

BIENVENIDOS A NUESTRA PRACTICA

Queremos ofrecerle el mejor servicio en cuidados dentales. Nos gustaría conocer sus experiencias dentales previas y sus expectativas.

*** ¿Hay algo que le preocupe de su salud dental?**

*** ¿Qué desearía mejorar en la apariencia de sus dientes para que usted estuviera satisfecho con su sonrisa?**

*** ¿Qué valora usted de una práctica dental?**

*** ¿Qué podemos hacer para que su visita sea más placentera?**

*** ¿Tiene alguna inquietud o pregunta?**

*** Estemos en contacto. Síguenos en Facebook e Instagram y comparte tus perfiles con nosotros.
Te seguiremos de vuelta!**

Instagram: @southmiamifamilydental @dralvaroordonezdds | Facebook: @alvaroordonezdds @southmiamifamilydental

Tu Instagram: @_____ Tu Facebook: @_____

Nombre: _____ Fecha: _____

Padre / Guardián: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfonos: Celular _____ Casa _____ Trabajo _____

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F

SS#: _____ Licencia #: _____ Soltero Casado Otros

Como supo de nuestra practica?: _____

Contacto en caso de emergencia: _____

Relación: _____ Celular: _____

Consentimiento para el tratamiento:

1. Yo en pleno uso de mis facultades autorizo al doctor y/o a la persona designada del equipo de trabajo a que me tomen rayos-x, estudien modelos, fotografías y cualquier otro tipo de ayudas que el doctor considere apropiadas para hacer un diagnóstico exhaustivo, cubriendo así, las necesidades dentales de (nombre del paciente) _____.
2. Después de dicho diagnóstico, autorizo al doctor para que realice todos los tratamientos acordados conjuntamente, y a llevar a cabo dicha asistencia como es requerida para proveer un cuidado apropiado.
3. Yo acepto el uso de anestésicos, sedantes y cualquier otro medicamento que sea necesario. Entiendo a cabalidad que el uso de agentes anestésicos trae ciertos riesgos. Entiendo que puedo pedir un recital completo sobre cualquier posible complicación.

Yo he leído y entendido todo lo anteriormente explicado.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Información Seguro Médico

Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

Titular de la póliza: _____ Empleo: _____

ID#: _____ Grupo#: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Nombre del paciente: _____

HISTORIA DENTAL

Por favor indique lo siguiente:

Última: _____
 Visita dental _____ Limpieza _____
 Rayos-X _____
 Qué procedimiento recibió en su última visita dental? _____

Nombre de su dentista anterior: _____

Con qué frecuencia:
 Exámenes dentales: _____ Cepilla sus dientes: _____
 Usa la ceda dental: _____ Otras ayudas: _____

SI NO

Son sus dientes sensibles a:

- ¿El calor o el frío? SI NO
- ¿Los dulces? SI NO
- ¿Al morder o masticar? SI NO
- ¿Ha notado algún hedor bucal? SI NO
- ¿Siente usted un sabor desagradable en su boca? SI NO
- ¿Tiene con frecuencia inflamaciones por el frío, ampollas u otras lesiones orales? SI NO
- ¿Le duelen o sangran sus encías? SI NO
- ¿Han experimentado sus padres enfermedades en las encías o pérdida de dientes? SI NO
- ¿Ha notado usted algún diente flojo o cambios en su mordida? SI NO
- ¿Se le queda comida atascada entre los dientes? SI NO
- Si es así, ¿en dónde? _____

Tiende usted a:

- ¿Apretar o rechinar los dientes? SI NO
- ¿Morder sus labios o mejillas regularmente? SI NO
- ¿Sostener en su boca objetos ajenos a ella? SI NO
- ¿Respirar por la boca mientras está despierto o dormido? SI NO
- ¿Tener sus mandíbulas cansadas especialmente durante las mañanas? SI NO
- ¿Fuma o mastica tabaco? SI NO

Alguna vez usted:

- ¿Ha recibido un tratamiento de ortodoncia? SI NO
- ¿Cirugía oral? SI NO
- ¿Ha recibido un tratamiento periodontal? SI NO
- ¿Le han ajustado sus dientes u/o mordida? SI NO
- ¿Ha usado una placa de mordida o un protector bucal? SI NO
- ¿Ha tenido una lesión seria en su boca o cabeza? SI NO
- Si es así, explique _____

Alguna vez ha experimentado?

