

**PARKLANE FAMILY DENTAL**  
**INFORMACION - HISTORIAL MEDICA**

Información del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_ Nombre de preferencia \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Correo postal \_\_\_\_\_

Número Telefónico (Casa) \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Soltero  Casado  Divorciado

No. Seguro Social \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Dirección del Empleador \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, a quien podemos contactar \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Hemos tratado algún pariente? Nombre \_\_\_\_\_

Pariente cercano que no viva con usted \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

A quien podemos agradecerle su ferrecencia? \_\_\_\_\_

Persona responsable por la cuenta? (Si es diferente del paciente)  Cónyuge  Padre  Otro \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Empleador - Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Información del Cónyuge**

Nombre \_\_\_\_\_

No. Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador - Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Información de la Aseguranza

**Tiene seguro dental?**  Si  No

Empleado/Nombre del Subscriptor \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguranza Dental \_\_\_\_\_

No. ID \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Tiene Aseguraza Secundaria?**  Si  No

Empleado/Nombre del Subscriptor \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguranza \_\_\_\_\_

No. ID \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de su medico \_\_\_\_\_ Fecha de su exámen físico \_\_\_\_\_

Ha padecido de alguno de los siguientes?

Historial Médico

Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epilepsia
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hipertensión	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hepatitis, Enfermedad del Hígado
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Derrame	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cancer / Tratamiento
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fiebre reumática	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuidadi Psiquiátrico
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratoria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alergias a Anestecia Local
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedad Nerviosa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Artritis
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diabetes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sinusitis
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> HIV Positivo / SIDA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro _____

Es alergico algun medicamento? Si  No  \_\_\_\_\_

Esta tomando algun medicamento? Si  No  \_\_\_\_\_

Tiene sospechas de embarazo? (mujer) Si  No  \_\_\_\_\_

Padece de alguna enfermedad, condición, or problema no enlistado? Si  No  \_\_\_\_\_

Hay algun cambio en su salud en el ultimo año? Si  No  \_\_\_\_\_

Entiendo que mi reporte de credito puede ser obtenido apropiadamente.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma de la persona responsable por la cuenta

## PARKLANE FAMILY DENTAL

### INFORMACION Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO, Y USO DE INFORMACION DE SALUD

**PROCEDIMIENTO DE DIAGNOSTICO INICIAL:** Para formular un tratamiento recomendado, podemos seguir el siguiente proceso de diagnóstico: (1) historial médico y dental, (2) discusión sobre sus problemas dentales, preocupaciones y deseos, (3) rayos-x, (4) tratamiento de yeso en la boca y dentadura (5) si se requiere de diagnósticos y consultas adicionales, serán notificadas de antemano.

**TRATAMIENTOS RECOMENDADOS:** Son basados en la información obtenida en el diagnóstico inicial y experiencias previas que puedan ser muy similares a su situación. El objetivo final es de asistirle en obtener una salud dental óptima y una buena apariencia. Discutiremos con usted el tratamiento más apropiado y a la vez razonable. En casos que se vean comprometidas estructuras de soporte, recomendaciones se pueden hacer únicamente después de consultar con el especialista. Además le informaremos de los pronósticos sobre cada uno de los planes de tratamientos y el pronóstico dental sino se realiza ningún procedimiento inmediato. Usted tendrá la opción de buscar una segunda opinión si así lo desea.

**REFERENCIA A OTRO ESPECIALISTA:** Restauración dental y prótesis, a menudo requieren tratamiento concurrente con otros especialistas tales como: Periodoncia, Endodoncia, Anestesiología, Ortodoncia, Cirugía Oral, de un Médico (M.D.)

