



Practica limitada a Endodoncia

## Información del Paciente

Sr.   
Sra.   
Srta.   
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Área Postal \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Si paciente menor de edad empleador padre o madre  
Dirección Comercial \_\_\_\_\_  
Dirección Correo Electronico \_\_\_\_\_

Num Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Tel Hogar: \_\_\_\_\_  
Tel Oficina: \_\_\_\_\_  
Tel Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del Esposo(a) \_\_\_\_\_ Esposo(a)(Guardian) SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(o padre/madre si es menor de edad):  
Esposo(a) (padre) Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Esposo(a) (padre)

Persona a contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Referido por (Dentista): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Seguro Dental Si \_\_\_ No \_\_\_  
Nombre del Asegurado / suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación con el Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Num Identificación Asegurado: \_\_\_\_\_  
Propio \_\_\_ Cónyuge \_\_\_ Niño \_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Num de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Num de Grupo: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este es mi consentimiento a los procedimientos de endodoncia indicado y cualquier otro procedimiento que se considere necesario o conveniente, como corolario de la terapia endodóntica planificada realizada por Endodontic Associates y cualquier asistente a cargo. Estoy de acuerdo con el uso de anestesia local, sedación y/o analgesia, según dictada por el endodoncista. Las complicaciones de la terapia de Tratamiento de Canal y la anestesia pueden incluir hinchazón, incomodidad o dolor, infección, hemorragia, sinusitis aguda o crónica y entumecimiento u hormigueo en los labios, encías o la lengua, muchas ocasiones es temporero y raramente es permanente.

Entiendo terapia de tratamiento de canal es un procedimiento para conservar el diente que de otro modo pueden requerir extracción. Aunque la terapia de tratamiento de canal tiene un alto grado de éxito clínico, todavía es un procedimiento biológico, por lo que no se puede garantizar. Ocasionalmente, un diente que ha tenido tratamiento de canal puede requerir retratamiento, cirugía, o incluso extracción.

También entiendo que en esta oficina solo se va a tratar la terapia de tratamiento de canal. La restauración permanente (exterior) (relleno, onlay, corona, etc ) será hecho por mi dentista regular.

Entiendo que los medicamentos para el dolor y la sedación puede provocar somnolencia que puede ser aumentado por el uso de alcohol u otras drogas. Evitaré operar cualquier vehículo o dispositivos peligrosos mientras esté tomando estos medicamentos. Además, entiendo que ciertos medicamentos pueden causar urticaria y problemas intestinales y, si alguna de estas reacciones ocurren, debo llamar al dentista de inmediato. Entiendo que es mi responsabilidad de informar de cualquier cambio en mi historial médico.

Toda colección razonable y/o costos legales necesarias para recoger las tasas adeudadas a Endodontic Associates serán asumidos por el abajo firmante.

TODAS LAS FIRMAS DEBEN SER POR EL PADRE O GUARDIAN SI EL PACIENTE ES DE 18 AÑOS O MÁS JÓVENES.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o Guardián si menor de 18 años

## CUESTIONARIO DE SALUD MÉDICA

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? SI \_\_\_ NO \_\_\_

En caso afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_

Historia de Hospitalización: \_\_\_\_\_

¿Alergias a Medicamentos? \_\_\_\_\_

Medicamentos actualmente en curso: (incluyendo aspirina, etc) \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares de (círculo)    Enfermedad Cardíaca    Cáncer    Diabetes    Convulsiones

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO O TIENE USTED AHORA?: (por favor marque todas las que apliquen)

(Marque cada elemento)    SI NO NO SÉ    SI NO NO SÉ    SI NO NO SÉ

Epilepsia o convulsiones       Hemofilia          Ulceras   

Desmayos o mareos          Moretones o sangra con facilidad          Problemas de los riñones   

Nerviosismo          Problemas del corazón o angina de pecho          Enfermedad venérea   

Derrame          Hipertensión          Diabetes   

Glaucoma          Fiebre Reumática          Enfermedad de la Tiroides   

Herpes Labial          Soplo cardíaco          SIDA / VIH - III Positivo   

Tos persistente          Prolapso de válvula mitral          Artritis   

Enfisema          Lesiones congénitas del corazón          Conjunto dolorosa(s) (incluyendo la mandíbula)   

Tuberculosis/PPD positiva          Cirugía cardíaca          Prótesis Conjunta (s)   

