



Lake Forest Dental

Le damos la bienvenida a nuestra clinica. Tomese algunos minutos para completar este formulario en la forma mas exhaustiva posible. Con gusto responderemos todas sus preguntas.

Nos alegra trabajar con usted para mantener su salud dental.

Informacion del Paciente

Fecha:	_____	Telefono de Casa (____)	_____	Celular (____)	_____	
Nombre:	_____		SS#:	_____		
Direccion:	_____		E-mail:	_____		
Ciudad:	_____	Estado:	_____	Codigo Postal:	_____	
Sexo:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Edad:	_____	Fecha de Nacimiento:	_____
___Casado(a) ___Viudo(a) ___Soltero(a) ___Menor ___Separado(a) ___Divorciado(a)						
¿A quien podemos agradecer su referencia? _____						
Contacto de Emergencia/Nombre y Telefono: _____						

Seguro Primario

Persona Responsable de la Cuenta:	_____						
Relacion con el Paciente:	_____	Fecha de Nacimiento:	_____	SS#:	_____		
Direccion:	_____						
Ciudad:	_____	Estado:	_____	Codigo Postal:	_____	Tel: (____)	_____
Empleador:	_____		Ocupacion:	_____			
Direccion de Trabajo:	_____			Tel: (____)	_____		
Compañia de Seguro Dental:	_____			Tel: (____)	_____		
Numero de Suscriptor:	_____		Num. de Grupo:	_____			
Nombre de Otras Personas Cubiertas en el Plan: _____							

Historial Odontologico

Motivo de Consulta:	_____	Fecha de Ultima Visita al Dentista:	_____
Dentista Anterior:	_____		
Telefono:	_____		
Marca (✓) Si ha tenido alguno de los siguientes problemas:			
<input type="checkbox"/> Mal Aliento	<input type="checkbox"/> Rechinar de Dientes	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor	
<input type="checkbox"/> Sangrado de Encias	<input type="checkbox"/> Dientes Flojos	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo Dulce	
<input type="checkbox"/> Crujido Mandibular	<input type="checkbox"/> Tratamiento Periodontologico		
<input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder	<input type="checkbox"/> Acumulacion de Comida entre Dientes		
<input type="checkbox"/> Sensibilidad al Frio	<input type="checkbox"/> Llagas en la Boca		
Cada Cuando usa Hilo Dental?	_____	Cada Cuando Cepilla sus Dientes?	_____



Historial Medico

Nombre del Medico: _____ Fecha de Ultima Consulta: _____

Alguna vez ha tomado alguno de los farmacos del grupo denominado en Ingles "Fen-Phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin(nombre comerciales de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina) ___ Si ___ No

Ha tenido alguna enfermedad grave u operaci3n? ___ Si ___ No

Si respondio si, Describa: _____ Fecha: _____

Alguna vez se le ha efectuado una transfucion de Sangre? ___ Si ___ No

Si respondio si, indique la fecha aproximada: _____

(MUJERES) Esta usted Embarazada? ___ Si ___ No Amamantando? ___ Si ___ No

Tomando pildoras anticonceptivas? ___ Si ___ No

Marcar (✓) si tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis (Tipo ___) | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumatismo | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Presion sanguinea alta | <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar |
| <input type="checkbox"/> Valvulas cardiacas artificial | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> VIH/ Sida | <input type="checkbox"/> Erupcion Cutanea |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor mandibular | <input type="checkbox"/> Apoplejia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Hinchazon de Pies/talon |
| <input type="checkbox"/> Problemas Lumbares | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepatica | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguinea | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso Valvula Mitral | <input type="checkbox"/> Tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de Farmacos | <input type="checkbox"/> Soplo cardiac | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (Tipo ___) |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos | <input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratoria | <input type="checkbox"/> Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venerea |

Otro: _____

Medicamentos (que esta tomando actualmente): _____

Alergias: _____

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo tenemos cobertura de seguro con _____ y cedemos directamente a Lake Forest Dental PA/ Dr. Davina Prida & Dr. Kaivan K Afkami todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo sere responsable yo por los servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista mencionado arriba puede utilizar mi informacion sobre atencion de salud y puede divulgar dicha informacion a la(s) compa \tilde{n} ia(s) de seguro(s) mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminara cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un a \tilde{n} o despues de la fecha de suscripci3n a continuacion.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Indicar Nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Relacion con el Paciente

LAKE FOREST DENTAL CLINIC, P.A. FAMILY AND COSMETIC DENTISTRY

A NUESTROS PACIENTES

EN ESFUERZO PARA MANTENER BAJOS COSTOS DENTALES MIENTRAS OFRECEMOS UN ALTO NIVEL DE CUIDADO PROFESIONAL, HEMOS ESTABLECIDO EL SIGUIENTE INFORME DE CONSENTIMIENTO PARA NUESTROS PACIENTES. LE PEDIMOS A NUESTROS PACIENTES QUE DISCUTAN CUALQUIER PREGUNTA QUE TENGAN RESPECTO A NUESTRA POLIZA.

