

Información Médica

<p>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</p> <p>Usa lentes de contacto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____</p> <p>Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha del comienzo del Tratamiento: _____</p> <p>Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción.</p> <p>Anestésicos locales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Aspirina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Penicilina u otros antibióticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sulfas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Codeína u otros narcóticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Usa sustancias reguladas (drogas)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? <i>Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA</i></p> <p>Bebe bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____</p> <p>Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____</p> <p>SÓLO MUJERES Está usted:</p> <p>Embarazada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Número de semanas: _____</p> <p>Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Amamantando? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Metales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Látex (goma) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Yodo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Polen (fiebre del heno)/estacional _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Animales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alimentos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p>Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.</p>			
<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Válvula cardíaca artificial (prótesis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Previa endocarditis infecciosa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Válvulas dañadas en corazón transplantado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad cardíaca congénita (ECC)</p> <p>ECC cianótica, sin reparar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Reparada en los últimos 6 meses (completamente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ECC reparada con defectos residuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i></p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Arteriosclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Daño en las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Marcapasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad cardíaca reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sangramiento anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, fecha: _____</p> <p>Hemofilia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SIDA o infección por VIH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Arteriosclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Daño en las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Marcapasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad cardíaca reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sangramiento anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, fecha: _____</p> <p>Hemofilia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SIDA o infección por VIH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Bronquitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sinusitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetes Tipo I o II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Trastornos de alimentación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Malnutrición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Reflujo G.E./ardor persistente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Derrame cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Desmayos o ataques epilépticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alteraciones neurológicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, especifique: _____</p> <p>Alteraciones del sueño <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Usted ronca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alteraciones mentales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Especifique: _____</p> <p>Infecciones recurrentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tipo de infección: _____</p> <p>Alteraciones renales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sudor nocturno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Osteoporosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Inflamación persistente de los ganglios del cuello <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cefaleas graves/jaquecas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Pérdida de peso severa o rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Orina en forma excesiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Arteriosclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Daño en las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Marcapasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad cardíaca reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sangramiento anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, fecha: _____</p> <p>Hemofilia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SIDA o infección por VIH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p>Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			
<p>Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____ Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ()</p>			
<p>Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Explique por favor: _____</p>			

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.
 Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/Apoderado: _____ Fecha: _____
 Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Consentimiento Informado Sobre Odontología General



Dentista: _____

Paciente: _____

TRABAJO POR HACER	INICIALES
Entiendo que me realizarán el siguiente trabajo: Rayos X, Examen, Rellenos, Coronas, Puentes, Incrustaciones de porcelana, Endodoncia, Dentaduras, Tratamiento periodontal, Otros:	
DROGAS Y MEDICAMENTOS Entiendo que los antibióticos, anestésicos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas provocando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos o shock anafiláctico. Entiendo que todos los medicamentos tienen el potencial de los riesgos que acompañan, los efectos secundarios y las interacciones medicamentosas. Por lo tanto, es fundamental que le diga a mi dentista todos los medicamentos que estoy tomando actualmente, lo que he hecho.	
PARESTESIA Comprendo que puede haber pérdida de sensibilidad en los dientes, labios, lengua y tejido circundante (parestesias) después de las inyecciones de anestesia local con cualquier otro procedimiento. Rara vez, la lesión temporal o permanente del nervio y pérdida de sensibilidad puede resultar de una inyección.	
CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentran al trabajar en los dientes que no fueron descubiertos durante el examen. Por ejemplo, puedo necesitar tratamiento de conducto radicular después de los procedimientos de restauración de rutina, tales como coronas, puentes o incrustaciones de porcelana. El dentista explicará todos los cambios.	
CORONAS, INCRUSTACIONES DE PORCELANA, PUENTES Y FUNDAS Una corona o incrustación se suele utilizar para fortalecer un diente dañado por caries, fracturas o restauraciones anteriores. También se puede utilizar como modo de proteger un diente que ha recibido un tratamiento de conducto radicular, para mejorar la forma en que los dientes encajan entre sí, o por estética. Un puente se utiliza para reemplazar los dientes perdidos mediante la colocación de las coronas de los dientes adyacentes en el espacio de los dientes que faltan, y extendiendo los dientes artificiales en el espacio. Las coronas, puentes e incrustaciones se empastan en su lugar y no son removibles. La restauración de dientes con coronas o puentes requiere dos fases: 1) la preparación del diente o los dientes, hacer una impresión de los dientes para enviar a un laboratorio, y la construcción y empaste temporal de una corona temporal, y más tarde, 2) la eliminación de la corona provisional, el ajuste y el empaste de la corona completa una vez que se ha verificado la estética y funcionalidad. Entiendo que puedo ser usar coronas temporales, que se podrían salir y que hay que tener cuidado para asegurarse de que se mantengan en su lugar o hasta que se entreguen coronas permanentes. También es mi responsabilidad regresar para el empaste permanente dentro de los 20 días a partir de la preparación del diente. Las demoras excesivas pueden causar un movimiento de los dientes que tal vez requiera una nueva versión de la corona, puente o funda. Entiendo que habrá cargos adicionales por las nuevas versiones, debido a mi retraso para el empaste permanente. Comprendo que la preparación de un diente dañado por una corona, un puente o incrustación de porcelana pueden irritar el nervio (o pulpa) en el centro o el diente, causando sensibilidad al calor, frío o presión, y que la sensibilidad temporal es un efecto común después de dicho procedimiento. Si la sensibilidad continúa, puede ser necesario un tratamiento de conducto, a pesar de que el diente tal vez no haya estado dañado antes de que se realice el procedimiento. Entiendo que la corona, puentes e incrustaciones pueden alterar la forma en que mis dientes encajan entre sí y hacer que mi articulación de la mandíbula sienta dolor. Esto puede requerir el ajuste de mi mordedura mediante la alteración de la superficie de mordida de la restauración o los dientes adyacentes u opuestos. Comprendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Me doy cuenta de que tengo la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, puente o funda (como la forma, calce, tamaño y color) antes del empaste.	
RELLENOS Los rellenos se utilizan normalmente para restaurar los dientes dañados por caries cuando no es necesario el fortalecimiento adicional de los dientes. Los rellenos también se pueden utilizar para reparar las áreas dañadas o sensibles de los dientes cerca de la línea de las encías, incluso si no hay un decaimiento aparente. Comprendo que se debe tener cuidado en la masticación con nuevos rellenos, especialmente durante las primeras 24 horas para evitar la rotura. Entiendo que puede ser necesario un relleno más extenso de lo que se diagnostica originalmente debido al deterioro adicional. Entiendo que la sensibilidad temporal es un efecto común después de un relleno recién colocado. Si la sensibilidad continúa, puede ser necesario un tratamiento de conducto y posiblemente una corona, a pesar de que el diente tal vez no haya estado dañado antes de que se realice el procedimiento.	
DENTADURAS Y PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES Las dentaduras y prótesis parciales removibles (parciales) se utilizan para reemplazar los dientes perdidos. Las prótesis se mantienen en su lugar mediante los labios y la lengua y, a veces, por medio de la succión de la dentadura contra el paladar. Las dentaduras parciales se mantienen en su lugar apretando los dientes existentes. Ambos aparatos están pensados para retirarlos por lo menos 8 horas por día y su éxito depende de la habilidad y la tolerancia de la persona que los usa. Los puntos de dolor, alteración en el habla y dificultad para comer son problemas comunes con las dentaduras nuevas. La capacidad de adaptación a las prótesis removibles es muy variable. En algunos casos, el paciente no puede o no será capaz de utilizar el aparato por causas ajenas a su fabricación. La dentadura inmediata (colocación de la prótesis inmediatamente después de las extracciones) puede ser dolorosa. Las dentaduras inmediatas pueden requerir el ajuste considerable y varios revestimientos. Un revestimiento permanente se necesitará más adelante. Esto no está incluido en el precio de la prótesis. Entiendo que es mi responsabilidad regresar para la entrega de la prótesis. Comprendo que si no acudo a mi cita de entrega puedo dar lugar a que las dentaduras calcen más. Si se necesita una nueva versión debido a mis retrasos de más de 30 días, habrá cargos adicionales.	

OPEN WIDE Entiendo que mantener mi boca abierta durante el tratamiento puede dejar mi mandíbula rígida temporalmente y causarme dolor de garganta, y hacer que me sea difícil, abrir la boca durante varios días. En ocasiones, esto puede ser un indicio de un problema mayor. Tengo que notificar a su oficina si se refiere a este u otro problema.
NO TREATMENT CAUTION Yo entiendo que si no se lleva a cabo el tratamiento, la caries dental o enfermedad de las encías puede progresar haciéndome perder uno o más dientes. También puede experimentar síntomas que pueden ser perjudiciales para mi salud en general y que pueden aumentar en intensidad, y el aspecto estético de los dientes se puede deteriorar.
EACH PERSON IS UNIQUE Entiendo que se harán todos los esfuerzos razonables para asegurar el éxito de mi tratamiento. Además, entiendo que cada persona y situación de tratamiento es único, y por lo tanto, nadie me ha ofrecido garantía ni seguridad de que el tratamiento propuesto o cirugía curará o mejorará las afecciones mencionadas anteriormente.

<p>Presto mi consentimiento al tratamiento propuesto, como se describió anteriormente He sido informado y acepto las consecuencias si no se administra ningún tratamiento.</p> <p style="text-align: center;">o</p> <p>Me niego a dar mi consentimiento para el tratamiento propuesto, como se describió anteriormente.</p>	<p>INICIALES</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>_____ Firma del paciente</p>	<p>_____ Fecha</p>

<p>PARA TERMINAR POR DENTISTA</p>		
<p>Doy fe que haya analizado los riesgos, beneficios, consecuencias y alternativas del tratamiento propuesto con _____ (nombre del paciente) que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas, y creo que mi paciente entiende lo que se ha explicado.</p>		
<p>_____ Firma del Dentista/Higienista</p>	<p>_____ Fecha</p>	<p>_____ Testigo</p>



Acuse de Recibo de la Notificación sobre Prácticas de Confidencialidad y Consentimiento de HIPAA

Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo estamos utilizando y divulgando información de salud protegida sobre usted. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia al comunicarse con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que seamos estrictos sobre cómo se utiliza o divulga la información médica protegida sobre usted para tratamiento, pagos y operaciones de atención médica. No estamos obligados a cumplir con estas restricciones, pero si lo hacemos, cumpliremos con el acuerdo.

Al firmar este formulario, usted da consentimiento y acepta nuestro uso de divulgación de información médica protegida sobre usted para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, y firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectaría ninguna divulgación que ya hayamos hecho en virtud del consentimiento previo. La práctica proporciona este formulario para cumplir con la ley de Portabilidad y Responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- La práctica tiene un aviso de práctica de privacidad que el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar el aviso de privacidad.
- El paciente tiene el derecho a restringir el uso de su información, pero la práctica no tiene que aceptar o estar de acuerdo con las restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento tras la ejecución de este consentimiento.

Yo, _____, recibí una copia de la Notificación de Prácticas de Confidencialidad.
Nombre en Letra de Imprenta

Firma

Fecha