



Ultimate Comprehensive Dentistry
4307 N. Central Ave – Chicago, IL 60634
Phone: 1(773) 286-0300 – Fax: 1(773) 286-0340
E-mail: lavagnollidds@yahoo.com
Website: ucdentistry.com

Poliza de la Oficina

BENEFICIOS DEL SEGURO & ESTADOS DE CUENTA

Bienvenidos a nuestra oficina dental! Verificación de beneficios de su compañía de seguro es un gesto de cortesía hacia usted. Sin embargo, no aceptamos la responsabilidad de cualquier información incorrecta aportada por su seguro con respecto a sus ventajas o beneficios (co-pay / co-insurance, o planes de ventajas). Nosotros no podemos garantizar la porción exacta que su seguro realmente va a pagar. No cobramos por llenar formas a su seguro por los procedimientos echos, y tan poco la forma es garantía de pago. Los pagos por los servicios prestados a usted o sus dependientes serán pagados directamente a esta oficina. Los honorarios como deductibles y co-insurance son de su responsabilidad y deben ser pagados en el día del servicio prestado. Nosotros no somos responsables de obtener explicación por servicios no pagados, o no cubiertos por su compañía de seguro. Si su seguro nos paga menos de la porción estimada, nosotros automáticamente le cobraremos a su tarjeta de credito, o le enviaremos un estado de cuenta con su balance. El saldo debe ser **totalmente pagado en un periodo maximo de 30 dias. Un interés mensual de 3% se incluirá en las cuentas que presenten balance.** Si usted no posee ningún tipo de seguro, se espera el pago en su totalidad en el mismo día del servicio prestado (ha menos que usted haya hecho un acuerdo con el manager **para un plan de pago extensivo**).

MANERAS DE PAGO

- En **EFFECTIVO**
- **Tarjetas de: Debito o Credito** (Visa, MasterCard, Discover)
- **CHEQUE Personal:** una verificación automatic sera hecha para verificar sus fondos disponibles. En caso de que usted no tenga fondos disponibles, le podemos negar la aceptacion de su cheque (cheque devuelto se le cobrar una tarifa de \$35)
- **Facturación Automatica** de su Tarjeta de Credito (en casos de balance del seguro o tratamiento extensivo) * *Llenar la forma: Pre-authorized Healthcare.*

PLAN DE TRATAMIENTO

El costo exacto de su tratamiento estará basado en el trabajo realizado y en los costos que normalmente serán cargados cuando los procedimientos estén completos. Le haremos un estimado de lo que sea necesario para su tratamiento dental, después que usted venga para su Examen Inicial (limpieza). Así usted podrá planear de acuerdo con su presupuesto. Si usted llega tarde para su cita nosotros no le podemos garantizar que todavía le podemos atender en este día, sujeto a aprobación del doctor. **Los estimados serán mantenidos por 90 días, después de este tiempo los costos serán reajustados y reflejaran un incremento en los costos.**

NOTA IMPORTANTE

Haremos cargos por citas **no asistidas y/o canceladas** en menos de un periodo de **48 horas al tiempo reservado por paciente, por cada cita faltado sin avisarnos hay un carga de \$90.** Por favor tenga consideración de nosotros y tambien a los pacientes que presentan cierta urgencia y contactenos con tiempo si no podra venir a su cita. Pacientes que tengan **balance pendiente necesitan pagar por completo su balance antes de darmos nueva cita.**

DEBEMOS ENFAZTIZAR DE NUEVO QUE ESTO ES SOLO UN ESTIMADO. NUESTROS HONORARIOS ESTAN BASADOS EN LA CALIDAD DE CUIDADOS QUE PROVEEMOS, NO EN UN IMAGIANRIO COSTO “UCR” O EN LO QUE SU COMPANIA DE SEGURO QUIERA PAGAR.

Certifico que he leído y entendido y estoy de acuerdo con esta poliza y acuerdo financiero. Si fallo en un pago o no completo los pagos acordados, entiendo que mi cuenta será enviada a colección y estará reflejado en mi reporte de crédito y soy responsable por todos los cargos adicionales que pueden acumularse.