- ¿Un cliqueo/chasquido en su mandíbula? SI NO
- ¿Dolor? (articulación mandibular, oído, a un lado del rostro) SI NO
- ¿Problemas abriendo/cerrando la boca? SI NO
- ¿Problemas masticando en alguno de los lados de la boca? SI NO
- ¿Dolores de cabeza, de cuello o de hombros? SI NO
- ¿Inflamación muscular (cuello, hombros)? SI NO

HISTORIA MÉDICA

Por favor indique lo siguiente:

¿Alguna vez ha estado bajo el cuidado de un doctor durante los últimos dos años? _____

Si es así, explique _____
 Nombre del médico: _____ Tel#: _____

¿Ha tomado/usado algún medicamento o droga durante los últimos dos años? _____
 ¿Está tomando/usando algún medicamento, drogas o pastillas en este momento? _____
 Si es así, por favor liste los nombres: _____

¿Hace usted alguna reacción alérgica a algún medicamento o sustancia? _____
 Si es así, por favor liste: _____

Ha sido usted diagnosticada (o) con osteoporosis? _____

Indique cual de las siguientes ha tenido o tiene en este momento.

- | | SI | NO | | SI | NO |
|---|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| Corazón (cirugía, enfermedad, ataque) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Transfusión de sangre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dolor en el pecho | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hemofilia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedad cardíaca congénita | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad de células falciformes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Soplo cardíaco | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Le salen moretones con facilidad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión sanguínea alta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad del hígado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Prolapso de la válvula mitral | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ictericia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Válvula cardíaca artificial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Desorden neurológico | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Marcapasos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Epilepsia o convulsiones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fiebre reumática | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Desmayos/Mareos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Artritis/ Reumatismo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nervios/Ansiedad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Medicamentos de cortisona | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cuidado psiquiátrico | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tobillos hinchados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cuidado psicológico | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Accidente cerebro vascular | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Dieta (Especial/Restringida) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Conteste lo siguiente: | | |
| Articulaciones artificiales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Usa más de dos almohadas para dormir? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Problemas de riñón | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Ha ganado o perdido más de 10 libras en el último año? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Úlceras | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no está en la lista anterior? | | |
| Problemas de tiroides | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Glaucoma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mujer: | | |
| Lentes de contacto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Se encuentra en estado de embarazo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfisema | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Si es así, cuantos meses? _____ | | |
| Tuberculosis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Esta lactando? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Asma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fiebre de heno | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Sensibilidad al látex | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Alergias o Urticaria | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Sinusitis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Radioterapia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Tumores | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Inflamación por el frío/ ampollas por la fiebre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Hepatitis A (Infecciosa) B (Serum) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Enfermedades venéreas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| SIDA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| HIV Positivo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |

YO ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA ARRIBA ES NECESARIA PARA PROVEERME UN CUIDADO DENTAL DE UNA MANERA EFICIENTE Y SEGURA. YO HE RESPONDIDO AL MÁXIMO DE MI CONOCIMIENTO. SI EN UN FUTURO SE NECESITARA MÁS INFORMACIÓN, DOY MI AUTORIZACIÓN PARA QUE SE CONSULTE CON LA RESPECTIVA AGENCIA O PROVEEDOR DE SEGURO MÉDICO, QUIENES PODRÍAN PROVEERLOS CON DICHA INFORMACIÓN. YO NOTIFICARÉ AL DOCTOR SOBRE CUALQUIER CAMBIO EN MI SALUD O EN MIS MEDICAMENTOS.

Firma del Paciente / Guardián: _____ Fecha: _____

**PATIENT CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

***CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACION PERSONAL DE
SALUD Y CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

I acknowledge that I have been provided with **TMJ DENTAL CONSULTANTS**, "Notice of Privacy Practices", and I am giving my consent for the use and disclosure of Protect Health Information as required and / or permitted by law.

Confirmo que se me ha proveido con la "Nota De Practicas De Privacidad" de **TMJ DENTAL CONSULTANTS, y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.*

Patient Name: *(please print)* _____

Nombre Del Paciente: *(nombre en letra de molde por favor)*

Patient Signature *(or legal representative; proof may be requested)* _____

Firma Del Paciente: *(o representante legal; prueba puede ser requerida)*

Date: *(dd/mm/yy)* _____

Fecha: *(dd/mm/aa)*

EMAIL/TEXT MESSAGE TO MOBILE PHONE CONSENT FORM

***CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO/MENSAJES DE TEXTO A MOVIL**

Purpose: This form is used to obtain your consent to communicate with you by email/mobile text messaging regarding your Protected Health Information. **TMJ DENTAL CONSULTANTS, (TMJDC)** offers patients the opportunity to communicate by email/mobile text messaging. Transmitting patient information by email/mobile text messaging has a number of risks that patients should consider before granting consent to use email/mobile text messaging for these purposes. **TMJDC** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email/mobile text messaging information sent and received. However, **TMJDC** cannot guarantee the security and confidentiality of email/mobile text messaging communication and will not be liable for inadvertent disclosure of confidential information.