POLIZA DE OFICINA

1. El paciente es responsable de traer el Medicaid vigente a su cita.
2. Por causa de espacio limitado en nuestra oficina, le pedimos que solo el paciente y un padre vengan a su cita.
3. Si el paciente falla a dos citas, tendremos que mandarle una carta de despedida.
4. Tenga en mente que usted tiene el contrato con Medicaid, nosotros no. Nosotros no somos responsables de ninguna carta, tarjeta o cualquier otro documento que haiga sido extraviado o robado, ni tampoco podemos duplicarlos.
5. Nosotros solo podemos proveer servicios que esten dentro de los reglamentos de Texas Health Steps Medicaid. Si por alguna razon el paciente solicita un servicio que no es cubierto por Medicaid, El paciente sera responsable de pagar por tal servicio.
6. Nuestra oficina reserva el derecho de ver cierta cantidad de pacientes con Medicaid al mes. Cuando llegemos a nuestra capacidad, no podremos ver nuevos pacientes o existentes.

POLIZA DE CANCELACION

Tenga en mente que usted es quien mantiene el contrato con Medicaid, no nuestra oficina. Por regla de Medicaid, nuestra oficina tiene que reportar cualquier cita perdida a la oficina de Medicaid. Una consejera se comunicara con usted por telefono. Si usted esta inaccesible o un telefono no esta disponible, se le hara una visita a domicilio, y puede resultar en la perdida de su Medicaid. No habra excepcion para nadie, ni para cualquier excusa.

Yo autorizo el uso o la divulgacion de cualquier informacion dental que sea necesaria para procesar el reclamo. Yo autorizo el pago de beneficios que el dentista inscribio por servicios rendidos.

DECLARACION DE ENTENDIMIENTO

Declaro que he leído y entendido la información que se me a explicado en este documento.

FIRMA DE PADRE/TUTOR

FECHA

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Y CONSENTIMIENTO / AUTORIZACIÓN LIMITA Y FORMA DE AUTORIZACIÓN**

Usted Puede Negarse a Firmar este Reconocimiento pero, al negarse
no se le permitirá procesar sus Reclamos de Seguros.

Fecha: _____

El abajo firmante reconoce haber recibido una copia del aviso actualmente vigente de las Prácticas de Privacidad para _____. Una copia de este Reconocimiento de recibo firmado, con fecha deberá ser tan eficaz como el original. MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO UN DOCUMENTO PHI SI ES DEBIDO SOLICITAR TRATAMIENTO O RADIOGRAFÍAS PARA SER ENVIADOS A OTROS DOCTORES ASISTIENDO EN EL FUTURO.

Por favor ***imprima*** su nombre.

Por favor ***firmo*** su nombre

Representante Legal

Descripción de Autoridad

POR FAVOR ESCRIBA CUALQUIER OTRA ENTIDAD QUE PUEDE TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN DENTAL (Este incluye los padres, los abuelos, y los encargados del cuidado que puede tener acceso a los registros de este paciente.):

Nobre: _____

Relación: _____

Nobre: _____

Relación: _____

Nobre: _____

Relación: _____

YO AUTORIZO CONTACTO DE ESTA OFICINA PARA **CONFIRMAR MIS CITAS DENTALES, TRATAMIENTO, Y INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN** A TRAVÉS DE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Confirmación Telefónica al Celular | <input type="checkbox"/> Confirmación Telefónica al Hogar |
| <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto a mi Teléfono Celular | <input type="checkbox"/> Confirmación Telefónica al Trabajo |
| <input type="checkbox"/> Confirmación de Correo / Tarjeta Postal | <input type="checkbox"/> Confirmación de Correo Electrónico |

YO AUTORIZO LA **INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD DENTAL** SEA TRANSMITIDOS A TRAVÉS DE:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mensaje en el Teléfono Celular | <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto |
| <input type="checkbox"/> Mensaje en el Teléfono de su Casa | <input type="checkbox"/> Correo de Tarjeta Postal |
| <input type="checkbox"/> Mensaje en el Teléfono del Trabajo | <input type="checkbox"/> Cualquiera de los anteriores |
| <input type="checkbox"/> Mensaje de Correo Electrónico | |

YO APRUEBO SER CONTACTADO ACERCA DE **SERVICIOS ESPECIALES, EVENTOS O INFORMACIÓN NUEVA DENTAL** A TRAVÉS DE:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mensajes Telefónicos | <input type="checkbox"/> Correo de Tarjeta Postal |
| <input type="checkbox"/> Mensajes de Textos | <input type="checkbox"/> Cualquiera de los anteriores |
| <input type="checkbox"/> Correo Electrónico | |

USO DE LA OFICINA

Como Funcionario de Privacidad, yo traté de obtener la firma del paciente (o representante) en el reconocimiento, pero no lo hizo porque:

- | | |
|-------------------------------------|-------|
| Era un tratamiento de emergencia | _____ |
| No podía tratamiento de emergencia | _____ |
| El paciente se negó a firmar | _____ |
| El paciente no pudo firmar debido a | _____ |
| Otros medios (describir) | _____ |

Firma del Funcionario de Privacidad

CONSENTIMIENTO informado para examen DENTAL, RADIOGRAFIAS, medicamentos, cambios en PLAN de tratamiento, los anestésicos locales, profilaxis (limpieza dental) y fluoruro

PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

RAYOS X Y EXAMEN DENTAL

- Entiendo que exámenes dentales regulares y los rayos x son necesarios para completar el plan de diagnóstico y tratamiento de la examinación. Los rayos x son una importante herramienta de diagnóstico para el dentista. Muchas enfermedades de los dientes y tejidos circundantes no se pueden ver visualmente. Una radiografía puede revelar la presencia de caries entre los dientes, infecciones en el hueso, abscesos, quistes y otros elementos que no se pueden ver visualmente durante el examen dental. Riesgos de exposición a la radiación se han reducido significativamente por avances en la tecnología. Entiendo que si elijó no permitir tomar las radiografías, el dentista no puede formular un plan de diagnóstico y tratamiento precisos durante el examen dental.

Inicial _____

MEDICAMENTOS

- Estoy informado y comprendo que antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómito y shock anafiláctico (reacción alérgica grave). Yo le he informado al dentista de cualquier alergia. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la eficacia de los anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas).

Inicial _____

CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

- Entiendo que, durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas por mi dentista que no fueron descubiertos durante el examen (el más común siendo el tratamiento de conducto radicular después de procedimientos restaurativos de rutina). Doy mi permiso al dentista para hacer cualquier cambio y adiciones según sea necesario.

Inicial _____

ANESTESICOS LOCALES

- Entiendo que la administración del anestésico local puede causar una reacción adversa o efectos secundarios, que pueden incluir, pero no se limitan a, contusión, hematoma, estimulación cardíaca, dolor muscular y entumecimiento temporal o rara la vez es permanente. Entiendo que en ocasiones rotura de agujas y puede requerir la extirpación quirúrgica.

Inicial _____

PROFILAXIS (LIMPIEZA) Y TRATAMIENTO DE FLUORURO

- Profilaxis dental regularmente desempeña un papel importante en la salud dental. La profilaxis incluye la eliminación de los depósitos blandos y duros en los dientes, el pulido de dientes pasta de dientes especial. Los riesgos incluyen, pero no son limitado a, sensibilidad o sangrado de los dientes o las encías. Fluoruro se aplica tópicamente como un gel o pasta. El fluoruro ayuda a prevenir caries haciendo que los dientes sean más fuertes y se considera seguro cuando se usa correctamente. Ingestión de altas concentraciones puede provocar náuseas o vómitos.

Inicial _____

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta; por lo tanto, los profesionales no pueden garantizar resultados exactos. Reconozco que ninguna garantía o aseguramiento se ha realizado por cualquier persona con respecto al tratamiento dental que sea solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer este formulario y hacer preguntas. Mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Testigo a la firma del paciente o tutor legal

Fecha

Dr. _____, DMD Certifico que le he explicado al paciente sobre las consecuencias del tratamiento anterior rubricado por el paciente a lo mejor de mi capacidad profesional. Además certifico que en mi opinión, la paciente anterior es plenamente informado de los riesgos y beneficios posibles del procedimiento particular acordaron.