

# ¡BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA!

Gracias por confiar en nuestra oficina con su cuidado Dental.

Ofrecemos toda clase de servicios dentales para usted y su familia. El cuidado y tratamiento dental comienza desde los 4 años. Puede estar seguro de que nuestro personal altamente calificado, así como nuestras instalaciones avanzadas ofrecen el mejor cuidado posible. Ofrecemos cuidado personal y la mejor atención a nuestros pacientes en todo momento. Es nuestra meta conservar a nuestros pacientes satisfechos en el presente y futuro. Pondremos todo nuestro esfuerzo para que su visita sea siempre una experiencia agradable, así es que por favor háganos saber si necesita algo en especial.

Para pacientes sin seguro Dental, se requiere el pago total el día de su tratamiento. Para pacientes con seguro dental, el co-pago y balance deberán pagarse también el día de su visita. Si necesita tratamiento extenso y requiere de varias citas, como coronas, puentes, parciales o dentaduras, podrá dividir el costo en dos pagos, la mitad el día que comienza el tratamiento y la mitad el día que finalice.

Por favor comprenda que nuestra oficina se basa en citas y horarios. Al hacer una cita, personal capacitado, tiempo y equipo dental son reservados exclusivamente para usted y su tratamiento. En caso de perder una cita, este espacio queda en blanco. Si no puede atender a su cita programada, debe informar a nuestra oficina con 24 horas de anticipación o podría cobrarse una tarifa de \$50 por cita no atendida o cancelada a última hora, existe también el riesgo de limitar sus citas futuras en nuestra práctica.

Respetamos su tiempo, tenga la seguridad que haremos todo lo posible por atenderlo en su horario y completar su procedimiento a tiempo y con precisión. Sin embargo, también atendemos a pacientes con emergencias dentales, y puede ser que retrasemos su hora de visita un poco, pero se le atenderá lo más pronto posible. Si llega a su cita con más de 15 minutos de retraso, tal vez le toque esperar o se le dará la opción de programar su cita en un día diferente.

En un esfuerzo por facilitar sus citas, podrá recibir recordatorios por correo electrónico, para tratamiento y limpiezas dentales cada 6 meses.

¡Muchas Gracias por respetar la política de nuestra práctica Dental, deseamos ayudarlo a mantener una sonrisa saludable!

Aviso de recibido de las políticas de la oficina Friendly Dental, apreciamos su cooperación.

- **Friendly Dental**

---

**Firma de el Paciente**

---

**Fecha**

**Bienvenido a Friendly Dental**

A partir de ahora estaremos utilizando los medios de mensaje de texto y email para recordarle de:

- \* citas
- \* cuando es tiempo para sus limpiezas
- \* ofertas especiales

¡Incluya por favor su dirección de correo electrónico y su número de teléfono celular!

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Número de Teléfono celular: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

**¡Nosotros también le agradeceríamos si nos informa a través de qué medio escuchó de nosotros!**

Por favor seleccione una o más opciones:

- Referido por un paciente: (¿Quién lo refirió?) \_\_\_\_\_
- Referido por un empleado/a de Friendly Dental: (¿Quién lo refirió?)  
\_\_\_\_\_  Página web/Internet  Televisión
- Radio  Periódico  Anuncio/Aviso de oficina
- Evento/Festival/Presentación: \_\_\_\_\_
- Otro Anuncio  Otro: \_\_\_\_\_

Si seleccionó más de una, por favor señale la que más lo influenció en contactar a Friendly Dental.

**REGLAS DE LA HIPAA OMNIBUS  
CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE AL RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD  
FORMA DE AUTORIZACION LIMITADA**

Usted puede reusar firmar recibo de este aviso/Si lo reusa, nosotros no podremos procesar un reclamo a su seguro dental.

Fecha: \_\_\_\_\_

La persona que firma acepta el recibo del aviso de prácticas de privacidad para esta clínica dental. Una copia de este formulario firmado será tan eficaz como el original. MI FIRMA SERVIRA COMO PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACION PERSONAL DE RADIOGRAFIAS Y/O TRATAMIENTO A OTRO DOCTOR/OFICINA EN EL FUTURO EN CASO DE YO SOLICITARLO.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

Sus comentarios referentes a este consentimiento: \_\_\_\_\_

COMO DESEA QUE LE LLAMEN CUANDO ESTA EN LA AREA DE RECEPCION DE LA OFICINA:

Primer nombre solamente       Apellido       Otro: \_\_\_\_\_

FAVOR DE NOMBRAR LAS PERSONAS QUE PUEDEN TENER ACCESO A SU INFORMACION DE SALUD:

(Estos incluyen padrastros, abuelos, y cualquiera que brinde cuidado al paciente y tenga acceso a información de salud personal):

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

YO AUTORIZO QUE ME CONTACTEN DE ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR CITAS, TRATAMIENTO O ESTADOS DE CUENTA POR SIGUIENTE VIA/S:

Telf. Cel       Telf. Casa       Telf. Trabajo       Texto       Correo Electrónico       Ninguno de los anteriores

YO AUTORIZO QUE ME COMUNIQUEN ACERCA DE MI INFORMACION DE SALUD/DENTAL POR LA SIGUIENTE VIA:

Telf. Cel       Telf. Casa       Telf. Trabajo       Texto       Correo Electrónico       Ninguno de los anteriores

YO AUTORIZO QUE ME CONTACTEN ACERCA DE SERVICIOS, EVENTOS, INCLUYENDO EVENTOS ESPECIALES DE LA CLINICA PARA COMUNIDAD VIA:

Telf. Cel       Telf. Casa       Telf. Trabajo       Texto       Correo Electrónico       Ninguno de los anteriores

