



Apellido del Paciente: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Como quiere ser dirigido? _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Telefono movil: _____ Trabajo: _____ Casa: _____

Correo Electronico: _____

Como supo de nuestra practica? _____

INFORMACION DEL SEGURO

Seguro Primario	Seguro Secundario
Nombre del suscriptor: _____	Nombre del suscriptor: _____
Identificacion de suscriptor: _____	Identificacion de suscriptor: _____
Relacion con el suscriptor: Yo Esposa Nino Otro	Relacion con el suscriptor: Yo Esposa Nino Otro
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____	Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
Nombre del empleador: _____	Nombre del empleador: _____
Compania de seguros: _____	Compañía de seguros: _____
Grupo de seguros: _____	Grupo de seguros: _____
Numero de telefono del seguro: _____	Numero de telefono del seguro: _____

Por favor, este listo para presentar su seguro y su identificacion.

PERSONA RESPONSABLE (Si el paciente es un menor)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono movil: _____ Trabajo: _____ Casa: _____

Correo Electronico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Telefono: _____

AUTORIZACION

Doy mi consentimiento en los procedimientos, diagnosticos y el tratamiento dental realizado por mi dentista y en la divulgacion de informacion sobre el cuidado de mi hijo/hija, el asesoramiento y el tratamiento a otro dentista o para evaluar y administrar cualquier reclamo de beneficios de seguro. Doy mi consentimiento para el pago directo de mis beneficios de seguro al dentista o grupo dental y entiendo que mis beneficios de seguro pueden pagar menos que el precio total del tratamiento y que soy responsable de cualquier servicio no pagado o cubierto por mi seguro y cualquier saldo de cuenta.

COMUNICACIONES ELECTRONICAS:

Doy mi consentimiento en recibir comunicaciones electronicas compatibles con HIPPA como correo electronico y mensajes de texto relacionados con el tratamiento el pago de mi tratamiento . Entiendo que no tengo la obligacion de recibir estas comunicaciones electronicas pueden aplicarse tarifas de mensajes y puedo optar por no recibir comunicaciones electronicas en cualquier momento al hacer clic en el enlace de cancelacion de las subscripcion proporcionada en los correos electronicos.

Certifico la exactitud de la informacion de esta pagina.

Firma: _____ Fecha: _____

(Persona responsable si el paciente es un menor)

REGISTRO DEL PACIENTE



PLAN DE TRATAMIENTO: Entiendo que puedo tener el siguiente trabajo pero no limitado a: rellenos, tratamiento periodontal, coronas, extracciones, conductos radiculares, dentaduras postizas, rayos x, cirugía, y ortodoncia.

CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO: Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes que no se descubrieron durante el examen. Doy mi permiso al dentista de Chetwood Dental Clinic para hacer los cambios y adiciones necesarios.

OXIDO NITROSO: Entiendo que el oxido nitroso puede causar nauseas, vomitos, y dolores de cabeza. Es mi responsabilidad informar a mi medico si estoy embarazada, uso de marihuana, drogas alucinogenas, o tengo EPOC o cualquier trastorno respiratorio que este contraindicado.

ANESTESIA LOCAL: Entiendo que se recomienda la anestesia local para la mayoría de los procedimientos realizados y beneficios superan con creces los riesgos potenciales. Sin embargo, estoy consciente de que puede dar lugar a reacciones alergicas y potencialmente mortal choque anafilactico. Además, puede resultar un dano permanente al nervio, entumecimiento parcial o completo durante varios días o meses, hematomas o formacion de hematoma.

SELLADORES: Entiendo que los selladores son una medida preventiva destinada a facilitar la inhibicion de la caries dental en los huecos y fisuras de las superficies de masticacion (oclusal) de los dientes. Existe la posibilidad de que el sellante se desprenda durante un periodo de tiempo. Este tiempo varia dependiendo de las fuerzas de masticacion, los tipos de alimento masticados y la higiene oral inadecuada.

BLANQUEAMIENTO: Puede haber sensibilidad asociada con los procedimientos de blanqueamiento realizados en la oficina (ZOOM) y en casa. Es una consecuencia comun del blanqueamiento. Se recomienda al paciente tomar analgesicos y tratar el area con fluoruro topico hasta que la sensibilidad disminuya.

LIMPIEZA PERIODONTAL / ESCALADO Y APLANAMIENTO DE RAICES: Entiendo que las complicaciones mas comunes son dolor, sangrado, tejidos sensible, sensibilidad a temperaturas o alimentos, hinchazon, infeccion ,fractura de diente, rotura de rellenos desprendimiento de coronas o chapas.

PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO): Entiendo que puedo tener una condicion seria, causando inflamacion de las encias, perdida de hueso, y puede conducir a la perdida de mis dientes. Me han explicado planes alternativos de tratamiento, incluyendo cirugía de encia, injertos oseos, extracciones tratamiento con laser y riesgo de bacterias.

TRATAMIENTO RESTAURATIVO: Entiendo que las complicaciones mas comunes son dolor. Sensibilidad a la temperatura, daño al nervio, daño a otros dientes, discrepancias oclusales (mordeduras) complicaciones de TMJ, reacciones a los farmacos/anestesia. Las caries existentes pueden causar inflamacion del nervio y posteriormente las restauraciones de relleno pueden necesitar una endodoncia. Tambien, entiendo que una vez que el diente a sido restaurado nunca se va a sentir lo mismo que el diente natural.

PUNTES Y CORONAS: Entiendo que a veces no es posible igualar el color de los dientes artificiales exactamente a los dientes naturales. Además entiendo que usare coronas que pueden caerse facilmente y debo tener cuidado que se mantengan hasta la entrega de la corona permanente, Tambien entiendo que es la ultima oportunidad de hacer cambios a mi restauracion (incluyendo la forma, tamaño, ajuste y color) antes de la cementacion. Tambien es mi responsabilidad regresar a la cementacion permanente en un plazo de 20 días. Retrasos excesivos pueden causar movimiento del diente y requiere la toma de una nueva impresion y cargo adicional por nueva impresion debido a la demora de cementacion permanente.

TRATAMIENTO DE ENDODONCIA (CANAL DE RAIZ): Entiendo que no hay garantia de que el tratamiento del conducto radicular me salve el diente, y las complicaciones pueden ocurrir en cualquier momento, a partir del tratamiento, de vez en cuando el material radicular puede extenderse a travez del diente, lo que no necesariamente afecta el exito del tratamiento. Entiendo que el diente puede perderse a pesar de todos los esfuerzos para salvarlo. El diente tratado debe estar cubierto por coronas o puentes y si no sigo las instrucciones podria conducir a un fracaso del tratamiento.

CORONAS DE ACERO INOXIDABLE (PLATINO): Entiendo que las coronas de acero inoxidable necesitan tratamiento adicional en el futuro, tales como extracciones y mantenedores de espacio. Puede haber daños en los dientes y tejidos adyacentes. Tambien pueden causar cambios en la mordedura.

He leído las declaraciones anteriores y entiendo los riesgos, beneficios, y posible complicaciones de los tratamientos dentales. Me han aconsejado y entiendo mis opciones de tratamiento. Tambien entiendo que las complicaciones podrian cambiar el plan de tratamiento. Entiendo que la odontologia no es un ciencia exacta y que por lo tanto los profesionales de buena reputacion no pueden garantizar plenamente los resultados. Reconozco que ninguna garantia ha sido hecha por cualquier persona con respecto al tratamiento dental por el que he solicitado y autorizado. Han tenido la oportunidad de leer este formulario y hacer preguntas, mis preguntas han sido contestadas a mi satisfaccion.

Estoy de acuerdo y consiento en el juicio de los dentistas y el personal de Chetwood Dental Clinic en la realizacion de mis tratamientos dentales.

Firma: _____ Fecha: _____
(Persona responsable si el paciente es un menor)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DENTAL



NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Chetwood Dental Clinic se compromete a brindarle el mayor cuidado posible y estamos encantados de discutir nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor pregunte si tiene alguna pregunta sobre nuestra política financiera o su responsabilidad.

- **TODOS LOS PACIENTES PUEDEN COMPLETAR NUESTRO “FORMULARIO DE INFORMACION PARA EL PACIENTE” ANTES DE VER AL PROFESIONAL DENTAL.**
- **EL PAGO COMPLETO ES REQUERIDO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.**
- **ACEPTAMOS DINERO EN EFECTIVO, VISA, MASTERCARD, DISCOVER, Y CARE CREDIT**
- **CHETWOOD DENTAL CLINIC PROPORCIONA LA FACTURA DE SEGUROS COMO CORTESIA A NUESTROS PACIENTES, LA PROPORCION DE PAGO DEL PACIENTE, DE LOS SERVICIOS DENTALES PARTICULARES, ES ESTIMADA EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.**

PACIENTES ADULTOS

Los pacientes adultos son responsables del pago completo en el momento del servicio.

MENOR ACOMPAÑADO POR UN ADULTO

El adulto que acompaña al menor, sus padres o tutores son responsables del pago completo en el momento del servicio.

