

DENTAL ARTS OF CORONADO
HISTORIA MEDICA E INFORMACION DEL PACIENTE
 (CONFIDENCIAL)

Apellido _____ Nombre _____ M F
 Edad _____ Fecha Nacimiento _____ Licencia # _____
 Dirección _____ Teléfono de casa _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono de trabajo _____
 Responsable de esta cuenta _____
 Empleado por _____ Seguro social# _____
 Nombre esposo(a) _____ Seguro social# _____
 Dirección del trabajo _____ Ocupación _____
 Referido por: Amigo/Paciente Aseguranza Letrero Páginas amarillas Anuncio
 Motivo de consulta _____
 En caso de emergencia (amigo(a) familiar que no vive con usted) _____ Teléfono _____
 Dirección _____
 Método de pago Contado VISA/MC MEDI-CAL Aseguranza Nombre de la seguridad: _____

Consentimiento- El abajo firmante autoriza al Doctor a tomar radiografías, usar modelos de estudio, fotografías y otros estudios que el Doctor considere necesarios para lograr un completo diagnóstico de acuerdo a las necesidades del paciente. También autorizo al Doctor y doy mi consentimiento para que él elija y use esas ayudas si el lo considera apropiado. Entiendo que en esta clinica soy responsable por el pago de los servicios prestados a mi o a mis dependientes. El pago de los servicios debe ser efectuado el día de la visita.

Firma del paciente (o padres del paciente) _____ Fecha: _____

HISTORIA MEDICA

Nombre de su médico y teléfono _____ Fecha de su último examen físico _____

Marque con una cruz si tiene o tuvo alguna de estas enfermedades.

Si No	Si No	Si No	Si No
1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de corazón	11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios	20. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias comunes	29. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulcera
2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alta presión arterial	12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia	21. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades de sangre	30. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad venerea
3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baja presión arterial	13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	22. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis	31. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofilia
4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios	14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis o problemas del hígado	23. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dieta especial	32. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas nerviosos
5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo al corazón	15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer	24. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ganglios inflamados	33. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo
6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación	16. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento siquiátrico	25. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica	34. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis
7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Valulas del corazón artificiales	17. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a Latex	26. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sinustis	35. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alcohólistmo
8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales	18. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a anestesia	27. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S.I.D.A.	36. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adicto a drogas
9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de espalda	19. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a medicinas	28. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infarto	37. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV Positivo
10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes			38. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aluna vez tomó Fen phen o Redux

Indique si tiene o ha tenido alguna otra enfermedad no mencionada en la lista anterior _____

_____ Dr Signature: _____ Fecha: _____

¿Es alérgico o ha tenido reacción adversa a alguna medicina? _____ ¿Cuál? _____

¿Ha tenido alguna mala experiencia en la dentista? _____

Nombre los medicamentos que está tomando 1. _____ ¿Para qué? _____
 2. _____ ¿Para qué? _____
 3. _____ ¿Para qué? _____

Si el paciente es niño: peso en libras: _____

¿Está Ud bajo tratamiento médico? Si No
 (Mujeres) ¿Está Ud embarazada? Si No Fecha estimada _____ ¿está amamantando a su bebe? Si No

MEDICAL HISTORY UPDATE: _____ **Date:** _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

1. TRABAJO POR HACER

Entiendo que me van a hacer el siguiente trabajo: Rellenos _____ Puentes _____ Coronas _____
Extracciones _____ Extraer muelas impactadas _____ Endodoncia _____ Otro _____

(Iniciales) _____

2. DROGAS, MEDICINAS, Y SEDACION

Me han informado y entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamento pueden causar reacciones alérgicas resultando en inflamación o hinchazón de los tejidos, dolor, comezón, vómito, y/o choque anafiláctico (severa reacción alérgica) y puedan causar dolor, tromboflebitis (inflamación de una vena) de las infecciones intravenosas o intramusculares, danar y atisnar los musculos facial y del cuello. Puedan causar somnolencia y falta de conocimiento y coordinación que puedan ser aumentados por el uso de alcohol o otras drogas. No operare ningún vehículo o aparato peligroso hasta despues de 12 horas o hasta estar completamente recuperado de los efectos de la anestesia, medicacion y drogas que puedan haber administrado en la oficina para mi tratamiento. Entiendo que al no potencial al tratamiento eficaz de mi condiccion.

(Iniciales) _____

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el curso del tratamiento puede ser necesario cambiar o evadir algunos procedimientos debido a condiciones encontradas en los dientes en el transcurso del trabajo que no fueron descubiertos durante la examinacion, el mas comun siendo terapia de los conductos despues de procedimientos rutinarios restorativos. Le doy mi permiso al Doctor hacer estos cambios o amaduras cuando sean necesarios.

(Iniciales) _____

4. EXTRACCIONES

Me han sido explicadas las alternativas a la extraccion (terapia de los conductos, coronas, cirugía de la encia, ect) y autorizo al Doctor extraer los siguientes dientes _____ y cual quier otro, por razones en el parrafo # 3, entiendo que al sacar dientes no siempre remueve toda la infeccion (si existe) y puede ser necesario tener tratamiento adicional. Reconozco los riesgos involucrados al sacar dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazon, extension de la infeccion, alveolo seco, perdida de sensacion en los dientes, labios, lengua y tejido rodeante (parestesia) que puede durar un periodo indefinido o quijada fractura. Entiendo que pueda necesitar mayor tratamiento por un especialista o aun ser hospitalizado si surgen complicaciones durante o despues del tratamiento. El costo del cual es mi responsabilidad.

(Iniciales) _____

5. CORONAS, PUENTES, LAMINADOS Y BONDING

Entiendo que algunas veces no es posible obtener el mismo color de dientes naturales con dientes artificiales. Además, entiendo que pueda yo tener coronas provisionales que se despeguen facilmente y que debo tener mucho cuidado para asegurar que no se caigan hasta que las coronas permanentes sean entregadas. Entiendo que la ultima oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, Puente o casquillo (incluyendo forma, ajuste, tamaño y color) sera antes de la cementacion. Me han sido explicado que, en algunos casos, tratamientos cosmeticos puedan resultar en la necesidad de futuro tratamiento endodontico, que no siempre puede ser previsto o anticipado. Entiendo que procedimiento cosmeticos puedan afectar las superficies dentales y puedan necesitar modificacion de los diarios procedimientos de limpieza

(Iniciales) _____

6. DENTADURAS-COMPLETAS O PARCIALES

Entiendo que las dentaduras completas y parciales son artificiales, construidas de plastico, metal y/o porcelana. Me han explicado los problemas que pueden surgir al usar estos aparatos, tal es como sultura, inflamacion, y posible rotura. Entiendo que la ultima oportunidad para ser cambios en mi nueva dentadura (incluyendo forma, ajuste, tamaño, colocacion y color) sera durante la visita de probar los dientes en cera. Entiendo que la mayoria de las dentaduras requieren un rebasamiento de tres a dos meses despues de ser entregadas inicialmente. El costo por este procedimiento no esta incluido en el precio original de la dentadura postiza.

(Iniciales) _____

7. TRATAMIENTO DE ENDODONCIA (DE LOS NERVIOS O CONDUCTOS)

Entiendo que no hay ninguna garantia que el tratamiento de endodoncia salvara mi diente, pueden surgir complicaciones del tratamiento, y que a veces objetos de metal son cementados adentro del diente o se extienden por fuera del diente que no afecta necesariamente el exito del tratamiento. Entiendo que a veces sean necesarios procedimientos quirurgicos adicionales despues de tratamiento endodontico (Apicectomia)

(Iniciales) _____

8. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que tengo una severa condicion que causa inflamacion o perdida de las encias o hueso y que puede resultar en la perdida de mis dientes. Los tratamientos alternativos me han sido explicado, incluyendo cirugía de la encia, piezas de repuesto y/o extracciones. Entiendo que al seguir con cualquier procedimiento dental pueda tener un futuro efecto adverso sobre mi condicion periodontal.

(Iniciales) _____

9. RELLENOS

Entiendo que debo tener mucho cuidado al masticar en dientes con restauracion de rellenos, especialmente las primeras 24 horas para evitar fracturas. Entiendo que un tratamiento diagnosticado puede cambiar a causa de caries adicionales no visibles en radiografias. Entiendo que puede existir sensibilidad significativamente despues de un relleno.

(Iniciales) _____

Entiendo que el trabajo dental no es una ciencia exacta y por consiguiente los practicantes bien reputados no pueden garantizar propiamente los resultados. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantia o seguridad con respecto al tratamiento dental que he pedido y autorizado. Entiendo que cada dentista es un practicante individual y se hace responsable de manera individual por el cuidado dental prestado. Tambien entiendo que ningun otro dentista aparte del dentista que me trate, se hace responsable por mi tratamiento dental. Entiendo y he recibido las instrucciones post-operativas y me han dado una cita para regresar.

Firma _____ Fecha _____

Doctor _____ Testigo _____

APPOINTMENT POLICY:

At Dental Arts of Coronado Ave we believe completing your diagnosed treatment plan is essential to achieving optimum oral health.

In order to provide ease and convenience in keeping your appointments at Dental Arts of Coronado Ave - please answer the following:

1. Preferred day for appointments? _____
2. Preferred time for appointments? _____

Trying to accommodate every patient's individual needs and work schedules can be difficult, but we always try to do our best. We work very hard to stay on schedule so that our valuable patients will not spend time in our reception area. A scheduled appointment is a commitment of time between you and our practice. We have reserved that time *just for you*. When appointments are missed or cancelled, that time is permanently lost.

We ask when you schedule an appointment that you make every effort to keep that commitment. Personal emergencies sometimes occur, and we always take that into consideration when receiving a last minute cancellation. If you find you cannot keep your reserved time, we ask you to provide a minimum of 48- hours notice to us so we may schedule another patient in need of treatment. For your convenience, our office administrative staff is available to serve you Monday & Wednesday 9 a.m. to 5 p.m., Tue & Thursday 9 a.m. to 6 p.m. and Friday 9 a.m. to 5 p.m.

If you have any questions regarding this policy please do not hesitate to contact us. We sincerely appreciate your cooperation with this matter.

Signature: _____ Date: _____

FINANCIAL POLICY:

In order to provide ease and convenience with the financial plan for your treatment at Dental Arts of Coronado Ave - please answer the following:

1. Preferred payment plan for treatment: Pay as you go _____ Payment in full _____ Monthly payments _____
2. Preferred payment method for treatment: Cash Check MasterCard/Visa Discover American Express Citi Healthcard (oac) or Care Credit (oac)

At Dental Arts of Coronado Ave we are committed to providing you with the highest quality dental care using only the best material and technology available in the market today. We are committed to providing you with up-to-date information and educational tools so that you may fully appreciate in maintaining optimum oral health. Our financial policy is intended to facilitate excellent service to you while minimizing our administrative costs.

All charges you incur are your responsibility regardless of your insurance coverage. We must emphasize that as your dental care provider, our relationship with you, our patient, not with your insurance company. Your insurance policy is a contract between you, your employer and the insurance company. Our office is not a party to that contract.

As a courtesy to you we will help in the processing of your insurance claims. You may direct your benefit payments to be made directly to our office. In order for our office to file your insurance claim, you must bring a completed dental insurance form or proof of insurance coverage to your initial appointment. Payment is due at the time service is provided. Small, monthly payments and interest-free payment options can be obtained through outside financing (on approved credit).

Balances older than 60 days may be subject to collection fees and finance charges at the rate of 1.5% per month (18% annually). Returned checks will be subject to a \$25.00 fee. If you have any questions regarding our financial policy, please ask. We are committed to providing you with the most positive experience in dental care.

Signature: _____ Date: _____