

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 de 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?	<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.

INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE EL PACIENTE

De cuenta _____

Tipo de cuenta: Efectivo _____ Aseguranza _____ Otro _____

Primer nombre del paciente: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ #de seguro social: _____ Sexo: M ___ F ___ Casado: _____ Soltero(a): _____

de telefono de casa: _____ # Alternativo: _____ # de Compania: _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ZONA POSTAL: _____ E-MAIL: _____

ASEGURANZA PRIMARIA/MEDI-CARE INFORMACIÓN:

Nombre del asegurado(a): _____ Relación con el paciente: _____

Seguro social de persona: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre de compania: _____

Dirección de compania: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Telefono de la compania: _____ Nombre de aseguranza: _____

de poliza o grupo: _____ Nombre de identificación del programa estatal: _____

ASEGURANZA SECUNDARIA:

Nombre del asegurado(a): _____ Relación con el paciente: _____

Seguro social de persona: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre de compania: _____

Dirección de compania: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Telefono de la compania: _____ Nombre de aseguranza: _____

de poliza o grupo: _____ Nombre de identificación del programa estatal: _____

POR FAVOR ESCRIBA LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA:

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Ultima visita al dentista

¿Cuándo fué su última visita al dentista? _____ ¿Porque está usted aquí hoy? _____

¿COMO ESCUCHÓ USTED DE ESTA OFICINA? Pennysaver ___ Periodico ___ Ubicación ___ Trabajo ___ Volante ___ Feria de salud ___
 Paciente previo ___ Paginas amarillas ___ Cartel o anuncio ___ Publicación de esta semana ___ Publicaciones antiguas ___

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR

HE COMPLETADO CORRECTAMENTE ESTE CUESTIONARIO. HE INFORMADO A UD., TODOS LOS PROBLEMAS MEDICOS QUE TENGO, CONFORME A MI CONOCIMIENTO. Comprendo que todos los puentes, coronas, dentaduras postizas completas y parciales, constituyen trabajo hecho a la medida, por lo tanto la obligacion del costo total se contrae una vez que el procedimiento ha comenzado. Tambien comprendo que otros gastos pueden surgir si completar el procedimiento a su debido tiempo. Igualmente comprendo que los acuerdos de pagos relacionados con al seguro representan estimados/cotizaciones solamente, basandose en la ética de la práctica dental y en la informacion disponible sobre mi cobertura de seguro, y que en cualquier caso, yo soy responsable del pago de la cuenta. Tambien estoy de acuerdo en asistir a todos mis turnos/citas y reconozco, que se me puede cobrar si falto a mi turno/cita sin haber dado una notificación con 24 horas de anticipacion. He sido informado sobre todos los riesgos que puedo afrontar durante mi tratamiento dental y bajo anestesia. Por este medio doi mi consentimiento para que se me someta a estos servicios. Mediante mi firma a continuacion comprendo que ud., puede pedir un informe sobre mi historial de credito, y el de otros solicitantes. **Por este medio autorizo que se hagan pagos directamente al dentista nombrado a continuación, de los beneficios de seguro colectivo (en grupo) que de lo contrario se me pagarían a mi.**

Firma: _____

Fecha: _____

Historia Médica

Spanish

Nombre del paciente: _____ No. de Ident. del Paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta):

1. Sí No ¿Está en buena salud general?
2. Sí No ¿Han habido cambios en su salud durante el último año?
3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?
¿Si Sí, por qué? _____
4. Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____
Fecha de su último examen médico: _____ Fecha de su última cita dental: _____
5. Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. Sí No ¿Tiene algún dolor ahora?

II. HA NOTADO:

7. Sí No ¿Dolor de pecho (angina)?
8. Sí No ¿Los tobillos hinchados?
9. Sí No ¿Falta de aliento?
10. Sí No ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche?
11. Sí No ¿Tos persistente o tos con sangre?
12. Sí No ¿Problemas de sangramiento, moretes?
13. Sí No ¿Problemas nasales (sinusitis)?
14. Sí No ¿Dificultad al tragar?
15. Sí No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces?
16. Sí No ¿Vómitos con frecuencia, náuseas?
17. Sí No ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina?
18. Sí No ¿Marcos?
19. Sí No ¿Ruidos o zumbidos en los oídos?
20. Sí No ¿Dolores de cabeza?
21. Sí No ¿Desmayos?
22. Sí No ¿Vista borrosa?
23. Sí No ¿Convulsiones?
24. Sí No ¿Sed excesiva?
25. Sí No ¿Orina con frecuencia?
26. Sí No ¿Boca seca?
27. Sí No ¿Ictericia?
28. Sí No ¿Dolor o rigidez en las articulaciones?

III. TIENE O HA TENIDO:

29. Sí No ¿Enfermedades del corazón?
30. Sí No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón?
31. Sí No ¿Soplos en el corazón?
32. Sí No ¿Fiebre reumática?
33. Sí No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias?
34. Sí No ¿Presión sanguínea alta?
35. Sí No ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares?
36. Sí No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado?
37. Sí No ¿Problemas del estómago, úlceras?
38. Sí No ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos látex?
39. Sí No ¿Familiars con diabetes, problemas de corazón, tumores?
40. Sí No ¿SIDA?
41. Sí No ¿Tumores, cáncer?
42. Sí No ¿Artritis, reuma?
43. Sí No ¿Enfermedades de los ojos?
44. Sí No ¿Enfermedades de la piel?
45. Sí No ¿Anemia?
46. Sí No ¿Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)?
47. Sí No ¿Herpes?
48. Sí No ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga?
49. Sí No ¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales?
50. Sí No ¿Diabetes?

VI. TIENE O HA TENIDO:

51. Sí No ¿Tratamiento psiquiátrico?
52. Sí No ¿Tratamientos de radiación?
53. Sí No ¿Quimioterapia?
54. Sí No ¿Válvula artificial del corazón?
55. Sí No ¿Articulación artificial?
56. Sí No ¿Hospitalizaciones?
57. Sí No ¿Transfusiones de sangre?
58. Sí No ¿Cirugías?
59. Sí No ¿Marcapasos?
60. Sí No ¿Lentes de contacto?

V. ESTÁ TOMANDO:

61. Sí No ¿Drogas de uso recreativo?
62. Sí No ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)?
63. Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo?
64. Sí No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)?

Liste por favor: _____

VI. SÓLO PARA MUJERES:

65. Sí No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho?
66. Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

67. Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

REVISIÓN SUPLEMENTARIA:

1. Firma del Paciente _____ Fecha _____
2. Firma del Paciente _____ Fecha _____
3. Firma del Paciente _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO

(adjunte la etiqueta del paciente aqui)

Al leer y firmar esta forma yo entiendo 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 pueden ser incrementada por el uso del alcohol y otras drogas. Se me ha aconsejado que no consuma alcohol ni que opere ningún vehículo o aparato peligroso mientras estoy tomando medicinas y/o drogas, o hasta que me haya recobrado completamente de sus efectos (esto incluye un periodo de por lo menos de 24 horas después de que se me de de alta de la cirugía).

Entiendo que ocasionalmente, al inyectarme un anestésico local, entumecimiento o ardor en los labios, puede que experimente en el área de la inyección una anestesia persistente y prolongada o irritación.

Entiendo que se selecciono el uso de óxido nitroso, "Atarax," Hidrato de cloral, "Zanax o cualquier otro sedativo, existirían posibles riesgos que incluyen, pero no se limitan a la pérdida de el conocimiento, la obstrucción de la vía respiratoria, choque anafiláctico, paro cardíaco.

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 visita 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 al la higiene oral adecuada (por ejemplo: lavarse los dientes y utilizar seda dental) y el visitar regularmente al doctor.

PERIODONCIA: Entiendo que tengo una condición sería, la cual resulta la inflamación de las encías y el hueso, y/o pérdida, 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 o extracciones. También entiendo que aunque estos tratamientos tienen una gran posibilidad de éxito, éste no puede ser asegurado. Ocasionalmente, los dientes tratados podrían necesitar la extracción. Iniciales _____

[] 3. EXTRACCION DE LOS DIENTES:

Entiendo que el proposito del procedimiento/cirugia es el de dar tratamiento y posiblemente corregir mis tejidos orales enfermos. el médico me ha aconsejado que si esta condición persiste sin tratamiento o cirugía, mi condición oral acutal probablemente se empeorará 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 experimento los márgenes de la corona); dientes sueltos; sanamiento tardío (alvéolo seco) y/o infección (exigiendo recetas médicas o tratamiento adicional, por ejemplo; la cirugía).

B. Lesión a los dientes adyacentes, coronas (revestimientos) o rellenos (que necesiten la recimentación de coronas, el reemplaza de rellenos, la fabricación de coronas o la extracción) o lesiones a otros no dentro del área quirúrgica descrita.

C. Limitación de las aperturas; endurecimiento de los músculos de la cara y/o del cuello; cambios en la ordisa; dificultad en la coyuntura temporomandibular (conyuntura de la mandibula); posiblemente exigiendo terapia física o cirugía.

D. Fragmentos residuales de la raíz o espículas dejadas cuando la extracción completa hubiera necesitado de una cirugía extensa o de complicaciones quirúrgicas innecesarias.

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 superiores) 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 _____

Do mi consentimiento para que el médico lleve a cabo el tratamiento/procedimiento/cirugía previamente explicado a mí o otros procedimientos que se hayan considerados necesarios para completar la operación planeada.

Si cualquier condición no prevista surgiera durante el transcurso de la operación, se acude del médico o a procedimientos en añadidura o diferentes de aquellos ahora contemplados, y por lo tanto pido y autorizo al médico para que haga lo que él o ella considere aconsejable, incluyendo el referir a otro dentista o especialista. También entiendo que el costo de esta referencia será mi responsabilidad. Iniciales _____

[] 4. RESTAURACIONES:

Se me ha aconsejado de la necesidad de restauraciones ya sea de plata o compuestas (plasticas), para reemplazar la estructura dental que se ha perdido debido a la caries. Entiendo que al pasar el tiempo, las restauraciones necesitarán ser reemplazadas debido al desgaste del material. En casos donde permanezca muy poca estructura dental o donde la estructura dental existente se ha fracturado, yo podría necesitar recibir un tratamiento mas extensivo (como lo es el tratamiento de nervio radicular, poste y construcción de poste y coronas), lo cual necesitaría se cobrado por separado.

Entiendo que la restauracion de amalgama de plata es un procedimiento aceptable de acuerdo a la Asociación Dental Americana, y como tal, es un tratamiento utilizado por lo Grupo Pico Dental. Se me han explicado las ventajas y desventajas de materiales alternativos. Iniciales _____

[] 5. TRATAMIENTO ENDODONTICO (TERAPIA DEL CANAL RADICULAR):

El propósito y el método de la terapia del canal 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 canal radicular mi diente estará quebradizo y debe ser protegido contra fracturas, colocando una corona (revestimientos) sobre el diente.

Entiendo que los riesgos del tratamiento pueden incluir, pero no están limitados a los siguiente:

A. Incomodidad post-operativa que puede incluir, durar unas cuantas horas o varios días, para la cual se recetará medicamentos si se considera necesario por el médico.

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 más.

C. Infección.

D. Apertura restringida de la mandíbula.

E. Rompimiento de los instrumentos del conducto radicular durante el tratamiento, los cuales a el juicio del doctor se pueden dejar en el conducto radicular tratado o hueso como parte de la material del relleno; o tal vez necesite cirugía.

F. Perforación del canal radicular con instrumentos, los cuales podrían necesitar tratamiento quirúrgico adicional o resultar en la pérdida prematura e diente o extracción.

G. Riesgo de entumecimiento temporal o permanente en las áreas tratadas.

Entiendo que un procedimiento de pulpotomía o "abierto y medicamiento" que se lleva a cabo no es un tratamiento permanente y que necesito pagar para terminar la terapia del conducto radicular. Si el tratamiento del conducto radicular no es finalizado, me expongo a una infección y/o la pérdida del diente.

Si nos lleva a cabo la terapia del conducto radicular, el tratamiento podría tener que repetirse, se podría necesitar la cirugía del conducto radicular o diente tendría que ser extraído. Iniciales _____

[] 6. CORONA Y PUENTE (REVESTIMIENTO):

Entiendo que a veces no es posible copiar el color de diente natural exactamente con el diente artificial. 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 conductor radicular.

Entiendo que al igual que los dientes naturales, las coronas u los puentes necesitan mantenerse limpios con una higiene oral adecuada y limpiándose periódicamente; de otra manera e pueden desarrollar las caries por debajo y/o alrededor de la restauración, lo que lleva a más tratamiento dental. Iniciales _____

[] 7. DENTADURAS - COMPLETAS O PARCIALES:

Los problemas de llevar dentaduras postizas me han sido explicados, incluyendo los aflojamiento, dolencias y la posible ruptura y rebasamiento debido al cambio del tejido. Las citas de seguimiento son una parte íntegra del mantenimiento y el éxito de un aparato protético. Los puntos persistentes de dolor deben ser examinados inmediatamente por el médico.

Entiendo además que la intervención quirúrgica para la extracción (por ejemplo, torus/hueso, reconstrucción del hueso o implantes) podría ser necesario para ser adecuadamente ajustados. Entiendo además que debido a la pérdida del hueso o de otros factores que compliquen la situación, quizás nunca podrá utilizar dentaduras a mi satisfacción. Iniciales _____

[] 8. DENTISTERIA DE NIÑOS:

Entiendo que los siguientes procedimientos se utilizan rutinariamente en Pico Dental Group 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 abrazo o regalitos o juguete.

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 que desorganiza e interrumpe.

C. EJERCICIOS DE MANO SOBRE LA BOCA: Al niño que desorganiza e interrumpe se le dice que se le va a colocar una mano sobre la boca. Cuando la mano ha sido colocada, el dentista la habla directamente al oído de niño y le dice que si la bulla y le interrupción cesan le quitará la mano. Cuando la bulla cesa se le quita la mano al niño y se le alaba por haber cooperado. Si la bulla vuelve a ocurrir. Se lo coloca la mano en la boca de nuevo y se repite el ejercicio. En ningún momento se debe restringir la comunicación oral.

D. RESTRICCIÓN FÍSICA: Es el restringir los movimientos del niño destinados a desorganizar e interrumpir aguantando sus manos, la parte superior del cuerpo, la cabeza y/o las piernas, utilizándose la mano o el brazo del dentista o del asistente, o por la utilización de un aparato especial (llamado la "tortuga de papoose").

E. OXIDO NITROSO Y/O SEDACION ORAL: El óxido nitroso es un gas suave que se mezcla con oxígeno y se utiliza para sedar a una persona. Se administra a través de una máscara colocada en la nariz del niño. Las sedaciones orales son medicamentos administrados a los niños para ayudarlos a relajarse. Con su utilización, el padre o tutor debe entender que el niño no debe comer o tomar por un periodo de cuatro horas previas a la cita para la sedación. El padre o tutor debe estar disponible para acompañar al niño a casa después del procedimiento de sedación y observar su comportamiento a través del día.

Entiendo que con la utilización de la inyección, 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 en él 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 bebé" para una evaluación y la posibilidad de que se necesite una extracción. Iniciales _____

ENTIENDO QUE NO SE HA DADO NINGUNA GARANTIA O SEGURIDAD QUE EL TRATAMIENTO PROPUESTO SERA CURATIVO O EXITOSO A ENTERA SATISFACCION. CONVENGO EN COOPERAR COMPLETAMENTE CON LAS RECOMENDACIONES DEL DOCTOR MIENTRAS ESTOY BAJO SU CUIDADO, ENTENDIENDO 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 PALABRAS CONTENIDAS EN LA PRESENTE Y DOY MI CONSENTIMIENTO A LA OPERACION Y A LAS EXPLICACIONES REFERIDAS O HECHAS. SE ME ANIMADO A PREGUNTAR, Y QUE ME CONTESTEN A MI ENTERA SATISFACCION.

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

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

Doctor: _____ Testigo: _____