Firma del Padre o Representante Legal _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente: _____ Relacion con el paciente: _____

Consentimiento para Tratamiento Dental



Ultimate Comprehensive Dentistry
4307 N. Central Ave – Chicago, IL 60634
Phone: 1(773) 286-0300 – Fax: 1(773) 286-0340

Nombre del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Los pacientes deben completar los siguientes puntos del 1- 4 y según sea necesario de 5 - 12.

1. **Exámenes y Rayos X:** Entiendo que la primera visita requiere radiografías para completar la examinación, diagnóstico y tratamiento. Comprendo que los trabajos que se me realizarán se harán conforme a lo detallado en el plan de tratamiento adjunto.

Iniciales: _____

2. **Drogas, Medicación y Sedación:** He recibido información sobre el hecho de que los antibióticos, analgésicos y cualquier otra medicación pueden causar reacciones alérgicas causando el enrojecimiento, o inflamación de tejidos, dolor, començon, vómito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa) y comprendo tal hecho. Le he informado al dentista sobre las reacciones alérgicas que sé que padezco. Entiendo que medicamentos pueden provocar somnolencia, pérdida de conciencia y de coordinación, las cuales pueden incrementarse por el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y estoy completamente de acuerdo con que no debo conducir ningún vehículo ni utilizar ningún aparato peligroso por lo menos durante las 12 horas posteriores a la medicación o hasta estar recuperado totalmente de los efectos de la anestesia, la medicación y las drogas que se me puedan haber suministrado para mi cuidado. Comprendo que toda administración de medicamentos recetados que no cumpla con la prescripción médica recibida puede presentar riesgos de continuidad de la infección y del dolor o de incremento de la gravedad de éstos y riesgos de una potencial resistencia al tratamiento efectivo de mi enfermedad. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales (píldoras para el control de la natalidad).

Iniciales: _____

3. **Modificaciones en el Plan de Tratamiento:** Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario modificar o agregar procedimientos debido a que, al trabajar en los dientes, se encuentren enfermedades que no se detectaron en el momento de la examinación. El más común es la endodoncia (tratamiento del conducto radicular), seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Autorizo al dentista a realizar todos los cambios y agregados que sean necesarios.

Iniciales: _____

4. **Disfunción de la Articulación Temporomaxilar:** Entiendo que pueden intensificarse o parecer sonidos extraños en la mandíbula, bloqueo de ésta y dolor en la articulación del maxilar inferior (cerca del oído) después de los tratamientos dentales de rutina en donde la boca permanece abierta. Aunque los síntomas de disfunción de la articulación temporomaxilar asociados al tratamiento dental generalmente son transitorios por naturaleza y perfectamente tolerados por la mayoría de los pacientes, entiendo que se surge la necesidad de un tratamiento, seré referido a un especialista y que yo seré responsable de su costo.

Iniciales: _____

5. **Restauraciones:** Entiendo que puede ser necesaria una restauración mas extensa que la que se diagnosticó originalmente debido a caries adicionales o a que durante la preparación se encuentre una estructura dental sin apoyo. Esto puede hacer necesarias otras medidas para devolver al diente su funcionamiento normal. Algunas pueden ser la endodoncia (tratamiento de conducto radicular), las coronas o ambos. Entiendo que debo tener cuidado al masticar sobre los empastes (amalgamas solamente) durante las primeras 24 horas para evitar que se rompan. Comprendo que la sensibilidad en un efecto secundario común de un empaste recién colocado.

Iniciales: _____

6. **Extracción de Dientes:** Me han explicado las alternativas a una extracción de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugía periodontal, etc) y autorizo al dentista a extraerme los siguientes dientes _____ y cualquier otro que sea necesario según descritos en el párrafo #3. Entiendo que al extraer los dientes no siempre se remueve toda la infección, si la hay, y puede ser necesario realizar un tratamiento adicional. Comprendo los riesgos que implica una extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, propagación de la infección, alvéolo seco, senos descubiertos, pérdida de sensibilidad en los dientes, los labios, la lengua y tejido circundantes (parestesia) que puede durar por un período de tiempo indefinido, o mandíbula fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto.

