

Nombre: _____

No. de Casa: (_____) _____ - _____

Dirección : _____

No. de Celular: (_____) _____ - _____

No. de Trabajo: (_____) _____ - _____

No. Seguro Social: _____ - _____ - _____

Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ (mm/dd/yy)

(Ciudad)

(Estado/Código Postal)

Información de Seguro Dental

Nombre de la Compañía: _____ No. del Seguro Dental _____

Primario Dueño del Seguro Dental : _____ Lugar de Empleo: _____
(Nombre) (Primario Dueño)

No. Seguro Social del Primario : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nosotros a quien podemos agradecer por mandarlo a nuestra oficina? _____

Firma del Paciente

Firma del Padre/Madre

Fecha

SU SALUD

Spanish

Nombre del Paciente: _____ Numero de Identificacion del Paciente: _____
 Fecha de Nacimiento: _____

I. ELIJA LA RESPUESTA APROPIADA (Deje en blanco si no la entiende):

- | | | | |
|----|----|----|--|
| 1. | Si | No | Esta bien de salud? |
| 2. | Si | No | Ha tenido un cambio de su salud dentro de un año? |
| 3. | Si | No | Ha sido hospitalizado o ha tenido una enfermedad grave hace tres años?
Si la respuesta es "Si" ..
Porque? _____ |
| 4. | Si | No | Esta usted viendo un doctor ahora? Para que? _____
Fecha de su ultimo examen medico? _____ Fecha de su ultimo examen dental _____ |
| 5. | Si | No | Ha tenido usted problemas con el tratamiento dental anteriormente? |
| 6. | Si | No | Esta usted con dolor ahora? |

II. HA EXPERIMENTADO?:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|------------------------------|
| 7. | Si | No | Dolor de pecho (angina de pecho)? | 18. | Si | No | Mareos? |
| 8. | Si | No | Tobillos hinchados? | 19. | Si | No | Zumbidos en los oídos? |
| 9. | Si | No | Problemas de respirar? | 20. | Si | No | Dolores De Cabeza? |
| 10. | Si | No | Perdida de peso reciente, fiebre, sudores de la noche? | 21. | Si | No | Desmayos? |
| 11. | Si | No | Tos persistente, tosiendo sangre? | 22. | Si | No | Vision borrosa? |
| 12. | Si | No | Problemas de sangrar, magullándose fácilmente? | 23. | Si | No | Convulsiones? |
| 13. | Si | No | Problemas de Sinusitis? | 24. | Si | No | Sed excesiva? |
| 14. | Si | No | Dificultad para tragar?? | 25. | Si | No | Orina con frecuencia? |
| 15. | Si | No | Diarrea, constipacion excremento de apariencia anormal? | 26. | Si | No | Boca seca? |
| 16. | Si | No | Vomitos frecuentes, nauseas? | 27. | Si | No | Ictericia? |
| 17. | Si | No | Dificultad de orinar? | 28. | Si | No | Dolor en las articulaciones? |

III. HA TENIDO O TIENE:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|----------------------------|
| 29. | Si | No | Enfermedad del corazón? | 40. | Si | No | SIDA |
| 30. | Si | No | Ataque al corazón, defectos del corazón? | 41. | Si | No | Tumores, cancer? |
| 31. | Si | No | Soplos en el corazón? | 42. | Si | No | Artritis, rheumatismo? |
| 32. | Si | No | Fiebre reumática? | 43. | Si | No | Enfermedad en los ojos? |
| 33. | Si | No | Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | 44. | Si | No | Enfermedad en la piel? |
| 34. | Si | No | Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea) | 45. | Si | No | Anemia? |
| 35. | Si | No | Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades? | 46. | Si | No | Hipertension? |
| 36. | Si | No | Hepatitis, otras enfermedades del hígado? | 47. | Si | No | Herpes? |
| 37. | Si | No | Problemas de estómago, úlceras? | 48. | Si | No | Problema de vejiga, Riñon? |
| 38. | Si | No | Alergias a medicamentos, alimentos, medicamentos, látex? | 49. | Si | No | Enfermedad Tiroides? |
| 39. | Si | No | Historia familiar de diabetes, problemas de corazón, tumores? | 50. | Si | No | Diabetes? |