MENOR NO ACOMPAÑADOS

Los padres o tutores son responsables del pago completo en el momento del servicio. El tratamiento que no sea de emergencia será denegado si no hay un plan de crédito aprobado, o pago con tarjetas Visa, Mastercard o Discover.

SEGURO

CDC proporciona la facturación de las compañías de seguro como una cortesía a nuestros pacientes. La porción de pago del paciente por el servicio dental particular es estimada en el momento de servicio. La cantidad puede estar sujeta a ajustes con las reclamaciones de los servicios dentales. Además, ciertos servicios dentales que pueden ser reembolsados anualmente, si usted o su familia exceden estas limitaciones anuales en cualquier año del plan usted será responsable de la cantidad total de servicios dentales que exceden las limitaciones del plan en particular. El paciente es responsable de monitorear el monto de sus beneficios del período anual de beneficios. El paciente no puede responder sobre ninguna información proporcionada por el personal de Chetwood Dental Clinic con respecto a su resto.

Las reclamaciones que presentamos a las compañías de seguros son indicadas que le han asignado los beneficios de Chetwood Dental Clinic. Sin embargo si usted tratamiento no es pagado por el seguro, entonces usted se hace responsable del saldo total de la cuenta y el pago, si usted o su familia tiene más de un programa de seguro dental, le ayudaremos a obtener los máximos beneficios disponibles a nuestras capacidades.

El paciente es responsable de los servicios no cubiertos por el seguro.

MEDICARE/MEDICAID/CHIP

Si está cubierto por Medicare, Medicaid, o CHIP, comuníquese con nuestro personal de la oficina, antes de llegar a la clínica de Chetwood Dental en la fecha del servicio, para hablar sobre su situación de pago.

PAGOS ATRASADOS

Nuestra política es cobrar honorarios de financiamiento de 1.5% para los saldos pendientes de los pacientes después de que el saldo ha estado pendiente durante al menos 30 días. Además, los pagos rechazados debido a fondos insuficientes estarán sujetos a un cargo de NSF de \$25.00.

CITAS PERDIDAS

A menos que se cancele con 48 horas de anticipación nuestra política es cobrar por citas perdidas el costo de \$35 por cada 30 minutos de tiempo de cita perdida. Por favor, ayudenos a brindarle un mejor servicio manteniendo las citas de horario.

Gracias por entender y aceptar nuestra Política Financiera. Por favor, haganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

Firma: _____ Fecha: _____
(Persona responsable si el paciente es un menor)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DENTAL



CHETWOOD
Dental Clinic

SECCION A: PACIENTE DANDO CONSENTIMIENTO

Nombre del Paciente: _____

Direccion: _____

Telefono: _____ Correo Electronico: _____

Numero de Paciente: _____ Numero de seguro social: _____

SECCION B: LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

Proposito de Consentimiento: Al firmar este formulario usted da su consentimiento de nuestro uso y divulgacion de su informacion medica protegida para llevar acabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atencion medica.

Notificacion de practicas de privacidad: Tiene derecho a leer el aviso de practicas de privacidad antes de que decida firmar este consentimiento.

Nuestro aviso proporciona una descripcion de nuestro tratamiento, pagos, y operaciones de atencion medica de los usos y revelaciones que podemos hacer de su informacion protegida sobre la salud y de otros asuntos importantes sobre su informacion medica protegida. Una copia de nuestro aviso a este consentimiento. Le recomendamos que lea el fomulario detenidamente antes de firmar.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras practicas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de Practicas de Privacidad. Si cambiamos nuestras practicas de privacidad, publicaremos un Aviso de Practicas de Privacidad revisado con los cambios. Estos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su informacion de salud pretegida que mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestra notificacion de practicas de privacidad, incluyendo cualquier revision de nuestro aviso en cualquier momento poniendose en contacto con :

Oficial de Cumplimiento:

Telefono:

Direccion:

Lan Doan, D.D.S., M.S.D.

713-839-0919, Fax: 281-498-1108

6910 Chetwood Drive, Suite B, Houston, TX 77081

Contacto sometido al derecho de revocacion: Usted tendra el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dandonos un aviso por escrito de su revocacion. Por favor entienda que la revocacion de este consentimiento no afectara ninguna accion que tomemos en dependencia de este consentimiento antes de recibir su revocacion.

