



LAGO  
FAMILY DENTAL  
DR. YUDIT MOYA

### REGISTRO DE PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ Telf. Casa \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre

Apellido

Inicial

Dirreccion: \_\_\_\_\_

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

Empleado por \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Dirreccion de Trabajo \_\_\_\_\_ Telf. Trabajo \_\_\_\_\_

Espos(a)/Nombre de Padre \_\_\_\_\_

Espos(a)/ Padre empleado por \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Direccion del Trabajo \_\_\_\_\_ Telf. Trabajo \_\_\_\_\_

Quien es responsable por esta cuenta? \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente \_\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_

Nombre de Compania Drental de Seguro \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia, a quien llamar? \_\_\_\_\_

Telf. \_\_\_\_\_

Conocemos de esta oficina dental por \_\_\_\_\_

# HISTORIA MEDICA

Nombre de su Medico: \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen \_\_\_\_\_

Ha padecido o padece de:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazon                           | <input type="checkbox"/> Epilepsia                           | <input type="checkbox"/> Dieta especial                        |
| <input type="checkbox"/> Presion alta                                    | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza                     | <input type="checkbox"/> Giandules del cuello                  |
| <input type="checkbox"/> Presion baja                                    | <input type="checkbox"/> Hepatitis o enfermedades del higado | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica                      |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios                         | <input type="checkbox"/> Cancer                              | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis                |
| <input type="checkbox"/> Problemas nerviosos                             | <input type="checkbox"/> Cuidados paiquiaticos               | <input type="checkbox"/> S.I.D.A. u otras enfermedades inmunes |
| <input type="checkbox"/> Tramientos de radiacion                         | <input type="checkbox"/> Diarrea cronica                     | <input type="checkbox"/> Embolia cerebral                      |
| <input type="checkbox"/> Valvulas artificiales de Corazon o articulacion | <input type="checkbox"/> Alergia a anestias                  | <input type="checkbox"/> Ulceras                               |
| <input type="checkbox"/> Perdida de peso reciente                        | <input type="checkbox"/> Artritis                            | <input type="checkbox"/> Enfermedades venereas                 |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda                            | <input type="checkbox"/> Alergia a medicinas o drogas        | <input type="checkbox"/> Dependencia de quimicos               |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Alergia general                     | <input type="checkbox"/> Hemofilia                             |
| <input type="checkbox"/> Enferedades respiratorias                       | <input type="checkbox"/> Enfermedades en la sangre           |  |

Hace alergia o ha sentido alguna reaccion algun medicamento? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "Si" que ocurrio? \_\_\_\_\_

Has tenido algun problema con algun tratamiento medico o dental? \_\_\_\_\_

Esta tomando algun medicamento? \_\_\_\_\_ Cuales son? \_\_\_\_\_

Esta bajo algun tratamiento medico?  Si  No  
Por que razon? \_\_\_\_\_

Si el paciente es un nino(a), cual es su peso? \_\_\_\_\_

\*Mujer Sospecha que puede estar embarazada?  Si  No      Esta amamantando?  Si  No

Hay algo mas que debemos saber de su historia medica? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esta informacion dada es correcta y complete para mi conocimiento, y es solo usada en mi tratamiento, cuenta a pagar y conocimiento del seguro para los beneficios de que me corresponden. El dentista u otro miembro de su oficina no son responsables de cualquier error u omission hecho cuando se lleno esta forma.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre/Guardian      Fecha

## CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO DENTAL

1. Por este medio autorizo al/los dentista(s) de Lago Family Dental y/o a los asistentes dentales de su eleccion a que lleven a cabo el siguiente tratamiento dental o procedimiento(s) de cirugia oral, incluyendo el uso de anestesia local (ya sea por necesidad o por recomendacion medica), radiografias (Rayos X) u otros metodos de diagnostic.
  - A. Tratamiento de higiene preventive (profilaxis) y la aplicacion de fluoruro topico.
  - B. Aplicacion de "selladores" plasticos a las ranuras de los dientes.
  - C. Tratamiento del diente enfermo o lastimado con componentes dentales (empastes o coronas).
  - D. Reemplazo de dientes perdidos o ausentes con protesis dentales (puentes, dentaduras postizas parciales o totales).
  - E. Removimientos (extraccion) de uno o mas dientes.
  - F. Tratamiento de tejidos orales enfermos o lastimados (duros y/o suaves)
  - G. Uso de sedantes cuando el comportamiento del paciente pueda interferir con el tratamiento o para tranquilizar al paciente.
  - H. Tratamiento de dientes torcidos y/o de anomalidades orales desarrolladas o relacionadas con el crecimiento.
  - I. Uso de anestesia general para llevar a cabo el tratamiento necesario.
2. Entiendo que este tratamiento tiene ciertos riesgos y por este medio certifico que estos riesgos me seran explicados, que tendre la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con el tratamiento y sus riesgos y que entiendo los mismos completamente.
3. Sere advertido de que el exito del tratamiento dental que se proveera requiera que el paciente y/o los padres del paciente sigan las instrucciones posoperatorias y de cuidado posterior provistas por el/los dentista/s. Estoy de acuerdo en que el exito del tratamiento requiere que se sigan todas las instrucciones posoperatorias y de cuidado posterior y de que se cumplan todas las visitas regulares a la oficina, tal y como fueran programadas con mi dentista o sus auxiliares.
4. Reconozco que durante el transcurso del tratamiento situaciones imprevistas pueden requerir procedimientos adicionales o diferentes de aquellos discutidos previamente. Como consecuencia de esto, por este medio autorizo y solicito que se lleve a cabo todo procedimiento adicional que se considere necesario o conveniente para la salud oral y el bienestar del paciente, de acuerdo con el juicio profesional del dentista.
5. Hay riesgos o complicaciones asociadas con la administracion de anestésicos locales, sedantes y medicamentos. Los mas comunes son hinchazon, sangrado, dolor, nausea, vomitos, moretones, hormigueo, asi como el adormecimiento de los labios, encias, cara y lengua, reacciones alergicas, hematomas (hinchazon o sangrado en o cerca de la zona en que fue inyectado/a), desmayos y mordidas de los labios o mejillas que puedan producir ulceras e infeccion de la mucosa. Tambien entiendo que hay riesgos potenciales extraordinarios tales como la reaccion de forma no favorable a medicamentos lo que puede producir colapsos respiratorios o cardiovasculares (para respiratorio y del funcionamiento del Corazon) y falta de oxigeno al cerebro, lo que puede producir un estado de coma o la muerte. Comprendo y hesido informado de los riesgos y complicaciones antes mencionados.
6. Estoy de acuerdo con el uso de anestesia local y de analgesicos de oxido nitroso/oxygen (por inhalacion) de acuerdo con el juicio profesional de el/los doctor(es). En ocasiones, el oxido nitroso/oxygen pueden producir nauseas y vomitos. Tambien estoy consciente de que el aditamento. Comprendo y he sido informado de los riesgos y complicaciones antes mencionados.
7. Ademas, autorizo a los doctores a que utilicen las fotografias, cualquier otro material de diagnostic, asi como los expedientes de tratamiento para los fines de ensenanza, investigacion y publicaciones cientifica.
8. Por este medio certifico que he leído y entendido este formulario de consentimiento y que todas las preguntas sobre los procedimientos que se llevan y entendido este formulario de consentimiento y que todas las preguntas sobre los procedimientos que se llevan a cabo seran respondidas de una manera satisfactoria. Tambien entiendo que tengo el derecho de recibir respuestas a todas las preguntas que puedan surgir durante y despues del transcurso de mi tratamiento.
9. Ademas entiendo que este consentimiento se mantendra en efecto hasta el momento en que yo decida terminarlo.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM Carpeta No: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Encargado: \_\_\_\_\_

Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/ Padre/ Guardian

\_\_\_\_\_  
Testigo



Como una cortesía a nuestro pacientes, nosotros cobramos el porcentaje estimado al momento del tratamiento. Pero, porque su compañía de seguro no garantiza los beneficios hasta que reciben la factura, el paciente es responsable por lo que el seguro no pague, aunque sea mas del la cantidad originalmente estimada.

Si una factura tiene mas de 60 días, es total responsabilidad del paciente pagarla y esperar el reembolso de su compañía de seguro. Porque el tiempo del doctor es valioso, el doctor también tiene que ser remunerado por los servicios prestados.

**Ninguna compañía de seguro garantiza que pague toda la factura.** Los planes de tratamiento que se dan son estrictamente estimados.

Por favor lea cuidadosamente. Haga cualquier pregunta de lo que usted no entiende ANTES de firmar esta forma.