Al firmar este formulario de HIPAA el paciente reconoce y autoriza a que esta oficina pueda recomendar productos o servicios para promover y mejorar su salud. Esta oficina no recibe compensación de esas compañías. Nosotros, bajo los avisos más recientes de las Reglas de HIPAA Omnibus, le proveemos esto para su información y consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Para uso de esta oficina solamente/Office use only

As privacy officer, I attempted to obtain the patients (or representative) signature on the Acknowledgement but did not because:

\_\_\_ It was emergency treatment

\_\_\_ I could not communicate with the patient

\_\_\_ The patient refused to sign

\_\_\_ The patient was unable to sign because:

\_\_\_ Other(please describe) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Privacy Officer

Nombre Del Paciente

Nombre del Paciente _____	Fecha de Hoy _____
Dirección Residencial _____	Fecha de Nacimiento _____
_____	Teléfono de la Casa _____
Nombre del Trabajo _____	Teléfono Celular _____
_____	Número de Seguro Social _____

### HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Médico \_\_\_\_\_ Teléfono de la Oficina \_\_\_\_\_ Fecha del Ultimo Examen \_\_\_\_\_

- |  |   |                                     |       |       |   |                                       |                                   |  |                                   |                                     |   |                               |       |
|--|---|-------------------------------------|-------|-------|---|---------------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------|-------|
| <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>1. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un procedimiento quirúrgico o una enfermedad grave? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Está tomando algún medicamento, incluyendo medicinas sin receta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p style="margin-left: 20px;">Si afirmativo, ¿cuáles son? _____</p> <p>4. ¿Usted fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Ingiere bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Usa usted lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>7. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes medicamentos?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Sí No</td> <td style="width: 33%;">Sí No</td> <td style="width: 33%;">Sí No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anestésicos Locales (por ejemplo, novocaína)</td> <td><input type="checkbox"/> Barbitúricos</td> <td><input type="checkbox"/> Aspirina</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos</td> <td><input type="checkbox"/> Sedantes</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos a base de sulfa</td> <td><input type="checkbox"/> Yodo</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>8. Si Es Mujer:</p> <p>a) ¿Está usted o cree que podría estar en estado de embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b) ¿Está dando el pecho a su bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | Sí No                               | Sí No | Sí No | <input type="checkbox"/> Anestésicos Locales (por ejemplo, novocaína) | <input type="checkbox"/> Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> Sedantes | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Medicamentos a base de sulfa | <input type="checkbox"/> Yodo | _____ |
| Sí No  | Sí No   | Sí No                               |       |       |   |                                       |                                   |  |                                   |                                     |   |                               |       |
| <input type="checkbox"/> Anestésicos Locales (por ejemplo, novocaína)  | <input type="checkbox"/> Barbitúricos   | <input type="checkbox"/> Aspirina   |       |       |   |                                       |                                   |  |                                   |                                     |   |                               |       |
| <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos   | <input type="checkbox"/> Sedantes   | <input type="checkbox"/> Otro _____ |       |       |   |                                       |                                   |  |                                   |                                     |   |                               |       |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos a base de sulfa  | <input type="checkbox"/> Yodo   | _____                               |       |       |   |                                       |                                   |  |                                   |                                     |   |                               |       |

9. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensión</p> <p><input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre Reumática</p> <p><input type="checkbox"/> Tobillos Hinchados</p> <p><input type="checkbox"/> Mareos/Ataques Repentinos</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotensión</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> Leucemia</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones</p> <p><input type="checkbox"/> Infección de SIDA o HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Problema de Tiroides</p> | <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Marcapaso Cardíaco</p> <p><input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco</p> <p><input type="checkbox"/> Angina</p> <p><input type="checkbox"/> Cansancio Frecuente</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Enfisema</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer</p> <p><input type="checkbox"/> Artritis</p> <p><input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulación o implante</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis/Ictericia</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas Estomacales/Ulceras</p> | <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho</p> <p><input type="checkbox"/> Ataques de Falta de Aire</p> <p><input type="checkbox"/> Apoplejía</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre de Heno/Alergias</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculosis</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia de Radiación</p> <p><input type="checkbox"/> Glaucoma</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de Peso Reciente</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado</p> <p><input type="checkbox"/> Problema del Corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas respiratorios</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> |
|--|---|---|

**Observaciones**

---



---



---

**¿Cómo encontró nuestra Oficina?**

---



---



---

### HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Siente dolor en alguno de los dientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Tiene alguna herida o abultamiento en o alrededor de la boca? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Ha sufrido alguna vez una lesión en la cabeza, en el cuello o en la mandíbula? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Alguna vez ha padecido de alguno de los siguientes problemas en la mandíbula?</p> <p style="margin-left: 20px;">a) ¿Ruidos ligeros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p style="margin-left: 20px;">b) ¿Dolor (en la articulación, el oído, o en el lado de la cara)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p style="margin-left: 20px;">c) ¿Dificultad al abrir o cerrar la boca? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p style="margin-left: 20px;">d) ¿Dificultad al masticar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>8. ¿Padece usted de dolores de cabeza frecuentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. ¿Aprieta o cruje usted los dientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. ¿Se muerde los labios o el interior de las mejillas con frecuencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. ¿Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. ¿Se le ha practicado algún trabajo de ortodoncia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. ¿Ha recibido instrucción sobre el método correcto de cepillarse los dientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>15. ¿Ha recibido instrucción sobre el cuidado de las encías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
|---|---|

Certifico que he leído y entendido la información anterior. Las preguntas anteriores han sido contestadas con exactitud, a mi mejor saber y entender. Entiendo que suministrar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

<b>FIRMA</b>	<p style="font-size: 2em; margin: 0;">X</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">Paciente, Madre/Padre, o Responsable</p>	<p style="font-size: small; margin: 0;">Fecha</p>
--------------	--	---