Iniciales: _____

7. **Coronas, Puentes y Carillas y Enlaces:** a) Entiendo que algunas veces no es posible igualar el color de un diente natural con un diente artificial. Comprendo además que puedo usar coronas temporales, las cuales pueden caerse fácilmente, y que debo tener cuidado para asegurarme que permanezcan fijas hasta que me entreguen las coronas permanentes. Estoy enterado que la última oportunidad de hacer cambios a mi nueva corona, puente o carilla (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré *antes de la cementación*. Se me han explicado que, en muy pocos casos, los procedimientos cosméticos pueden producir la necesidad de un futuro tratamiento de conducto radicular, el cual no siempre puede detectarse con anticipación o pronosticarse. Entiendo que los procedimientos cosméticos pueden afectar la superficie del diente y requerir modificaciones en los procesos de higiene diaria. También es mi responsabilidad regresar al dentista para una cementación permanente dentro de los 20 días posteriores al alistamiento de dientes. Demoras excesivas en la visita al dentista pueden causar caries, movimiento dentales, enfermedades de encía o problemas de mordida. Esto puede requerir una nueva corona, puente o carilla. Entiendo que habrá gastos adicionales por la nueva corona, puente o carilla o otro tratamiento debido a la demora en realizar la cementación permanente.

Iniciales: _____

* b) Elijo seguir la recomendación del dentista de utilizar puro metal noble en vez de metal básico en la fabricación de mi corona o puente.

Iniciales: _____

(* Solamente para algunos casos).

* c) Elijo realizar un puente fijo o implantar (un reemplazo de los dientes perdidos) en vez de un aparato movable. Entiendo que este puente fijo o implante y la corona pueden no estar incluidos dentro de la cobertura de mi póliza de seguro. *Iniciales:* _____

8. **Prótesis (Dentaduras) - Total o Parcial:** Estoy informado de que las dentaduras postizas son artificiales, y son construidas de plástico, metal y/o porcelana. He recibido información detallada sobre los problemas que pueden surgir por usar estos aparatos, incluyendo aflojamiento, dolor, movilidad de los dientes, y posible ruptura. Entiendo que la oportunidad de hacer cambios en mi nueva prótesis (incluyendo : la forma, adaptación, tamaño, colocación y color) la tendré cuando asista a la consulta para probarme los "dientes en cera". La prótesis de inserción inmediata (colocación luego después de las extracciones) pueden ser molestas en el principio y necesitar varios ajustes y rebasados. Luego será necesario realizar un rebasado permanente de la prótesis o colocar un segundo conjunto de prótesis. Esto no está incluido en el costo inicial de la prótesis. Entiendo que la mayoría de las dentaduras necesitan ser rebasadas aproximadamente de 3—12 meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en el costo inicial de la prótesis. Comprendo que es mi responsabilidad regresar al dentista para la entrega de las prótesis e que el incumplimiento de las citas de entrega puede tener como resultado una adaptación incorrecta. Si es necesaria una nueva prótesis debido a mi demora superior a 30 días, habrá costos adicionales. *Iniciales:* _____

9. **Endodoncia (Terapia de Conducto Radicular):** Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular podrá salvar mi diente, y que pueden presentarse complicaciones por el tratamiento. Ocasionalmente, el material del tratamiento puede extenderse más allá de ápice dental, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. También me informaron que las limas endodónticas y los ensanchadores son instrumentos muy delicados y que las tensiones pueden separarlos durante su uso. Podiendo necesitarse procedimientos cirurgicos adicionales luego después del tratamiento del ápice radicular (apicoectomia). El diente puede estar sensible durante el tratamiento y incluso permanecer así por algún tiempo. Una de las razones principales por las que las endodoncias fallan es la fractura de la raíz, que es difícil de detectar. Debido a que los dientes con endodoncia son más frágiles después que se extrae el nervio, se necesita una corona para fortalecer y preservar el diente. Comprendo que el diente puede perderse a pesar de todos los esfuerzos realizados para salvarlo. *Iniciales:* _____