I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with communication of email/mobile text messaging between **TMJDC** and me and consent to the conditions outlined herein. Any questions I may have had were answered.

***Propósito:** Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil en referencia a su Información de Salud Protegida. **TMJ DENTAL CONSULTANTS, (TMJDC)** ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. Transmitir información vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **TMJDC** usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, **TMJDC** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil entre **TMJDC** y yo consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Patient Acknowledgment & Agreement / *Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

My Consented Email Address is: _____

***Mi Correo Electrónico Consentido es:**

My Consented for Text Messaging to: _____

***Mi Mensaje de Textos Consentido a:**

X _____

Patient Signature * Firma del Paciente

Date *Fecha

**In Case of Any Emergency Please Call 911 or Proceed to the Nearest Emergency Room, DO NOT USE THIS WAY OF COMMUNICATION FOR THAT PURPOSE.
En Caso de Cualquier Emergencia Por Favor Llame al 911 o Proceda al Centro de Emergencia Cercano, NO USE ESTA FORMA DE COMUNICACIÓN PARA ESE PROPOSITO**

Absolución de Video, Audio y Fotografía

El abajofirmante por medio de la presente autoriza a los doctores a usar, reproducir y publicar video, audio, fotografías y/o ilustraciones computarizadas de sus dientes/boca, para propósitos educativos y renuncia a cualquier queja en contra de cualquier parte basada en el uso de estas imágenes, de igual manera, renuncia a cualquier queja que implique que el uso de estas imágenes difame o constituya una infracción en contra de sus derechos a la privacidad o cualquier otro derecho que pueda disfrutar. No es mandatorio que firme este párrafo y estoy de acuerdo en que si decido hacerlo, lo estoy haciendo libre y voluntariamente.

Firma del Paciente / Guardián

Firma del Doctor

Firma del Testigo

Fecha

Autorización de recibo de Beneficios Dentales:

Es un placer para nosotros aceptar pacientes que cuentan con seguro dental. Nuestra oficina con mucho gusto se encargará de presentar y archivar las formas de su seguro sin cargo alguno, a manera de cortesía. Sin embargo, requerimos que su deducible y copago (usualmente 20%-50%) sean pagados al momento del servicio. No podemos facturarle a su compañía de seguros a menos de que usted nos provea con la información de su seguro. Usted a través de la presente, autoriza se haga a su seguro una reclamación de reembolso por beneficios dentales recibidos, y que este reembolso sea pagado directamente a T.M.J. Dental Consultants, Inc. Su póliza de seguros es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos, ni hacemos parte de dicho contrato, su compañía de seguros no ha pagado el monto total de su cuenta durante los primeros 60 días, el balance se vencerá automáticamente y será asumido por usted.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Póliza Financiera:

Nosotros tratamos a cada uno de nuestros pacientes con igual cuidado, tenga o carezca de seguro. Desafortunadamente, algunas compañías de seguros no siempre cubren ciertos procesos establecidos, aceptados y/o de rutina. Creemos que usted se merece el mejor tratamiento posible y que esto no debería estar influenciado por las pólizas de las compañías de seguros. Debido a que no tenemos acceso a cada plan de contrato, es difícil para nosotros conocer cada limitación, deducible o indemnización para cada procedimiento. Es importante que usted sepa la cobertura de su póliza. Nuestra práctica está comprometida a proveer el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es consuetudinario y razonable para nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente a cualquier determinación arbitraria por parte de la compañía de seguros acerca de las tarifas usuales o consuetudinarias.

Entiendo y acepto que todos los servicios prestados a mí, mis dependientes, u otros asignados por mí a mi cuenta deben ser cargados directamente a mí. Además, entiendo que soy personalmente responsable del pago. Si yo suspendo el tratamiento, los honorarios por servicios prestados serán exigibles y pagaderos inmediatamente. Si los honorarios de los servicios profesionales no se pagan de conformidad con lo dispuesto en la misma, los honorarios razonables de abogados, además de los cargos financieros aplicables y gastos previstos por la ley se incluirán en el cálculo de la cantidad adeudada. Los cargos financieros se pueden aplicar a todas las cantidades que tengan por lo menos 30 días de mora a una tasa de 1,5% mensual (tasa anual del 18%). Si la cuenta está en mora y entregada a cobros, reconozco que seré responsable de todos los costos razonables relacionados con la recaudación efectiva. El cargo por cheque devueltos es de \$35.00

He leído esta póliza financiera. Entiendo y estoy de acuerdo con esta póliza financiera.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha