

Clínica dental del Condado de Rawlins

Consentimiento para el tratamiento dental

Nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento: _____

1. Autorizo al dentista de clínica Dental Condado de Rawlins y otros tales personas como él/ella podrá nombrar para realizar cualquier dental necesario; procedimientos que estime apropiado como parte del tratamiento dental.
 2. Tengo entendido que el tratamiento dental puede incluir examen, profilaxis, restauraciones, endodoncia, radiografías, cirugía y extracciones para los efectos de mantenimiento, mejora o restauración de tejidos blandos y duros a un buen estado.
 3. He por la presente autorizar y solicitar dentistas en la clínica Dental Condado de Rawlins y/o dichos representantes o asistentes como puede ser seleccionado por él, para realizar el procedimiento siguiente según el plan de tratamiento del dentista.
 4. Tengo entendido que los riesgos involucrados en el tratamiento se describe más arriba o procedure(s) incluyen pero no se limitan a sangrado, inflamación y sensibilidad.
 5. Tengo entendido que las condiciones imprevistas o las circunstancias pueden surgir durante el curso de tratamiento: por lo tanto, consiente y autorizar el rendimiento de cualquier atención, procedimiento o tratamiento no especificado arriba que el dentista cree razonablemente necesario o disponible como resultado de imprevistos.
 6. Además, consentimiento a la administración de cualquier anestésico local que el dentista considere necesario. Tengo entendido que los riesgos involucrados con la administración de anestésicos locales incluyen pero no se limitan a: lesión nerviosa y la rigidez de la mandíbula (trismus).
 7. Ha sido me explicó la opción de no utilizar anestesia local para mi tratamiento.
 8. Confirmando que he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta relacionada con la atención del paciente en el consultorio dental y que todas estas cuestiones (si existe) han sido contestadas plena y satisfactoriamente.
 9. Certifico que he leído este documento y comprender su contenido. Reconozco que el tratamiento dental, riesgos y materiales de educación dental relacionados han explicado a mi satisfacción.
 10. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que elija terminarlo.
- He leído y comprendido todo lo anterior:

Firma del paciente/representante: _____ Date: _____

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

I, los abajo firmantes certifican que yo (o mi dependiente) tiene cobertura de seguro con _____
Y asignar directamente a Dr. Roger T. Minneman/Rawlins Condado Dental Clinic todas las prestaciones del seguro, si los hay, a pagar lo contrario me por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable todos los cargos o no pagados por el seguro incluyendo Medicaid. Herby autorizo al médico para liberar a toda la información necesaria para asegurar el pago de prestaciones. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de seguros.

Responsable firma de parte relación fecha: _____

Aviso de prácticas de privacidad-confirmación:

Mantenemos un registro de los servicios de atención médica que le proporcionamos. Usted puede solicitar ver y copiar ese registro. También puede solicitar corregir ese registro. No revelaremos su registro a otros a menos que usted nos lo directa, o a menos que la ley autoriza o nos obliga a hacerlo.

Nuestro aviso de prácticas de privacidad describe con más detalle cómo se puede utilizar y divulgado su información de la salud, y cómo se puede acceder a su información.

Por mi firma siguiente Acuso recibo de la notificación de prácticas de privacidad.

Firma del paciente _____ Date _____

Testigo fecha _____ Date _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Sí No _____
- ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? Sí No _____
- ¿Esta usted en una dieta especial? Sí No _____
- ¿Usa tabaco? Sí No _____
- ¿Usted usa sustancias controladas? Sí No _____

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
- Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| SIDA / HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diálisis renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reunalismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / vértigo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretonescon facilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falla del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | La ictericia amarilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____