10. **Tratamiento Periodontal:** Entiendo que tengo una enfermedad grave, que esta causando inflamación de la encía o pérdida de hueso, y que puede conducir a la pérdida de mis dientes. He recibido información detallada sobre planes de tratamiento alternativos, entre ellos, la limpieza no quirúrgica, la cirugía de encía o las extracciones. Entiendo que el éxito de cualquier tratamiento depende, en parte, de mi esfuerzo por cepillar los dientes y limpiarlos con hilo dental diariamente, por recibir limpiezas regulares según se indique, por seguir una dieta saludable, por evitar productos a base de tabaco y por seguir otras recomendaciones. Entiendo que la enfermedad periodontal puede tener un efecto negativo en el futuro, a largo plazo de mi condición periodontal. *Iniciales:* _____

11. **Blanqueamiento:** El blanqueamiento es un procedimiento realizado en el consultorio (aproximadamente 1 hora) o con receptáculos de uso doméstico (durante 2-4 semanas). El grado de coloración blanca varía con cada individuo. El paciente logra cambios importantes (de 1-3 tonos de la guía dental). El café, el té y el tabaco mancharán los dientes después del tratamiento y deberán evitarse durante, por lo menos, las 24 horas posteriores. Entiendo que puedo experimentar sensibilidad en los dientes o inflamación de la encía, las cuales desaparecerán cuando se termine el tratamiento. El dentista puede prescribir tratamientos de fluoruro para aquellos extraños casos de sensibilidad persistente. El peróxido de carbamida y otras soluciones de peróxido utilizados para blanquear están aprobadas por la FDA (Administración de Farmacos y Alimentos) como antisépticos bucales. Su utilización como agentes blanqueadores posee riesgos desconocidos. La aceptación del tratamiento implica la aceptación de los riesgos. Se les aconseja a las mujeres embarazadas consultar con su médico antes de comenzar el tratamiento. *Iniciales:* _____

12. **Odontología Infantil:** 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 abrazo y/o regalitos. **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 perturbante. **c) Represión física:** Es el restringir los movimientos perturbantes del niño deteniendo sus manos, la parte superior del cuerpo, la cabeza y/o las piernas, utilizando su mano o brazo el dentista o el asistente. Entiendo que con la inyección, utilizada para adormecer el área para el procedimiento dental, existe la posibilidad de que el niño, sin darse cuenta, se muerda el labio causando una lesión. Comprendo que la necesidad de volver a la oficina, para que el niño sea evaluado, si no cesa la hinchazón o el dolor, después de un período suficiente de tiempo. Entiendo que existe la necesidad de volver a la oficina en un período de 3 meses después del tratamiento de nervio (s) de un diente primario (diente de leche) para una evaluación y la posibilidad de que para entonces necesite una extracción. *Iniciales:* _____

13. Durante el tratamiento dental todas las formas de exámenes (rayos x: 2D o 3D, fotos, modelos de estudio) pueden que sean enviados para otras instituciones o profesionales o usadas para propósitos educativos, libros, panfletos, etc. sin límites de uso o para cualquier propósito. En este caso toda su información será mantenida confidencialmente (no publicando nombre, dirección o otros datos privados como manda el HIPAA). Todo material será exclusivamente propiedad de esta oficina. Yo doy mi total consentimiento de uso, título y interés con este material adquirido de mí o mi familiar por el cual yo soy responsable. *Iniciales:* _____

Entiendo que la Odontología no es una ciencia exacta y, por lo tanto, profesionales más respetados no pueden garantizar los resultados. Admito que nadie me ha garantizado o asegurado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado para mí o mi hijo(a), menor de edad. También entiendo que ningún otro dentista o entidad corporativa, que no sea la del dentista que me atiende, es responsable por mi tratamiento dental. Reconozco haber recibido instrucciones posoperatorias y las comprendí, y que seré citado para regresar en una fecha determinada. Al leer y firmar yo entiendo que el español es mi idioma.

Firma del Paciente, Padre o Tutor legal

Relación con el paciente

Fecha

BIENVENIDO

Gracias por su selección de nuestra Oficina Dental.
Haremos todo lo posible para proveer lo mejor en calidad de servicios dentales que usted está buscando!