IV. TIENE O HA TENIDO:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---------------------------------|-----|----|----|------------------------|
| 51. | Si | No | Atencion Siquiatrico? | 56. | Si | No | Hospitalisacion? |
| 52. | Si | No | Tratamiento de radiacion? | 57. | Si | No | Transfusión de sangre? |
| 53. | Si | No | Quimioterapia? | 58. | Si | No | Cirurgias? |
| 54. | Si | No | Válvula artificial del corazón? | 59. | Si | No | Marcapasos? |
| 55. | Si | No | Artificial conjunta? | 60. | Si | No | Lentes de contactos? |

V. ESTA TOMANDO:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|--|-----|----|----|-------------------------|
| 61. | Si | No | Drogas recreativas? | 63. | Si | No | Tobaco de alguna forma? |
| 62. | Si | No | Drogas, medicamentos de venta libre de medicamentos
(incluyendo aspirina), los recursos naturales | 64. | Si | No | Alcohol? |

Haga una lista: _____

VI. PARA MUJERES SOLAMENTE:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|--|-----|----|----|---------------------------|
| 65. | Si | No | Está o podría estar embarazada o dando pecho ? | 66. | Si | No | Píldoras anticonceptivas? |
|-----|----|----|--|-----|----|----|---------------------------|

VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

- | | | | |
|-----|----|----|---|
| 67. | Si | No | Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este formulario? En caso afirmativo, porfavor explique: _____ |
|-----|----|----|---|

Lo mejor de mi conocimiento, he respondido todas las preguntas completamente y con precisión. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o medicamentos.

Patient's signature: _____ Date: _____

RECALL REVIEW:

- | | | | | |
|----|---------------------|-------|-------|-------|
| 1. | Patient's signature | _____ | Date: | _____ |
| 2. | Patient's signature | _____ | Date: | _____ |
| 3. | Patient's signature | _____ | Date: | _____ |

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL - II
Page 1 of 2

Nombre del paciente _____

Fecha _____

Ponga sus iniciales en cada párrafo, después de la lectura. Si usted tiene alguna duda, consulte a su médico antes de intialing.

_____ 1. **Tratamiento:**

Entiendo que estoy teniendo el tratamiento dental los siguientes:

o Fillings o Crowns o Bridges o Dentures o Extractions
o Impacted tooth removal o Root Canals o Other

_____ 2. **Drogas y medicamentos:**

Entiendo que los antibióticos, analgésicos, anestésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas, causando enrojecimiento y la hinchazón de los tejidos, picor, dolor, náuseas y vómitos o reacciones alérgicas más graves. He informado al médico de cualquier alergia conocida. Ciertos medicamentos pueden causar somnolencia y no es recomendable para conducir o manejar equipo peligroso cuando se utilizan estas drogas.

_____ 3. **Rellenos:**

Entiendo que una restauración más amplia de lo inicialmente previsto puede ser necesaria debido a las condiciones adicionales descubiertas durante la preparación. Entiendo que los cambios significativos en la respuesta a la temperatura puede ocurrir después de la restauración dental. Me doy cuenta de que los rellenos son raramente "permanente" y por lo general requieren reemplazo periódico.