Asma          Prótesis de válvula cardíaca(s)          Urticaria   

Fiebre de Heno          Marcapasos          Medicamentos esteroides   

Sinosis aguda          Transfusiones de Sangre          Adicción a las Drogas   

Anemia          Enfermedad Hígado          Alcoholismo   

Enfermedad de células falciformes          Ictericia amarilla          Cambios de peso inexplicable   

Hepatitis - tipo:          Cáncer / Radioterapia   

1. ¿ALGUNA VEZ LE HAN DICHO QUE NO DEBE DONAR SANGRE? \_\_\_\_\_

2. MUJERES: ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? \_\_\_\_\_     
 ¿Está o podría estar embarazada? \_\_\_\_\_

3. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, condición o problema no mencionado arriba? \_\_\_\_\_     
 En caso afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_



## POLIZA FINANCIERA

Como especialistas en la práctica de la endodoncia (tratamiento de canal), nos comprometemos que se le proveerá el nivel más alto de atención. A diferencia de otros servicios dentales, el tratamiento de canal es generalmente completado en una o dos visitas. Por lo tanto, se espera pago total por los servicios ofrecidos cuando se termina el tratamiento. Si es posible de completar la tratamiento de canal en una sola visita, la cuota por ese servicio se debe en ese momento. Si usted está obligado a regresar a nuestra oficina para una segunda visita con el fin de completar el tratamiento de canal, el pago por la totalidad del tratamiento puede ser dividido en partes iguales entre las visitas.

Si usted provee a nuestra oficina con información completa de seguro dental, será un placer investigar la cubierta en su nombre para verificar qué beneficios se pueden aplicar a su cargo por nuestros servicios. Si su seguro le da derecho a una tarifa reducida o proveen el pago a nuestra oficina (excepto de deducible o co-pago), su responsabilidad financiera es esperada en el momento del servicio. Nuestra oficina luego enviará su reclamación a su compañía de seguros en su nombre por el reembolso. Todos los co-pagos son estimaciones hasta que se reciba el pago de su compañía de seguro. Cualquier parte no sea cubierta será la responsabilidad del paciente. **No nos hacemos responsables por estimados erróneos, ya sea por nuestra oficina o su compañía de seguros. Por favor, tenga en cuenta que el seguro dental es un contrato entre usted y su compañía de seguros.** Por lo tanto, si no recibimos el pago de su compañía de seguro dentro de los 30 días, el balance no pagado de su cuenta se convierte en su responsabilidad. Vamos a evaluar un recargo mensual de 1.5% a todas las cuentas pendientes.

Una tarifa adicional de colección o gastos legales de un 33% será necesaria para cobrar balances adeudados a Endodontic Associates y serán pagados por el abajo firmante.

Entendemos que puede haber errores ocasionales en la tramitación de las reclamaciones de seguros. Si usted cree que se ha cometido un error con respecto a su cuenta, por favor no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina. Haremos todo lo posible por solucionar el problema de la manera más oportuna posible. Su referencia a nuestra oficina indica la confianza de que su dentista general tiene en nosotros para proveer el mejor tratamiento posible para este tipo de servicio dental. Es importante que usted sepa de que su dentista general puede participar con las compañías de seguros distintas a aquellos con los que nosotros participamos.

Su firma indica que usted ha leído esta declaración y que usted entiende sus responsabilidades con respecto al pago antes del inicio de cualquier tratamiento por los médicos en nuestra práctica.

---

NOMBRE

FIRMA

FECHA



## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Entiendo que, en el marco del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida.

Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en el tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener el pago de los terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones de salud normales, como las evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He sido informado por su parte que su **Aviso de Prácticas de Privacidad** contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Se me ha dado el derecho de revisar dicha Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar este Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que pueda ponerse en contacto con esta organización en cualquier momento a la siguiente dirección para obtener una copia actual de la Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para realizar el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que no están obligados a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si no está de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que ha adoptado medidas basándose en esta autorización.

**Por favor y utilice el espacio que se provee a la lista de las personas a las que le da autorización escrita para que podamos divulgar su información de salud y financiera:**

**Cónyuge/Pareja:** \_\_\_\_\_

**Miembro de Familia:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Otro:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Firmado Fecha:** \_\_\_\_\_ **día de** \_\_\_\_\_, **20** \_\_\_\_\_

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

**Relación al Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_