Ultimate Comprehensive Dentistry
4307 N. Central Ave – Chicago, IL 60634
Phone: 1(773) 286-0300 – Fax: 1(773) 286-0340
E-mail: lavagnollids@yahoo.com

Website: ucdentistry.com

1. Información sobre el Paciente

Nombre: _____ Fecha de Hoy: ____/____/____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Hombre Mujer / Sr. Sra. Srta. Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____
(mes) (día) (año)

Niño (menor) Soltero (a) Casado (a) Separado (a) / Divorciado (a)

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Licencia (ID#) _____ Estado: _____

Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: (____) _____ Tel. Celular: (____) _____
*E-Mail: _____

Trabajo: _____ Ocupación: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: (____) _____ E-Mail: _____

Dentista General: (Anterior/ Actual) _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: (____) _____ E-Mail: _____

Otra persona de la familia que es paciente con nosotros: _____
A quien le podemos agradecer la referencia? _____
Por favor describa la razón por la que veniste? _____

Contacto de emergencia: Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

2. Información del Esposo (a)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre) (mes) (día) (año)

Dirección (Si diferente del paciente): _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: (____) _____ Tel. Celular: (____) _____
E-Mail: _____

Trabajo: _____ Ocupación: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: (____) _____

3. Cuenta (Solamente si diferente de la información del paciente. Su cuenta estará bajo a este nombre)

Persona responsable por esta cuenta: _____ Parentesco: _____
Dirección (Si diferente del paciente): _____
Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Licencia (ID#) _____ Estado: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Tel. para contacto: (____) _____ Mejor horario para llamar: ____:____ am / ____:____ pm



Historia Médica del Paciente

1. Paciente

Fecha de hoy: ___/___/___

Nombre: _____ Referido por: _____
(Apellido) (Primer nombre) (medio nombre)

Hombre Mujer ; Sr. Sra. Srta. Dr. Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____
(mes) (día) (año)

Persona llenando este reporte : Paciente (si maior de 21 año)
 Responsable (si menor de 21 año) Nombre: _____
 Parentesco con el paciente: _____

2. Doctor

Nombre: _____ Tel. #: (_____) _____ Ultimo examen: ___/___/___

3. Historia Médica

¿ Está ahora bajo tratamiento médico?..... Si No
 Si es así, explique porfavor: _____

¿Ha sido hospitalizado por una operacion o enfermedad seria?..... Si No
 Si es así, explique porfavor: _____

¿Está tomando alguna droga o medicina? (includy: receta /o no / o suplementos herbales)..... Si No
 Si es así ¿que está tomando? _____

¿Es usted, alergico o ha tenido un reacción a estas substancias: (Aspirina, Barbitúricos, Codeina, Anestésico local, Yodo, Látex, Penicilina o otros antibióticos, Sedantes, Sulfamidas, Metales) o OTRO? (Includy: Medicinas, Comida o estacion)..... Si No
 Si es así, favor enumerar:: _____

¿Ha sufrido algun golpe en la cara o cabeza?..... Si No
 Si es así, explique porfavor: _____

¿Ha alguna condicion usted siente que devria informarnos?..... Si No
 Si es así, explique porfavor: _____

¿Has usted tomado Phen-Fen/ Redux?..... Si No

¿Usa tabaco?..... Si No

¿Usa usted drogas ilicitas?..... Si No

Para mujeres solamente:

¿Está embarazada o piensa que sí.....?..... Si No

¿Está amamantando?..... Si No

¿Está tomando píldoras anticonceptivas?..... Si No

› Favor de marcar (✓) si **tiene o ha tenido** algunas de las condiciones siguientes:

<input type="checkbox"/> Adenoides removidas	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza (frecuente)	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Problema Mental
<input type="checkbox"/> Abuso alcohólico	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Hepatitis/ Ictericia	<input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral
<input type="checkbox"/> Abuso de droga	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación o implante
<input type="checkbox"/> Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/> Infección de SIDA o HIV	<input type="checkbox"/> Sinusitis (frecuente)
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Sufre de nervios
<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Enfermedad Periodontal (encías)	<input type="checkbox"/> Mareos/ Ataques repentinos	<input type="checkbox"/> Terapia de radiación
<input type="checkbox"/> Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Tiroides	<input type="checkbox"/> Marcapaso cardíaco	<input type="checkbox"/> Tos persistente
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad Urogenital	<input type="checkbox"/> Murmullos en el corazón (soplo)	<input type="checkbox"/> Tobillos hinchados
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso (severa)	<input type="checkbox"/> TMJ (articulacion quijada)
<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales/ ulceras	<input type="checkbox"/> Transfusion sanguine
<input type="checkbox"/> Ataque de parálisis	<input type="checkbox"/> Epilepia/ Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas Glandulares	<input type="checkbox"/> Transtorno Genético
<input type="checkbox"/> Cansancio frecuente	<input type="checkbox"/> Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Problemas respiratórios	<input type="checkbox"/> Trauma
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Presión alta (hipertensión)	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno/ alergias	<input type="checkbox"/> Presión baja (hypotensión)	<input type="checkbox"/> Tumores
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Problemas para dormir	

Certifico que he leído y entendido la información de arriba e he contestado todas las preguntas con exactitude, a mí mejor saber y entender. Entiendo que suministrar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

Firma del Responsable: _____ Fecha: ___/___/___
 Paciente, Madre, Padre, o Representante Legal



Historia Dental del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Favor de marcar **Si** o **No** para sus respuestas:

- ¿ Sientes algun dolor en los dientes, articulaci3n, oreja, quijada?..... Si No
- ¿ Le gustaria cambiar su sonrisa?..... Si No
- ¿ Son sus dientes sensible a l3quidos (caliente/ frio), presi3n, dulce o 3cidos?..... Si No
- ¿ Sangran sus enc3as cuando se cepillas o usa hilo dental?..... Si No
- ¿ Ha recibido instrucciones sobre: (cepillar/ usar hilo de dientes/ dieta)?..... Si No
- ¿ Ha tenido limpeza profunda en el pasado?..... Si No
- ¿ Ha perdido algun diente?..... Si No
- ¿ Ha tenido extracci3nes dificiles en el pasado?..... Si No
- ¿ Ha sangrado prolongadamente despu3s de una extracci3n?..... Si No
- ¿ Se la ha quebrado algun diente o se golpeado muy fuerte?..... Si No
- ¿ Tuviste alguna mala experiencia asociado con tratamiento dental?..... Si No
- ¿ Tiene bultos o llagas cerca de la boca?..... Si No
- ¿ Tiene usted dentadura postiza o parciales?..... Si No
- ¿ Ha tenido heridas o golpes en a la cabeza, cuello, o quijada?..... Si No
- ¿ Tienes habito de: (chupar el dedo/ jugar con la lengua/ u3as, cachete, labios, lapisero/ biberon/ chupon)?..... Si No
- ¿ Usted respira por la boca?..... Si No
- ¿ Tiene usted ruidos en la quijada?..... Si No
- ¿ Muerde los labios o las mejillas confrecuencia?..... Si No
- ¿ Tiene dolores de cabeza confrecuencia?..... Si No
- ¿ Sientes un “zumbido” en los 3idos?..... Si No
- ¿ Tienes dificultad en abrir o cerrar la boca?..... Si No
- ¿ Tienes dificultad al masticar?..... Si No
- ¿ Duermes con la mano abajo de su cara o almoadada?..... Si No
- ¿ Aprieta o muele los dientes?..... Si No
- ¿ Ha tenido tratamiento por un ortodoncista (frenos)?..... Si No
- ¿ Algun miembro de su familia ha usado frenos?..... Si No
- ¿ Interrumpiste tu tratamiento de frenos por insatisfacci3n?..... Si No
- ¿ Tocas algun instrument musical?..... Si No
- ¿ Praticas algun deporte?..... Si No