_____ 4. **Coronas y puentes:**

Yo entiendo que a veces no es posible que coincidir exactamente con el color de los dientes naturales con los dientes artificiales. Además, entiendo que se me puede usar coronas temporales que son propensos a la relajación y puede ser necesario recementar. Voy a notificar a mi médico de ese acontecimiento para que una restauración temporal se mantiene hasta la restauración final de su pronunciamiento. Me doy cuenta de que cualquier cambio que pueda desear en color, forma, tamaño, etc de una corona debe hacerse antes de la fabricación final de la restauración. Es mi responsabilidad de devolver el plazo de un mes de preparación del diente para la cementación final de la restauración. Entiendo que puede necesitar tratamiento por un especialista si surgen complicaciones durante el tratamiento, y los costos incurridos por lo tanto es mi responsabilidad.

_____ 5. **Dentaduras:**

Entiendo que usar prótesis no es un proceso sencillo, que la eficiencia de masticar se verá disminuido, y que las prótesis no son "permanentes". Puntos dolorosos, alteración del habla y dificultad para comer son problemas comunes. Las dentaduras inmediatas (la colocación de una prótesis inmediatamente después de extracciones) puede ser muy incómodo para varios días. Las dentaduras inmediatas requerir el ajuste de frecuencia y uno o más rebasados permanente dentro de varios meses. Yo entiendo que falta a las citas podría resultar en un resultado menos deseable. Si la versión es necesaria debido a mi retraso, los honorarios adicionales pueden ser contraídos.

_____ 6. **Extracciones:**

Alternativas a la extracción de dientes incluyen la terapia del conducto radicular, de restauración, periodontal (de las encías), tratamiento o coronas. Es mi entendimiento que los dientes serán los siguientes quitar: _____. Entiendo que la eliminación de los dientes no siempre eliminar la infección existente y que el tratamiento que puedan ser necesarias. Me han dicho que los riesgos de la eliminación de los dientes incluyen, pero no limitado a: dolor, inflamación, infección, alveolitis seca, fractura de hueso o de la mandíbula y la pérdida de sensibilidad en el labio y / o otras zonas de la cara, mejilla, lengua, encías y los dientes. Entumecimiento podrá ser temporal o permanente. Entiendo que el cuidado por un especialista puede ser necesaria si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, y que los gastos corren por mi cuenta.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL - II

Page 2 of 2

_____ 7. **Parodontal Enfermedades:**

La enfermedad periodontal puede ser una condición grave, que causa la inflamación de las encías y los huesos y / o pérdida y puede conducir a la pérdida de los dientes permanentes. Posibles planes de tratamiento se han explicado a mí, que incluyen una limpieza profunda, cirugía de encías y los injertos óseos, extracción de dientes y el reemplazo de los dientes. Entiendo que gran parte del éxito del tratamiento periodontal depende de mi atención en el hogar permanente y fiel adhesión a las siguientes instrucciones de mi médico, incluyendo la observancia estricta de citas de revisión. Entiendo que el cuidado de un especialista puede ser necesaria.

_____ 8. **El tratamiento de conducto:**

Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento del conducto radicular salvar un diente, y que pueden ocurrir complicaciones del tratamiento. En ocasiones, el canal de material de relleno puede extenderse hasta el final de la raíz, que puede o no puede afectar el éxito del tratamiento, y que pueden requerir tratamiento adicional. Entiendo que los archivos de canal de la raíz, son instrumentos muy frágiles y, a veces puede separar de la raíz, que puede o no efecto de éxito. Entiendo que en ocasiones los procedimientos quirúrgicos adicionales (apicectomía) puede ser necesaria para completar la terapia. Entiendo también que una pequeña fisura imperceptible en un diente puede causar el fracaso, no importa cuán extensa terapia puede ser. Un pequeño porcentaje de los conductos radiculares no a pesar de los esfuerzos. Entiendo que la atención especializada puede estar indicado si surgen complicaciones.

_____ 9. **Cambio en el plan de tratamiento:**

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones durante el tratamiento, descubrió que no eran evidentes durante el examen. Yo autorizo a mi médico para utilizar su juicio profesional para proporcionar la atención adecuada.

