

Formulario para la Historia de Salud

ADA American Dental Association®

America's leading advocate for oral health

Email:

Fecha de hoy:

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre:		Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i>		Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i>	
Apellido	Nombre	2o Nombre	()	()	()
Dirección:			Ciudad:	Estado:	Código postal:
<i>Dirección postal</i>					
Ocupación:	Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F	
SS# o ID del Paciente:	Contacto en Emergencias:	Parentesco:	Teléfono: <i>Incluya código del área</i>	Teléfono celular: <i>Incluya código del área</i>	
		()	()	()	
Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?					
<i>Su Nombre</i>			<i>Parentesco</i>		
Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:			(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)		
Tuberculosis activa			Sí No NS		
Tos persistente de más de 3 semanas de duración			□ □ □		
Tos que produce sangre			□ □ □		
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis			□ □ □		
Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.					

Información Dental *En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.*

Sí No NS	Sí No NS
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental? □ □ □	Sufre de dolor de oídos o del cuello? □ □ □
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar? □ □ □	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula? □ □ □
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? □ □ □	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes? □ □ □
Sufre de boca seca? □ □ □	Tiene lesiones o úlceras en su boca? □ □ □
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)? □ □ □	Usa dentaduras (placas) completas o parciales? □ □ □
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)? □ □ □	Participa en actividades enérgicas de recreación? □ □ □
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior? □ □ □	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca? □ □ □
Está fluorada el agua que llega a su casa? □ □ □	Fecha de su último examen dental:
Bebe usted agua embotellada o filtrada? □ □ □	Qué le hicieron en esa ocasión?
Si es así, con qué frecuencia? <i>Marque su respuesta con un círculo:</i>	Fecha de su última radiografía dental:
A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE	
Tiene dolor o molestias dentales en este momento? □ □ □	
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?	
Cómo se siente con su sonrisa?	

Información Médica *Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.*

Sí No NS	Sí No NS
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico? □ □ □	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años? □ □ □
Médico: <i>Incluya código del área</i>	Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?
Nombre	
Dirección/Ciudad/Estado/Código:	
Se encuentra usted sano/a? □ □ □	Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? □ □ □
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? □ □ □	Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:
Si es así, qué condición le están tratando?	
Fecha de su último examen médico:	

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)		Sí	No	NS			Sí	No	NS					
Usa lentes de contacto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Usa sustancias reguladas (drogas)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
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"/>					Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA									
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"/>					Bebe bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____					Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____									
					Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____									
SÓLO MUJERES Está usted:														
					Embarazada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
					Número de semanas: _____									
					Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
					Amamantando? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a:														
En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.					Sí No NS									
Anestésicos locales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Metales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Aspirina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Látex (goma) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Penicilina u otros antibióticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Yodo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Polen (fiebre del heno)/estacional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Sulfas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Animales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Codeína u otros narcóticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Alimentos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
					Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.														
Sí No NS					Sí No NS					Sí No NS				
Válvula cardíaca artificial (prótesis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Previa endocarditis infecciosa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Válvulas dañadas en corazón transplantado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)					Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Desmayos o ataques epilépticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
ECC cianótica, sin reparar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Bronquitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Alteraciones neurológicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Reparada en los últimos 6 meses (completamente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Si es así, especifique: _____				
ECC reparada con defectos residuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Sinusitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Alteraciones del sueño <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.										Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Sí No NS					Sí No NS					Sí No NS				
Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Alteraciones mentales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Especifique: _____				
Arterioesclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Dolor crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Infecciones recurrentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Diabetes Tipo I o II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Tipo de infección: _____				
Daño en las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Trastornos de alimentación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Alteraciones renales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Malnutrición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Sudor nocturno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Osteoporosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Reflujo G.E./ardor persistente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Inflamación persistente de los ganglios del cuello <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Cefaleas graves/jaquecas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Pérdida de peso severa o rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
					Derrame cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
										Orina en forma excesiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
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"/>														
Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____										Teléfono: Incluya código del área () _____				
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"/>														
Explique por favor: _____														

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: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____

Forma de Detección

Nombre del Paciente:

	CITA PREVIA	EN LA CITA
	Fecha:	Fecha:
¿Tiene fiebre o se ha sentido con algo de temperatura (en los últimos 14 – 21) días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido falta de aire o dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene tos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido otros síntomas como gripe? ¿Molestias gastrointestinales, dolor de cabeza o fatiga?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recientemente ha tenido pérdida del olfato o del gusto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene contacto con algún paciente diagnosticado con COVID-19? <i>Pacientes que están bien de salud pero viven con alguien que tiene COVID – 19 deben considerar posponer su cita.</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es mayor de 60 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Padece de alguna enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, diabetes o trastorno autoinmune?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿En los últimos 14 días ha viajado a regiones afectadas con COVID-19? (Relevante a su ubicación)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Contestar “Sí” a cualquiera de estas preguntas, indicará una discusión más profunda con su dentista antes de poder proceder con un tratamiento electivo.

- Para análisis, consulte la lista de [State and Territorial Health Department Websites](#) para información en su área específica.

Nombre del paciente: _____

Numero de record: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO

Al leer y firmar esta forma yo aseguro que Español es el idioma que yo entiendo y uso para comunicarme.

(Iniciales) _____

[] 1. DROGAS MEDICAMENTOS Y ANESTESIA:

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones adversas, algunas de las cuales son, sin estar limitadas a ellas, rojez y hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos, mareos, abortos no provocados y paro cardíaco.

Entiendo que los medicamentos, drogas y anestésicos pueden causar somnolencia y pérdida de la coordinación, la cual puede ser incrementada por el uso del alcohol y otras drogas. Se me ha aconsejado que no consuma alcohol ni opere ningún vehículo o aparato peligroso mientras estoy tomando medicinas y/o drogas, o hasta que me haya recuperado completamente de sus efectos (esto incluye un periodo de por lo menos veinticuatro horas después de que se me de de alta de la cirugía).

Entiendo que ocasionalmente, al inyectar un anestésico local, entumecimiento o ardor en los labios, puede que experimente en el área de la inyección una anestesia permanente y prolongada o irritación. Entiendo que si selecciono el uso de Oxido Nitroso, "Atarax", Hidrato de Cloral, "Zanax" o cualquier otro sedativo, existirían posibles riesgos que incluyen, pero no se limitan a la pérdida del conocimiento, obstrucción de la vía respiratoria, choque anafiláctico, paro cardíaco. Entiendo que no puedo comer, tomar leche o jugo dentro de seis horas de recibir algún sedativo. Entiendo que necesitare que alguien me lleve a casa de la oficina dental después que reciba los sedativos. También entiendo que alguien necesita cuidarme muy de cerca por un periodo de 8 a 10 horas, después de mi cita dental para observar los posibles efectos dañinos secundarios como la obstrucción de las vías respiratorias.

(Iniciales) _____

[] 2. HIGIENE Y PERIODONCIA (PERDIDA DEL TEJIDO Y DEL HUESO):

Entiendo que el éxito a largo plazo del tratamiento y la condición de mi problema oral depende de mis esfuerzos en cuanto a la higiene bucal adecuada (por ejemplo: lavarse los dientes y utilizar la seda dental) y el visitar regularmente al doctor.

PERIODONCIA : Entiendo que tengo una condición seria, la cual resulta en la inflamación y/o pérdida de las encías y el hueso, la cual puede resultar en la pérdida de mis dientes y otras complicaciones. Se me han explicado varios planes de tratamiento, incluyendo la cirugía de las encías, reemplazos y extracciones. También entiendo que estos tratamientos tienen una gran posibilidad de éxito, aunque este no puede ser asegurado. Ocasionalmente, los dientes tratados podrían necesitar la extracción.

PROCEDIMIENTOS DENTALES LASER-Por favor, tenga en cuenta los siguientes posibles riesgo y limitaciones: la curación de tejidos y prolongada recesión gingival, la anestesia puede dejar el área adormecida por un periodo de tiempo prolongado. Se me han explicado las alternativas al tratamiento con láser y los posibles efectos adversos si decido no aceptar este tratamiento.

Yo reconozco que las consideraciones principales de tratamiento y el riesgo potencial de la cirugía láser han sido claramente presentadas a mí. He leído y comprendido esta información y también entiendo que puede haber otros problemas que ocurren con menos frecuencia o son menos graves, y que los resultados reales pueden ser diferentes de los resultados previstos.

(Iniciales) _____

[] 3. EXTRACCION DE LOS DIENTES:

Entiendo que el propósito del procedimiento/cirugía es el de dar tratamiento y posiblemente corregir mis tejido orales enfermos. El medico me ha aconsejado que si esta condición persiste sin tratamiento o cirugía, mi condición oral actualmente se empeorara al pasar el tiempo.

Los riesgos potenciales incluyen, pero no están limitados a lo siguiente:

- A. Incomodidad post-operativa; hinchazón; sangramiento prolongado; sensibilidad del diente al calor o al frío; encogimiento de las encías (posiblemente exponer los márgenes de la corona); dientes sueltos; curación retrasado (alveolo seco) y/o infección (exigiendo recetas medicas o tratamiento adicional, por ejemplo: la cirugía).
- B. Lesión a los dientes adyacentes, coronas (revestimientos) o rellenos (que necesiten la regimentación de coronas, el reemplazo de rellenos, la fabricación de coronas o la extracción) o lesiona a otros tejidos no dentro del área quirúrgica descrita.
- C. Limitaciones de las aperturas; endurecimiento de los músculos de la cara y/o cuello; cambios en la mordida; dificultad en la coyuntura temporomandibular (coyuntura de mandíbula); posiblemente exigiendo terapia física o cirugía
- D. Fragmentos residuales de la raíz o especulas dejadas cuando la extracción completa hubiera necesitado de una cirugía extensa o de complicaciones quirúrgicas.
- E. Posible fractura del hueso, la cual podría exigir de alambrado o tratamiento quirúrgico.

- F. Apertura de la sinus (una cavidad normal situada por encima de los dientes superior) que necesitaría cirugía adicional.
- G. Lesión al nervio subyacente a los dientes que resulten en picazón, entumecimiento o ardor en los labios, barbilla, encías, mejilla, dientes, y/o lengua en el lado operado; esto puede persistir por varias semanas, meses o, en casos remotos, permanentemente.

(Iniciales) _____

[] 4. RELLENOS DENTAL, INFILTRACION DE RESINA, RESINA DE COSMETICOS:

Se me ha aconsejado de la necesidad de rellenos ya sea de plata o compuestas (plásticas), para reemplazar la estructura Dental que se ha perdido debido a la caries. Entiendo que al pasar el tiempo, las restauraciones necesitaran ser reemplazadas debido al desgaste del material. En casos donde permanencia muy poca estructura dental o donde la estructura dental existe se ha fracturado, yo podría necesitar recibir un tratamiento ser cobrado por separado. Entiendo que la restauración de amalgama de plata es un procedimiento aceptable de acuerdo a la Asociación Dental Americana, y como tal, es un tratamiento utilizado por esta oficina. Se me han explicado las ventajas y desventajas de materiales alternativos.

(Iniciales) _____

[] 5. TRATAMIENTO ENDODONTICO (TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR), PULPOTOMIA:

El propósito y el método de la terapia del conducto radicular me ha sido explicado, como también lo fueron los tratamientos alternativos razonables y las consecuencias de la falta de tratamiento. Entiendo que después de la terapia del conducto radicular mi diente esta debil y debe ser protegido contra la fractura, colocando una corona (funda) sobre el diente, y la restauración se debe hacer tan pronto como posible después de la terapia del conducto radicular. Entiendo que los riesgos potenciales incluyen, pero no estan limitados a lo siguiente:

- A. Incomodidad post-operativa que puede durar unas horas o varios días, para lo cual se recetaran medicamentos si se considera necesario por el medico.
- B. hinchazón post-operativa del área de la encía en la vecindad del diente tratado o la hinchazón facial, las cuales pueden persistir por varios días o mas. Sin embargo, si los post-operativos sintomas siguen por mas de una semana, entiendo que necesito llamar al doctor para una cita.
- C. infección.
- D. Apertura restringida de la mandíbula, referencia de dolor a la oreja, el cuello y cabeza.
- E. Rompimiento de los instrumentos del conducto radicular durante el tratamiento, los cuales al juicio del doctor se pueden dejar en el conducto radicular tratado o hueso como parte del material de rellenos; o tal vez necesite cirugía.
- F. Perforación del canal radicular con instrumentos, los cuales podrían necesitar tratamiento quirúrgico adicional o resultar en la perdida prematura del diente o extracción.
- G. Riesgo de entumecimiento temporal o permanente en las áreas tratadas y/o sentir hormigueo la sensación en los labios, la lengua, el mentón, las encías y la mejilla.
- H. La decoloración del diente.

Entiendo que un procedimiento de pulpotomia o "abierto y medicamento" no es un tratamiento permanente y que necesito pagar y terminar la terapia del conducto radicular. Si el tratamiento del conducto radicular no es finalizado, me expongo a una infección y/o la perdida del diente. Si no se lleva a cabo la terapia del conducto radicular, el tratamiento podría tener que repetirse, se podría necesitar la cirugía del conducto radicular o el diente tendría que ser extraído.

(Iniciales) _____

[] 6. CORONAS, PUENTES, INLAYS, ONLAYS Y LAMINADOS):

Entiendo que la restauración de un diente con una corona implica típicamente: 1) Prepar el diente 2) Colocar una corona temporal 3) Entregar la corona fabricada del laboratorio. Entiendo que a veces, durante la preparación de un diente para una corona, puede ocurrir la exposición de la pulpa, necesitando una posible terapia del conducto radicular. Entiendo aún más que una corona temporal no da la intención de funcionar como una corona fabricado del laboratorio. Si el proceso de corona no se completa, puedo estar exponiéndose a la pérdida y/o la infección del diente. Entiendo que como dientes naturales, coronas y puentes necesitan la higiene bucal adecuada (por ejemplo: lavarse los dientes y utilizar la seda dental) y visitar regularmente al doctor. Entiendo que a veces no es posible igualar el color del diente natural exactamente con el diente artificial.

(Iniciales) _____

[] 7. DENTADURAS – COMPLETAS O PARCIALES:

Los problemas de llevar dentaduras postizas me han sido explicados, incluyendo los aflojamientos, dolencias y la posible ruptura y rebasamiento debido al cambio del tejido. Las citas de seguimiento son una parte integra del mantenimiento y el éxito de un aparato prostético. Los puntos persistentes de dolor deben ser examinados inmediatamente por el medico. Entiendo además que la intervención quirúrgica para la extracción (por ejemplo, torus/hueso, recontonear el hueso o implantes) podrían ser necesarios para ser adecuadamente ajustados. Entiendo además que debido a la perdida del hueso o de otros factores que compliquen la situación, quizás nunca podré utilizar dentaduras a mi entera satisfacción.

(Iniciales) _____

[] 8. DENTISTA PEDIATRICO:

Entiendo que los siguientes procedimientos se utilizan rutinariamente en esta oficina y que también son aceptados en la profesión dental.

- A. REFUERZOS POSITIVOS: Se premia al niño que exhiba un comportamiento deseable utilizando alabanzas, dándole una palmadita o un abrazo o regalitos o juguetes.
- B. CONTROL DE LA VOZ: El doctor cambia el tono de voz o aumenta el volumen de la voz para lograr la atención de un niño demostrando mal comportamiento.
- C. RESTRICCION FISICA: Es el restringir los movimientos de un niño incontrolable aguantando sus manos, la parte superior del cuerpo, la cabeza y/o las piernas utilizando un aparato especial llamado " la tabla de papoose" o "manta de abrazar" o por uso de la mano o el brazo del dentista o del asistente.
- D. OXIDO NITROSO Y/O SEDACION ORAL: El oxido nitroso es un gas leve que se mezcla con oxigeno y se utiliza para relajar a una niño. Con su utilización, el padre o tutor debe entender que el niño no debe comer o tomar por un periodo antes y después de la cita para sedacion. El padre o tutor debe estar disponible para acompañar al niño a casa después del procedimiento de sedacion y observar su comportamiento a traves del día.

Entiendo que con la utilización de la inyección sedativa, utilizada para adormecer el diente para el procedimiento dental, existe la posibilidad de que el niño sin darse cuenta se muerda el labio causando una lesión. Entiendo la necesidad de volver a la oficina, para que el niño sea evaluado, si no desaparece la hinchazón o el dolor, después de un periodo suficiente de tiempo. Entiendo que existe la necesidad de volver a la oficina en un periodo de tres meses después del tratamiento a los nervios de un "diente de bebe" para una evaluación y la posibilidad de que se necesite una extracción.

(Iniciales) _____

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL MEDICO LLEVE A CABO EL TRATAMIENTO, PROCEDIMIENTO, CIRUGIA PREVIAMENTE EXPLICADO A MI U OTROS PROCEDIMIENTOS QUE SE HAYAN CONSIDERADO NECESARIOS PARA COMPLETAR LA OPERACION PLANIFICADA. SI CUALQUIER CONDICION IMPREVISTO SE PRESENTA DURANTE EL TRANCURSO DE LA OPERACION, SE ACUDE AL JUICIO DEL MEDICO O A PROCEDIMIENTOS EN ADICION O DIFERENTES DE AQUELLOS AHORA CONTEMPLADOS, Y POR LO TANTO PIDO Y AUTORIZO AL MEDICO PARA QUE HAGA LO QUE EL O ELLA CONSIDERE ACONSEJABLE, INCLUYENDO EL REFERIR A OTRO DENTISTA O ESPECIALISTA. TAMBIEN ENTIENDO QUE EL COSTO DE ESTA REFERENCIA SERA DE MI RESPONSABILIDAD.

REQUERIMOS UN MÍNIMO DE 24 HORAS PARA GENERAL (48 HORAS PARA ESPECIALISTAS) DE NOTIFICACIÓN SI EL PACIENTE ES INCAPAZ DE MANTENER LA CITA. SI USTED FALLA DE PROPORCIONAR NOTA APROPIADA, USTED PUEDE HACER CARGADO POR LA CITA PERDIDA, LAS CANTIDADES VARIARÁN.

ENTIENDO QUE NO SE ME HA DADO NINGUNA GARANTIA O SEGURIDAD QUE EL TRATAMIENTO PROPUESTO SERA CURATIVO O EXISTOSO A MI ENTERA SATISFACCION, CONVENDO EN COOPERAR COMPLETAMENTE CON LAS RECOMENDACIONES DEL DOCTOR MIENTRAS ESTOY BAJO SU CUIDADO, ENTIENDO QUE EL DEJAR DE HACERLO PODRIA RESULTAR EN RESULTADOS POR DEBAJO DE LO OPTIMO.

CERTIFICO QUE HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER Y ENTENDER COMPLETAMENTE LOS TERMINOS Y PALAERAS CONTENIDAS EN LA PRESENTE Y DOY MI CONSENTIMIENTO A LA OPERACION Y A LAS EXPLICACIONES REFERIDAS O HECHAS, SE ME HA ANIMADO A PREGUNTAR, Y LAS RESPUESTAS HAN SIDO DE MI SATISFACCION.

ENTIENDO QUE ESTA OFFICINA DENTAL PROPORCIONA SERVICIOS SIN DISCRIMINACION BASADA EN LA RAZA, RELIGION, COLOR, NACIONALIDAD, SEXO, ORIENTACION SEXUAL, INCAPACIDAD FISICA O MENTAL, EDAD O ESTADO CIVIL Y PROTÉGÉ LA PRIVACIDAD DE CADA UNO DE SUS PACIENTES.

Firma: _____ Relación: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
Paciente o Representante Legal

Doctor: _____

Nombre del paciente: _____

Numero de record: _____

Telefono: _____

Fax: _____

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO

SECCIÓN A: INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Número del Seguro Social _____

Teléfono _____

SECCIÓN B: PARA EL PACIENTE - POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

Propósito del Consentimiento: Al firmar este formulario, usted consentirá en que usemos y divulguemos su información médica protegida para realizar nuestro tratamiento, nuestras actividades de pago y nuestras operaciones de atención médica.

Notificación de las Prácticas de Privacidad: Usted tiene derecho a leer nuestra Notificación de las Prácticas de Privacidad antes de decidir si quiere firmar este consentimiento. En nuestra notificación se ofrece una descripción de nuestro tratamiento, nuestras actividades de pago y nuestras operaciones de atención médica, la manera en la que podríamos usar y divulgar su información médica protegida, y otros asuntos importantes sobre su información médica protegida. Este consentimiento está acompañado de una copia de nuestra notificación. Le recomendamos que la lea cuidadosa y completamente antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestra Notificación de las Prácticas de Privacidad. Tales cambios podrían ser aplicables a cualquier parte de su información médica protegida que llevemos. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, revisaremos la Notificación de las Prácticas de Privacidad y haremos que la nueva notificación esté disponible previa solicitud.

Derecho a Revocar: Usted tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento notificándole su revocación por escrito al ejecutivo de privacidad que se indica al final de la Notificación de las Prácticas de Privacidad. Por favor entienda que la revocación de este consentimiento *no* afectará medida alguna que hayamos tomado confiando en este consentimiento antes de haber recibido su revocación, y que podríamos negarnos a tratarlo o a seguir tratándolo si revoca este consentimiento.

SECCIÓN C: FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

Yo, _____, he recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de este consultorio. Tuve la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y la Notificación de las Prácticas de Privacidad. Tengo entendido que al firmar este formulario de consentimiento estoy dando mi consentimiento para que usen y divulguen mi información médica protegida, o la información médica protegida del paciente que estoy representando**, para realizar el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

Firma _____

Fecha _____

**Si un representante firma este consentimiento en nombre del paciente, llene lo siguiente:

Nombre del Paciente _____

Relación con el Paciente _____

SECCIÓN D: REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

****SÓLO FIRME ESTA SECCIÓN SI QUIERE REVOCAR SU CONSENTIMIENTO****

Revoco mi consentimiento para que usen y divulguen mi información médica protegida, o la del paciente que estoy representando, para realizar el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica. Tengo entendido que la revocación de mi consentimiento *no* afectará medida alguna que ustedes hayan tomado confiando en mi consentimiento antes de haber recibido esta Notificación de Revocación. También tengo entendido que podrían negarse a tratarme o a seguirme tratando, o a tratar o a seguir tratando al paciente que estoy representando, después de haber revocado mi consentimiento.

Firma _____

Fecha _____

***Patient Acknowledgment of
Receipt of the California Dental Materials Fact Sheet***

I acknowledge that I have received a copy of the Dental Materials Fact Sheet dated May 2004

Yo acepto haber recibido copia de el Dental Materials Fact Sheet con fecha de Mayo 2004

Patient/ Parent or Guardian Name (printed)

Date

Patient Name/ Parent or Guardian Signature
