



Bienvenido a nuestra oficina. Por favor tome un momento para completar este formulario para que podamos ofrecerle el mejor cuidado disponible. Si usted tiene alguna pregunta no dude en llamarnos - 703-686-4343

Fecha de hoy: ____/____/____

INFORMACION DEL PACIENTE

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
Número de seguro social: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Codigo Postal: ____
Número del telefono de casa: (____) _____ Número del celular: (____) _____
Número del trabajo: (____) _____ Correo electrónico: _____
Sexo: M or F Estado: Casado ____ Soltero ____ Viudo ____ Divorciado/Separado ____
Persona a contactar en caso de emergencia: _____ Telefono: (____) _____

PARTE RESPONSABLE

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
Número de seguro social: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Codigo Postal: ____
Relacion con el paciente: _____
Número del teléfono de casa: (____) _____ Número del celular: (____) _____
Número del trabajo: (____) _____ Correo electrónico: _____

____ (INICIALES) Por la presente autorizo la cesión de mis derechos y beneficios de seguro a Kay Dental Care, por servicios prestados. Entiendo completamente que soy el único responsable de cualquier saldo no pagado por mi seguro.

INFORMACION DEL SEGURO

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de seguridad social: ____ - ____ - ____
Identificación del asegurado: _____ Empleador del Asegurado: _____
Número del trabajo: (____) _____ Número del Grupo del seguro: _____
Dirección del empleado: _____ Ciudad: _____ Estado: ____
Codigo Postal: ____ Compañía de seguro: _____ Telefono (____) _____
Direccion del seguro: _____ Ciudad: _____ Estado: ____
Codigo postal: _____

A QUIEN PODEMOS AGRADECERLE POR REFERIRLO

- Clipper Magazine
- Facebook
- Amigo/Familiar: _____
- Google
- Pagina Web (www.kaydentalcare.com)
- Yelp
- Otro (Por favor especifique): _____

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO

- Teléfono
- Correo electrónico
- Correo Postal

BP:	P:
-----	----

Historia Médica

KAY DENTAL CARE TOMA SU SALUD ORAL MUY SERIO. ANTES DE QUE COMENZAR SU TRATAMIENTO NECESITAMOS BREVE INFORMACIÓN SOBRE SU HISTORIA MÉDICA. SU HISTORIA MÉDICA PUEDE AFECTAR EL TRATAMIENTO DENTAL. TODA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Último examen físico: _____ Nombre del médico y número de teléfono: _____

Motivo de su visita hoy: _____ Una lesión de trabajo? **SÍ NO**

¿Ha estado bajo el cuidado de un médico? **SÍ NO** ¿Ha sido hospitalizado? **SÍ NO**

Última fecha de su visita dental: _____ Fecha de la última radiografía dental: _____

Última fecha de limpieza dental: _____ ¿Alguna vez ha sido tratado por enfermedad de las encías: **SÍ NO**

¿Ha tenido alguna vez un anestésico local o de otro tipo de novocaína? **SÍ NO** ¿Está usted interesado en el blanqueamiento dental? **SÍ NO**

Si usa dentadura postiza, la edad de la dentadura: _____ ¿Está interesado en nuevas dentaduras?: **SÍ NO**

¿Está tomando o a tomado algún tratamiento con esteroides / cortisona en los últimos 2 años? **SÍ NO**

Está tomando o a tomado Bisfosfonates, IV Bisfosfonates, ACTONEL, AREDIA, AVASTIN, BONIVA, , FOSAMAX , NEXAVAR, PROLIA, RAPAMUNE, RECLAST, SUTENT, XGEVA, ZOMETETA ? **SÍ NO** ¿por cuánto tiempo? _____

¿Ha tomado antibióticos antes de procedimientos dentales en el pasado? **SÍ NO**

¿Alguna vez ha tenido reacción adversa a la penicilina, a la codeína, a los anestésicos locales, látex, metal, o cualquier otro medicamento? **SÍ NO**