Yo entiendo que mi compañía de seguro podría no pagar mi factura en total, y yo tomo completa responsabilidad de pagar el balance de mi cuenta.

---

Firma del Paciente

---

Nombre del Paciente

---

Fecha



### **POLIZA DE NO-SHOW.**

Sus proveedores dentales queremos asegurarnos que otros residents del area tengan acceso a un cuidado dental de alta calidad cuando lo necesiten. Para asegurarnos de proveer acceso maximo de servicios dentales para todos nuestros pacientes, por favor tenga en cuenta de la poliza para citas.

Citas programadas. Aun que haremos el maximo esfuerzo de recordarle su cita por telefono o correo, usted es el responsable de recordar el dia de su cita, fecha, y la hora.

Cancelando su Cita: Si usted no puede asistir a su cita programada, usted debe llamarnos al menos 24 horas de anticipacion para dejarnos saber, de manera que podamos ofrecer su cita a otro paciente que la necesite. El no dejarnos saber con al menos 24 hrs de anticipacion de su inhabilidad de asistir a su cita, cuenta como una cita perdida.

Citas Perdidas: Dada la critica falta de acceso a servicios dentales en el area, citas perdidas son tomadas muy seriamente. Si usted pierde una cita, esto sera documentado. Si usted pierde una segunda cita sin avisar con tiempo, dentro del mismo ano calendario, usted sera puesto en un estatus de "no show". En orden de continuar recibiendo cuidado por parte de nuestro programa, usted tendra que escribir una carta dirigida a nuestro director dental explicando: 1) Por que usted perdio su cita. 2) Por que que usted siente que necesita otra cita. 3) El que usted entiende que otro no-show resultara en que usted no podra obtener mas citas en nuestra clinica. El no cumplir con esto, resultara en que usted podra recibir solamente servicios de emergencias.

Por favor hable con cualquier miembro del staff dental si tuviera alguna pregunta sobre nuestra poliza de No-Show.

Al firmar este document significa que entiendo y estoy de acuerdo de aceptar esta poliza de No-Show.

---

Firma del Paciente/Padre/Guardian

---

Fecha

## CONCIENCIA SOBRE HIPAA

Con mi permiso, Lago Family Dental puede usar y revelar informacion sobre mi salud para realizar tratamientos, pagos y cuidados de la salud. Por favor referirse a Lago Family Dental Aviso de Practicas de Privacidad para una descripcion completa de tal usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de revisar el Aviso de Practicas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Lago Family Dental reserva el derecho de revisar su Aviso de Practicas de Privacidad en cualquier momento. Un Aviso de Practicas de Privacidad revisado puede ser obtenido enviandole una forma escrita al oficial de privacidad.

Con mi permiso, la oficina de Lago Family Dental puede llamar a mi casa o cualquier area asignada y dejar mensajes de voz o en persona en referencia a cualquier cosa que tenga que ver con mi atencion medica, como por ejemplo recordatorios de citas medicas, informacion o noticias sobre seguros medicos, y cualquier llamada que tenga que ver con mi tratamiento, incluyendo resultados de laboratorio entre otras cosas.

Con mi permiso, la oficina de Lago Family Dental puede mandar por correo con direccion a casa o cualquier otra area designada cosas relacionadas con mi salud y que puedan mejorarla. Pueden mandar articulos como tarjetas de recordatorio para citas, y declaraciones de mi como paciente, siempre y cuando cengan sellados como Confidencial.

Con mi permiso, la oficina de Lago Family Dental puede enviarme correos electronicos a casa o a cualquier area designada, con articulos que tengan que ver con mi salud y bienestar, ejemplo de estos pueden ser recordatorios de citas, y declaraciones de mi como paciente. Tambien tengo el derecho de pedirle at Lago Family Dental y restringirle como usan y divulgan mi informacion de salud protegida para llevar a acabo tratamientos, pagos y cuidados de la salud. Sin embargo, la oficina no tiene que aceptar estas restricciones mias, pero si aceptan, estan ligados a este acuerdo.

Con firmar este acuerdo, le estoy permitiendo a Lago Family Dental el uso de mi informacion para mi tratamiento, pagos y operaciones de antencion medica.

Puedo revocar mi consentimiento en escrito excepto si la oficina ya a hecho revelaciones en dependencia antes de mi consentimiento.

---

Firma del Paciente o Tutor

---

Nombre (en letras de imprente) del Paciente

---

Fecha