique: _____

Está tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? Sí No En caso afirmativo, por favor explique: _____

Usted está en una dieta especial? Sí No

Usted utiliza tabaco? Sí No

Usted usa sustancias controladas? Sí No

MUJERES: Usted esta

Embarazada/En busca de embarazo

Esta lactando

Toma anticonceptivos orales

Toma o alguna vez ha tomado Phen-Fen, Redux, Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro medicamento que contenga bifosfonatos? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestesia Local Sulfamidas

Algún otro, cuál? _____

Usted tiene, o ha tenido cualquiera de los siguientes?

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de célula falciforme |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Herpes labial | <input type="checkbox"/> Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Ritmo Cardíaco Irregular | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Trastorno congénito de corazón | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón | <input type="checkbox"/> Espina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Convulsión | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Problema o enfermedad intestinal/del estomago |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Medicina con cortisona | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Ataque cerebral |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Presión Baja | <input type="checkbox"/> Inflamación en las extremidades |
| <input type="checkbox"/> Válvula artificial de corazón | <input type="checkbox"/> Adicción de droga | <input type="checkbox"/> Soplo al corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Pulmón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Fácilmente sin aliento | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón | <input type="checkbox"/> Prolapso de Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Dolor en articulación mandibular | <input type="checkbox"/> Tumores o Crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Enfermedad Paratiroidea | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea |
| <input type="checkbox"/> Hematomas | <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Diálisis Renal | <input type="checkbox"/> Urticaria | | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso |
| | | <input type="checkbox"/> Tratamientos de Radiación | | |

Comments: _____

Bajo mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que dar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud, o para la del paciente Es mi responsabilidad de informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

FIRMA DEL PACIENTE, O GUARDIAN LEGAL _____

FECHA _____

Shalom Sunset Dental Care
Consentimiento Informado de Odontología General

Nombre de Paciente : _____

1. **Trabajo para hacer:** Entiendo que estoy teniendo el siguiente trabajo realizado: Rellenos: ____, Puentes: ____, Coronas: ____, Extracciones: ____, I.V. Sedación: ____, Endodoncia: ____, Otros: ____, Iniciales: _____
 2. **Drogas y Medicamentos:** Entiendo que los antibióticos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos, y/o shock anafiláctico etc. Iniciales: _____
 3. **Cambios en Planes Tratamientos:** Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras el examen oral, la terapia de conducto radicular puede ser mas comun despues de los procedimientos de restauración de rutina. Doy mi permiso al dentista para hacer cualquier/todos los cambios y adiciones que sean necesarias. Iniciales: _____
 4. **Extracciones:** Las alternativas a la extracción han sido explicadas (terapia de conducto radicular, corona, y la cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista para extraer los dientes, y cualesquiera otros necesarios por razones en el párrafo 3. Entiendo que extraer los dientes no siempre remuevo toda la infección, si la hay, y puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo los riesgos que implica haber extraído los dientes, algunos de los cuales son dolor hinchazón, propagación de la infección, alveolitis, senos expuestos, pérdida de sensibilidad en los dientes, labios, lengua, y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un periodo de tiempo indefinido y/o la mandíbula fracturada. Entiendo que el sangrado puede durar varias horas. En caso de que persista, sobro todo si es grave en la naturaleza, debe recibir atención y contactar la oficina. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o incluso ser hospitalizado por complicaciones durante o después del tratamiento, el costo de los cuales es mi responsabilidad. Iniciales: _____
 5. **Leukocvte-Platelet Rich Fibrin (L-PRF):** El rejuvenecimiento PRF se utiliza para promover la curación y el crecimiento óseo desde el interior de su cuerpo. Si el paciente tiene problemas de salud, el doctor no podrá extraer sangre o la extracción de sangre no será óptima para el procedimiento. Los resultados pueden variar de paciente a paciente. Iniciales: _____
 6. **Coronas, Puentes y Restauraciones:** Entiendo que a veces no es posible calcular el color natural de mis dientes exactamente con dientes artificiales. Además, entiendo que puedo usar una corona temporal, que puede desprenderse fácilmente y que debo tener cuidado de asegurarme que se mantengan hasta que se me entreguen las coronas permanentes. Me doy cuenta de que la última oportunidad para realizar cambios en mi(s) nueva(s) corona(s), puente(s) y / o restauraciones será antes de la cementación. Si es necesario realizar cambios después de la cementación, se le cobrará una tarifa adicional al paciente. Iniciales: _____
 7. **Parciales y Dentaduras:** Me doy cuenta de que las dentaduras completas o parciales están hechas artificialmente de plástico, metal y / o porcelana. Los problemas de usar esos aparatos me han sido explicados, incluso la falta de solidez, el dolor y la posible rotura. Me doy cuenta de que la última oportunidad para realizar cualquier cambio en mi nueva dentadura postiza (forma / ajuste / tamaño / colocación / color) será en la visita de "prueba de dientes". Entiendo que cualquier cambio posterior a la dentadura postiza puede requerir una tarifa adicional. Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren un rebase de aproximadamente tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en la tarifa inicial de dentaduras postizas. Iniciales: _____
 8. **Tratamiento de Endodoncia:** Me doy cuenta de que no hay garantía de que la terapia de conducto pueda salvar mi diente, que puedan ocurrir complicaciones con el tratamiento, y que ocasionalmente los objetos metálicos se cementan en el diente o se extienden a través de la punta de la raíz, lo que no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones pueden ser necesarios procedimientos adicionales después del tratamiento de conducto (apicectomia). Iniciales: _____
 9. **Pérdida Periodontal(de tejido o hueso):** Entiendo que tengo una infección grave que causa inflamación de las encías y / o pérdida, y que puede provocar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, que incluyen cirugía de encías, reemplazo y / o extracciones. Entiendo que emprender cualquier procedimiento dental puede tener un futuro efecto adverso en mi condición periodontal. Iniciales: _____
- ❖ Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar los resultados. Reconozco que ninguna garantía ha sido hecha por nadie con respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y que es responsable individualmente de la atención dental que se me brinda. Entiendo que ningún otro dentista aparte del dentista tratante es responsable de mi tratamiento.