_____ 10. **Tratamiento alternativo (s):**

Incluir: _____

_____ 11. Otro: _____

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que no hay resultados específicos pueden ser asegurados o garantizados. Reconozco que esas garantías no se han hecho sobre el tratamiento dental que he autorizado. Entiendo que el plan de tratamiento y los honorarios propuestos están sujetos a modificación, dependiendo de las condiciones imprevistas o no diagnosticada que pueden ser reconocidos sólo durante el curso del tratamiento. Entiendo que las tarifas de laboratorio asociados son mi responsabilidad financiera.

CONSENTIMIENTO: He tenido la oportunidad de tener a todas mis preguntas contestadas por mi doctor y yo certifico que entiendo Español. Mi firma abajo significa que yo entiendo el tratamiento y la anestesia que se propone para mí, junto con los riesgos conocidos y las complicaciones asociadas con el tratamiento. Yo doy mi consentimiento para el tratamiento que he escogido.

Firma del Paciente Fecha

Firma del médico Fecha

Firma del testigo Fecha

STEVEN G. MAUTNER, D.D.S., P.A.
5609 NW 29TH STREET
MARGATE, FL 33063
(954) 978-8866

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Puede negarse a firmar este Reconocimiento

El abajo firmante reconoce la divulgación de la Comunicación de la actualidad eficaz de las prácticas de privacidad para Steven G. Mautner, DDS, MS, este _____ día de _____, 2023.

Una copia de esta firma, con fecha de acuse de recibo deberá ser tan eficaz como el original.

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE

POR FAVOR FIRME SU NOMBRE

Si usted es el representante legal del paciente, por favor escriba el nombre del paciente y describir su autoridad:_____.

Muchas gracias y si usted tiene alguna pregunta sobre este formulario o de la Comunicación adjunta, por favor contacte a nuestro oficial de privacidad.

USO DE LA OFICINA Como oficial de la intimidad, traté de obtener (del paciente o representante) firma en el Reconocimiento, pero no debido a que:

____ Es un tratamiento de emergencia.

____ Yo no podía comunicarse con el paciente.

____ El paciente se negó a firmar.

____ El paciente no pudo firmar because _____

_____.

____ Otro (por favor describa): _____

_____.

Firma del responsable de privacidad : _____

STEVEN G. MAUTNER, D.D.S., P.A.
5609 NW 29th Street
Margate, FL 33063
Office (954) 978-8866
Fax (954) 978-0618

NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA

Le damos la bienvenida a nuestra práctica. Estamos comprometidos con su tratamiento sea exitoso. Por favor, entienda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que requieren que usted lea y firme en este momento. Todos los pacientes deben completar el "Formulario de Información para el paciente" antes de ver a los doctores.

Aceptamos efectivo, cheque, VISA, MASTERCARD Discover y American Express

PPO: Presentación de reclamaciones de seguros y la aceptación de la cesión es un servicio prestado sin cargo alguno y de ninguna manera te alivia de la responsabilidad de su factura. Usted debe entender que usted sigue siendo responsable de su cuenta. Si su compañía de seguros no paga, usted será responsable por esa cantidad.

PPO/ HMO/CASH PT'S: su co-pago deberá ser abonado en el momento del servicio.

UCR (USUAL and CUSTOMARY): Nuestra práctica se ha comprometido a proporcionar el mejor tratamiento posible para nuestros pacientes y cobramos lo que es uso y costumbre de nuestra zona. En el caso de que usted omita en sus pagos, puede que tengamos que buscar la ayuda de una agencia de cobros. Si esta situación ocurriera, usted será responsable por cualquier y todos los gastos de recogida, así como el equilibrio existente.

Una cuota de \$ 25.00 será cobrado por los cheques devueltos.

Gracias por la comprensión de nuestra política financiera. Por favor, háganos saber si usted tiene preguntas antes.

He leído la política financiera y de acuerdo con él.

FIRMA del Paciente _____ Fecha _____

Imprimir Name _____

Address del paciente _____

Teléfono del Paciente Number _____