**ANESTESICOS:** La mayoría de procedimientos son hechos a base de anestesia local (comúnmente conocido como Novacaine y Zylocaine). Adicionalmente, sedantes y medicamentos para el dolor pueden ser utilizados para minimizar la ansiedad y el malestar. En raras ocasiones, reacciones alérgicas pueden ocurrir, es requerido que usted se comunique con nuestro personal para notificar cualquier reacción alérgica. Algunos sedantes y medicamentos para el dolor pueden causar mareos. Por lo tanto, cuando estos medicamentos son utilizados, deberá de hacer arreglos de transportación con otra persona y notificar a nuestro personal. Sedantes de Oxido Nitroso pueden ser utilizados.

**HISTORIAL MEDICO:** Entiendo que mi historial médico y dental es necesario para poder recibir cuidado dental de una manera segura y eficiente. He contestado a todas las preguntas detalladamente en base a mi conocimiento. Si se precisa información adicional, doy mi consentimiento para que acudan a la agencia proveedora de salud correspondiente. Yo notificaré a la clínica Parklane Family Dental sobre cualquier cambio con respecto a mi salud o medicamentos anteriores al tratamiento.

**TRATAMIENTO:** En base al diagnóstico, autorizo a Parklane Family Dental Clinic o al personal designado de realizar todo el tratamiento recomendado en acuerdo mutuo juntamente conmigo, y de implementar cualquier asistencia requerida para un cuidado apropiado.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACION:** Certifico que he leído y comprendido el consentimiento que describe el tratamiento general a considerarse juntamente con la condición y complicación del cuidado dental. Comprendo que puedo incurrir en complicaciones potenciales y problemas, pero no se limitan a, los descritos en este documento y que se hayan discutido con mi persona. Entiendo que durante el proceso y después del tratamiento, y en el futuro, condiciones pueden llegar a ser evidentes que garantizan un tratamiento adicional o alternativo para lograr el éxito del cuidado integral. Reconociendo los problemas potenciales y los riesgos del tratamiento dental, doy autorización al dentista y al personal de oficina de proporcionarme tratamientos dentales. Además doy mi aprobación para la modificación de diseños y materiales o cuidados, si es necesario para mi bienestar. Adicionalmente, doy el consentimiento para la demostración de fotografías y videos con el propósito educativos y prácticos. Este consentimiento es indefinido al menos que sea revocado por escrito.

**CONTACTOS:** Doy mi permiso a Parklane Family Dental Clinic de contactarme personalmente para recordarme de citas dentales por medio del Correo Postal (postal o carta), correo electrónico, y por correo de voz a mi residencia o trabajo.

**PAGOS:** Últimamente, acuerdo en ser responsable de pagos por todos los servicios provistos a mi persona o dependientes. Entiendo que los pagos deberán ser hechos durante el tiempo que el servicio es provisto al no ser que haya arreglos anticipados. Autorizo pagos directos a Parklane Family Dental Clinic de parte de los beneficios aseguradores pagaderos a mi persona. Autorizo el compartimiento de información en relación con reclamos dentales.

**PROPOSITO DEL CONSENTIMIENTO:** Al firmar este formulario, nos da consentimiento de utilizar su información y proteger su información de cuidado médico, actividad de pagos, y operaciones de cuidado de salud.

**NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD:** Usted tiene el derecho de leer nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar nuestro consenso. Nuestra Notificación provee la descripción de nuestros tratamientos, pagos, actividades, y operaciones de cuidados médicos, sobre el uso que hacemos para proteger su información médica, y sobre otros asuntos importantes para la protección de la misma. Una copia de nuestra Notificación y Consentimiento. Le animamos a que los lea cuidadosamente y en su totalidad antes de firmar el Consentimiento.

Nos reservamos el derecho de hacer cambios en las prácticas de privacidad descritas en nuestra Notificación. Al hacer cambios en las prácticas de privacidad, le proveeremos una copia de la Notificación actual, incluyendo las revisiones, en su momento.

**FIRMA** Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de su Notificación de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de Consentimiento, doy mi consentimiento para usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y atención operaciones de atención médica.

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si este consentimiento es firmado por un representante personal del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relación del Paciente \_\_\_\_\_