Medicamentos que usted es **alérgico** a:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Medicamentos que está tomando; incluyendo **medicamentos sin receta** y las hierbas/vitaminas:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

¿Tiene una historia de?:	Sí	No	Asma	Sí	No	Enfermedad de la Tiroides	Sí	No	Alcoholismo	Sí	No
Fiebre Reumática			Asma			Enfermedad de la Tiroides			Alcoholismo		
Soplo cardíaco			Alergias o Urticarias			Epilepsia o Convulsiones			Tratamiento Psiquiátrico		
Prolapso de la válvula mitral			Anemia			Desmayos o Mareos			Llegas en la boca		
Diabetes			Tratamiento de Aspirina/Anticoagulante			Úlceras o Problemas Estomacales			Rechinar o apretar los dientes		
Cirugía de corazón/Marcapasos			Enfermedad Venérea			Artritis			Dolor en la mandíbula		
Hipertensión			HIV Positivo/AIDS			Alergia al Látex			Cualquier tipo de implante		
Presión Arterial Baja			Transfusión de Sangre			Problemas de Sinusitis			Cualquier tipo de trasplante		
Problemas del Corazón			Sangrado Excesivo			Cáncer (Tipo)			Articulación artificial		
Trazo			Hepatitis (Tipo)			Quimioterapia			Otra enfermedades:		
Enfermedad Pulmonar			Enfermedad Hepática			Tratamiento de Radiación					
Problemas Respiratorios			Enfermedad Renal			Uso de Productos de Tabaco					
Tuberculosis (TB)			Diálisis			Adicción a las drogas					
Mujeres				Sí	No					Sí	No
¿Hay posibilidad de embarazo?						¿Está lactando?					
Fecha estimada de entrega: ___/___/___						¿Está tomando medicamentos anticonceptivos?					
NOTA: antibióticos (penicilina) puede alterar el efecto de las pastillas anticonceptivas. Consulte a su Ginecólogo con respecto a otros métodos de control de natalidad.											

Yo certifico que he leído y entendido las preguntas anteriores y reconozco que las preguntas han sido contestadas a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____ Dr.'s Signature: _____ Date: _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____ Dr.'s Signature: _____ Date: _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____ Dr.'s Signature: _____ Date: _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____ Dr.'s Signature: _____ Date: _____



Appointment Cancellation Policy Agreement:

We will now be charging \$50 for broken/No show appointments without 24 hours' notice. Please keep in mind that we do not double book appointments so that we can devote the time we set aside to each of our patients individually. This allows us to keep wait times short. It is hard for us to continue with this philosophy if patients do not show up for their scheduled appointments, leaving big holes in our schedule that could have been given to someone else. We always do our best to call and confirm appointments a few days in advance as a reminder; however, we cannot always reach you. If you know you will not be able to attend a scheduled appointment, please contact us and we would be happy to reschedule for you.

Please sign below to consent to these terms.

X _____

Client Signature (Parent/Guardian if under 18)

_____ Date

Acuerdo Politica De Cancelacion De Citas:

Comprendemos que hay veces que no va poder acudir a la cita con su doctor. Les pedimos de favor que llame a nuestra oficina con un aviso de 24 horas. Esto nos proporciona poder ofrecer esta cita a otro paciente. Nuestra oficina mantiene su cita con el tiempo necesario para su tratamiento. Si usted no avisa y no se presenta a su cita será cargado **\$50** adicionales. Recuerde que este cargo no puede ser cobrado a su compañía de seguro.

Por favor, firme abajo para dar su consentimiento a estos términos.