SECCION C: FIRMA

Yo, _____ He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y el aviso de practicas de privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento doy mi consentimiento a su uso y divulgacion de mi informacion de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atencion medica.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este consentimiento es firmado por un representante personal (padre /tutor) en nombre del paciente, complete los siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relacion con el paciente: _____

SECCION D: RESTRICCION DE LA INFORMACION MEDICA PROTEGIDA (PHI)

Solicito a Chetwood Dental Clinic que restrinja la divulgacion de mi PHI a los especificadas a continuacion:

Nombre: _____

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta restricción es firmado por un representante personal (padre/tutor) en nombre del paciente, complete los siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relacion con el paciente: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO/RECIBO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

APPELLIDO DEL PACIENTE: _____ NOMBRE DEL PACIENTE: _____

HISTORIAL DENTAL

Razon de la visita de hoy: _____ Fecha de ultima visita: _____

Dentista anterior: _____ Fecha de la ultima radiografia dental: _____

Por favor circule si tiene o tuvo:

Mal aliento	Si	No	Dolor de cabeza, cuello, mandibula o dolor	Si	No
Ampollas en los labios o boca	Si	No	se muerde labios o mejilla	Si	No
Sensacion de ardor en la lengua	Si	No	Dientes flojo /relleno roto	Si	No
Se mastica en un lado de la boca	Si	No	Respiracion por la boca	Si	No
Uso pipa o fuma cigarro	Si	No	Frenos	Si	No
Boca seca	Si	No	Oxido Nitroso en el pasado	Si	No
Recoleccion de alimentos entre los dientes	Si	No	Tratamiento Periodontal en el pasado	Si	No
Apretar los dientes	Si	No	Sensibilidad a la presion/irritantes	Si	No
Crecimientos/puntos doloridos en la boca	Si	No	(frio,caliente,dulce)		
Encias hinchada, tiernas o sangrantes	Si	No			

Alguna vez a tenido una reaccion alergica a los anesteticos de novocaine,locales o generales (por favor seleccione uno)? Si No
 Si, por favor explique: _____

Alguna vez a tenido algun problema en su atencion dental (por favor seleccione uno)? Si No

Si, por favor explique: _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre del Medico: _____ Dia de la ultima visita: _____

Telefono y direccion del medico: _____

Ha sufrido alguna enfermedad u operacion? (por favor seleccione uno)? Si No Si, por favor explique: _____

Alguna ves a tenido transfusion de sangre? (por favor seleccione uno)? Si No Si, por favor indique fecha: _____

Mujeres: Esta embarazada(por favor seleccione uno)? Si No Fecha de Parto: _____ Toma pastillas anticonceptivas? Si No

Por favor circule si tiene o tuvo

Alergias, fiebre de heno, sinusitis	Si	No	Dolores de cabeza	Si	No	Anemia falciforme	Si	No
Anemia	Si	No	Soplo en el corazon	Si	No	Erupcion cutanea	Si	No
Artritis/Reumatismo	Si	No	Problemas del corazon	Si	No	Cicatrizacion Lenta	Si	No
Articulaciones Artificiales	Si	No	Tipo de hepatitis ____	Si	No	Ataque al corazon	Si	No
Asma	Si	No	Herpes	Si	No	Hinchazon de los pies/tobillos	Si	No
Hospitalizacion Requerida	Si	No	Presion arterial alta	Si	No	Problemas de la tiroides	Si	No
Ha utilizado esteroides?	Si	No	Inmunodeficiencia	Si	No	Amigdalitis	Si	No
Fecha de ultimo episodio: _____			Ictericia	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Sangrado anormal con operaciones?	Si	No	Enfermedad renal	Si	No	Tumor/crecimiento de la cabeza/cuello	Si	No
Enfermedad de la sangre	Si	No	Presion arterial baja	Si	No	Ulcera	Si	No
Cancer	Si	No	Prolapso de la valvula mitral	Si	No	Enfermedad venerea	Si	No
Dependencia Quimica	Si	No	Osteoporosis	Si	No	Perdida de peso inexplicable	Si	No
Quimioterapia	Si	No	Osteopenia	Si	No	Bajo el cuidado de un medico?	Si	No
Problemas Circulatorios	Si	No	Marcapasos	Si	No	Alergico/sensible a latex?	Si	No
Tratamientos de cortizona	Si	No	Tratamiento de radiacion	Si	No	Alergico a penicilina/aspirina/otros medicamentos?		
Diabetes	Si	No	Enfermedad respiratoria	Si	No	Si No		
Enfisema	Si	No	Fiebre reumatica	Si	No	Si, por favor explique: _____		
Epilepsia	Si	No	Fiebre escarlata	Si	No			
Desmayos	Si	No	Dificultad para respirar	Si	No			
Glaucoma	Si	No	Problema nasal	Si	No			

Por favor liste todos los medicamentos que esta tomando: _____

AUTORIZACION Y LIBERACION

He leído y contestado las preguntas anteriores a mi mejor saber y entendimiento.

Paciente /responsable firma: _____ Dia: _____

Revisado por: _____ Dia: _____