Firma: _____

Fecha: _____

Shalom Sunset Dental Care

Dr. Blanca M Castello

Política Financiamiento en Escrito:

Gracias por elegir Shalom Sunset Dental Care. Nuestra misión es ofrecer la mejor y más completa atención dental disponible. Una parte importante de nuestra misión es hacer que el costo de la atención óptima sea fácil y manejable para nuestros pacientes al ofrecer varias opciones de pago.

❖ **Opciones de Pago:**

- Dinero en efectivo, cheque, Visa, MasterCard, American Express o Discover Card.
- Covenientes opciones de pago mensuales de la tarjeta de crédito Care Credit.
 - Le permite pagar en plazos.
 - Sin cuotas anuales o multas por pagar anticipado.

Tenga en cuenta: Shalom Sunset Dental requiere pago antes de completar su tratamiento. Si decide discontinuar la atención antes de que se complete el tratamiento, recibirá un reembolso menos la atención recibida y cualquier sanción, si corresponde.

Aceptamos pagos en Tercios o Cuartos para tratamientos de más de \$1000, para los planes que requieren más de 2 o 3 citas, se pueden proporcionar arreglos alternativos para planes de tratamiento más grandes e integrales de \$1000 o más, se requiere un depósito para garantizar su cita de tratamiento inicial. También ofrecemos financiación interna para tratamientos superiores a \$2000.

Para pacientes con seguro dental, estamos más que contentos de trabajar con su proveedor para maximizar sus beneficios y facturarlos directamente por cualquier reembolso por su tratamiento.

Tenga en cuenta: El paciente es responsable de cualquier diferencia entre el estimado del tratamiento y lo que pague el proveedor.

Se cobrará una tarifa de \$20 a los pacientes que pierdan o cancelen más de 2 citas en un año calendario sin un aviso de 48 horas o \$ 50 por cualquier cita que sea por procedimientos.

Shalom Sunset Dental le cobrará al paciente \$ 30 adicionales por cualquier cheque devuelto.

Si la cuenta del paciente debe enviarse a la recolección, el paciente acepta ser responsable de los honorarios de la agencia de cobros, los honorarios legales y / o las penalizaciones adicionales de la oficina.

Firma del Paciente/Padre/Guardian Legal

Fecha

Shalom Sunset Dental Care

Dr. Blanca M Castello

6491 Sunset Strip Suite #1

Sunrise, FL 33313

Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

Comprendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- ❖ Planear mi tratamiento, dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directo e indirectamente.
- ❖ Obtenga pagos de terceros pagadores.
- ❖ Llevar a cabo operaciones medica normales, como evaluaciones de calidad y certificación de médicos.

Confirmando que he recibido su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y qué puedo contactar a esta organización en cualquier momento a la dirección arriba para obtener una copia actual del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se utiliza o divulga mi información privada para realizar el pago del tratamiento o las operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mi solicitud de restringir el uso de mi información, pero si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con las restricciones.

Si alguien se va a poner en contacto con nosotros para preguntar sobre su tratamiento o para discutir su estimación de tratamiento, por favor enumere su nombre y relación con usted. De lo contrario, no podremos hablar con ellos o discutir cualquier información relacionada con su caso.

Nombre de Paciente: _____

Nombre/Relación de familiar: _____

Firma: _____

Día: _____

Uso Oficial Solamente

Intenté obtener la firma del paciente como reconocimiento en este Aviso de prácticas de privacidad, pero no fue exitosa como documento a continuación:

Date: _____ Initial: _____ Signature: _____

Reason: _____