X _____

Firma Del Cliente (padre/tutor si es menor de 18 años)

_____ Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOLOGÍA GENERAL

1. EXAMEN Y RAYOS X: Entiendo que la visita inicial puede requerir radiografías para completar el examen, diagnóstico y plan de tratamiento. También se pueden tomar fotografías para fines de laboratorio y seguros

2. DROGAS, MEDICAMENTOS Y SEDACIÓN: Me han informado y entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas, enrojecimiento, hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). Pueden causar somnolencia, pérdida del conocimiento y coordinación, que pueden aumentar con el consumo de alcohol u otras drogas. Entiendo eso y estoy totalmente de acuerdo en no operar ningún vehículo o dispositivo peligroso durante al menos 12 horas o hasta que esté completamente recuperado de los efectos de la medicación anestésica y las drogas que me hayan dado en la oficina para mi tratamiento. Entiendo que no tomar los medicamentos recetados para mí de la manera prescrita puede tener riesgos de infección continua o agravada, dolor y resistencia potencial al tratamiento efectivo de mi condición. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la eficacia de los anticonceptivos orales.

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO: Entiendo que, durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a condiciones encontradas durante el trabajo en dientes que no se descubrieron durante el examen, siendo la más común la terapia de conducto después de procedimientos de restauración de rutina. Doy mi permiso al dentista para que realice todos los cambios y adiciones, según sea necesario.

4. DISFUNCIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM): Entiendo que los síntomas de chasquido, bloqueo y dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la articulación (cerca de la oreja) después de un tratamiento dental de rutina en el que la boca se mantiene en posición abierta. Sin embargo, los síntomas de la ATM asociados con el tratamiento dental suelen ser de naturaleza transitoria y bien tolerados por la mayoría de los pacientes. Entiendo que, si surge la necesidad de este tipo de tratamiento, entonces será referido a un especialista; el costo del cual es mi responsabilidad.

5. RELLENOS: Entiendo que se debe tener cuidado al masticar con un relleno nuevo durante las primeras 24 horas para evitar roturas, y la sensibilidad dental es un efecto secundario común de un relleno recién colocado.

6. EXTRACCIÓN DE DIENTES: Se me ha explicado la alternativa a la extracción (tratamiento de conducto, coronas, cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista a extraer los dientes por las razones del párrafo # 3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre elimina todas las infecciones si están presentes y puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo los riesgos involucrados en la extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazón y diseminación de la infección, alveolitis seca, pérdida de sensibilidad en los dientes, labios, lengua y tejido circundante (parestesia) que pueden durar un período indefinido de tiempo o incluso fractura de la mandíbula. Entiendo que puedo necesitar más tratamiento por parte de un especialista o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, cuyo costo es mi responsabilidad.

7. CORONAS, PUENTES, CARILLAS: Entiendo que a veces no es posible igualar exactamente el color de los dientes naturales con los dientes artificiales. Además, entiendo que puedo estar usando coronas temporales, que pueden desprenderse fácilmente y que debo tener cuidado de asegurarme de que se mantengan colocadas hasta que se entreguen las coronas permanentes. Se me ha explicado que la última oportunidad para realizar cambios en mis nuevas coronas, puente o capuchón (incluida la forma, el ajuste, el tamaño, la ubicación y el color) se realizará antes de la cementación. Tengo conocimiento de que, en muy pocos casos, los procedimientos cosméticos pueden resultar en la necesidad de un tratamiento de conducto en el futuro, que no siempre se puede predecir o anticipar. Entiendo que los procedimientos cosméticos pueden afectar las superficies de los dientes y pueden requerir modificaciones de los métodos de limpieza diarios.

8. DENTADURAS - COMPLETAS O PARCIALES: Entiendo que las dentaduras postizas totales o parciales son artificiales, fabricadas de plástico, metal o porcelana. Se me han explicado los problemas de usar esos aparatos, incluidos la holgura, el dolor y la posible rotura. Comprendo que la última oportunidad para realizar cambios en mi nueva dentadura postiza (incluida la forma, el ajuste, el tamaño, la ubicación y el color) será la visita de prueba de "dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren un rebase aproximadamente de tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no es la tarifa inicial de la dentadura.

9. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO: Comprendo que no hay garantía de que el tratamiento del conducto radicular salvará mi diente y esas complicaciones pueden ocurrir por el tratamiento y que ocasionalmente se cementan objetos metálicos en el diente o se extienden a través de la raíz, no afectará necesariamente el éxito del tratamiento. Entiendo que ocasionalmente pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales después del tratamiento de conducto (apicectomía).

10. TRATAMIENTO PERIODONTAL: Entiendo que en caso de grave inflamación de las encías y / o pérdida de masa ósea esto podría provocar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, que incluyen limpieza no quirúrgica, cirugía de encías y / o extracciones. Comprendo que el éxito de un tratamiento depende en parte de mis esfuerzos por cepillarme y usar hilo dental todos los días, recibir una limpieza regular según las instrucciones, seguir una dieta saludable, evitar los productos de tabaco y seguir otras recomendaciones.

CONSENTIMIENTO: Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta, por lo tanto: un practicante de renombre no puede garantizar adecuadamente los resultados. Reconozco que nadie ha hecho garantía o aseguramiento con respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es individualmente responsable de la atención dental que se me brinda. También entiendo que ningún otro dentista que no sea el dentista tratante es responsable de mi tratamiento dental.

Firma: _____ Fecha: _____



1. Notificación de Practicas de Privacidad (debe ser firmado por TODOS los pacientes nuevos).

Al firmar a continuación, reconozco que he leído el Aviso de Prácticas de Privacidad de Kay Dental Care, según lo dispuesto por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA").

Firma: _____ **Fecha:** _____

(Si el paciente es menor de edad o está discapacitado, el padre, tutor legal o apoderado debe firmar arriba y completar la sección "Parte Responsable" a continuación)

2. Pagos, Seguros y Arreglos Financieros (debe ser firmado por TODOS los pacientes nuevos).

Al firmar a continuación, acepto los términos del documento de "Política Financiera" de Kay Dental Care.

Firma: _____ **Fecha:** _____

(Si el paciente es menor de edad o está discapacitado, el padre, tutor legal o apoderado debe firmar arriba y completar la sección "Parte Responsable" a continuación)

3. Divulgación de información a las aseguradoras y asignación de beneficios (debe ser firmado por todos los pacientes nuevos con seguro y aquellos que esperan obtener un seguro).

De acuerdo con lo estipulado en la ley, concedo permiso de uso y divulgación de mi Información médica protegida por Kay Dental Care para llevar a cabo actividades de pago en relación con mi reclamo de seguro. Esta información se utilizará exclusivamente con el propósito de evaluar y administrar reclamos de beneficios. Además, autorizo y pago directo a Kay Dental Care de los beneficios dentales que de otro modo me pagarían a mí.

Firma: _____ **Fecha:** _____

(Si el paciente es menor de edad o está discapacitado, el padre, tutor legal o apoderado debe firmar arriba y completar la sección "Parte Responsable" a continuación)

Parte Responsable (menores de 18 años o discapacitados)

Marque uno: Dr./Sr./Sra./Sta

Nombre: _____ **Apellido:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____

Estado: _____ **Código Postal:** _____ **Número de Teléfono (casa/móvil):** _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____ **Sexo: M or F**

Firma: _____ **Fecha:** _____



ACUSE DE RECIBO - POLITICA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He sido informado(a) de la Política de Prácticas de Privacidad

Nombre y Apellido: _____

Firma: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

Parte autorizada para compartir su información privada.

Nombre y Apellido: _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre y Apellido: _____ Relación _____ Teléfono _____

Para Uso Oficial de la Oficina Únicamente

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestra Política de Prácticas de Privacidad, pero no pudimos obtenerlo porque:

- El individuo se rehusó a firmar.
- Barreras de comunicación prohibieron la obtención del acuse de recibo.
- Una emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo.
- Otro (por favor, explique)