Orthodoncia (frenos) trae beneficios con relaci3n a: Est3tica, Salud y Funci3n. Esto es un servicio que ayuda en el mejoramiento de la apariencia de los dientes, de una funci3n general de los dientes, y tambien otros aspectos generales relacionados con la salud. Dientes, encias y quijada son partes esenciales y a vecez se reusan a responder al tratamiento. Si una buena hygiene dental **no** es practicada regularmente, c3ries y hinchaz3n de la enc3as pueden pasar. Se puede observar malestar en la quijada (TMJ) y tambien reabsorcion en un porcentaje pequena de las personas. Durante el trayecto de la vida de una persona es normal observar movimientos en los dientes, esto es normal y habr3 movimiento de los dientes hasta despues del tratamiento de frenos. Yo he leido y entiendo este p3rrafo, e tambien entiendo que los “records” — diagnosticos obtenidos de mi y mi nombre pueden ser usado a proposito de materiales educacionales y promocionales. Yo certifico que he contestado todas las preguntas con exactitud en la historia m3dica y dental.

Firma del Paciente o Padrede Paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____



Reconocimiento de Normas de Privacidad

ESTA NOTA DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN PRIVADA DE SALUD PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Usted tiene el derecho de leer el **Reconocimiento de Normas de Privacidad** de “UCD - Ultimate Comprehensive Dentistry” antes que usted decida firmar este consentimiento. Nuestro **Reconocimiento de Normas de Privacidad** proporciona una descripción de nuestras actividades para pagos de tratamiento, operaciones del sistema de salud (aseguradora), uso y acceso a su información de salud confidencial y privada. Por favor lea este aviso antes de firmar este consentimiento. Esta práctica se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad cuando sea necesario. Si se realizan cambios, usted será informado de un nuevo **Reconocimiento de Normas de Privacidad** que será emitido. Estos cambios pueden ser aplicados a cualquiera de su información de salud privada que mantengamos en archivo. Nos reservamos el derecho de proporcionar tratamientos adicionales en su favor o a favor de sus familiares o personas amparadas por usted bajo la ley.

La privacidad de su información de salud y información privada (nombre, fecha de nacimiento, teléfono, email e dirección residencial, número del seguro social, etc) pueden ser usados por nosotros de las siguientes maneras:

- A otros proveedores de salud (otros dentistas: periodontistas, cirujanos, endodontistas, médicos, etc) en relación con el tratamiento en esta oficina dental (para implantes, cirugías dentales, radiografías, fotografías y modelos de estudio, etc.);
- A seguros de salud
- A personas o entidades responsables a hacer pagos como: esposo (a), compañía aseguradora, empleadores con el propósito de reembolso, etc;
- A propósito de certificación con entidades licenciadoras y de acreditación (State Dental Boards, Dental Institutions, etc.) con el propósito de obtener certificación, licencia y acreditación;
- Interna entre los empleados que están involucrados con su tratamiento dental.
- A otros pacientes o terceros que accidentalmente envueltos que pueden escuchar cuando al hacer citas, o otras situaciones dentro de la oficina;
- A revelar alguna condición o discutir su tratamiento con sus familiares o amigos, con su permiso;

Autorizo a “UCD - Ultimate Comprehensive Dentistry” y empleados a:

- Entregar mis *records* a: hospitales, compañías aseguradoras: médico y/o dental, seguros propios, individuales o sus representantes, alguna y/o toda información, expedientes y *records* (radiografías, fotografías, etc) acerca de mi historia médica y dental, tratamiento rendido y tratamiento necesario;
- Enviar demandas por el pago de los servicios rendidos o las preautorizaciones necesarias en mi compañía aseguradora, en mi favor o de mis dependientes, referido con “firma de archivo” y asigno a esta práctica los beneficios rendidos de la compañía aseguradora una vez que estos beneficios son emitidos;
- A enviar información necesaria por el correo, correo electrónico a otros proveedores referidos y a la compañía aseguradora;
- A llamar los números de teléfonos divulgados por mí, con el propósito de confirmar citas, discutir diferentes alternativas de tratamiento, o cobranzas.

Cualquier otra revelación o uso de su información de su salud privada se hará después que usted la autorice por escrito, la cual usted puede revocar cuando guste.

Bajo la ley, usted tiene el derecho de:

- Solicitar restricciones en el uso y divulgación de la información de su salud privada;
- Solicitar comunicación confidencial de su salud privada;
- Inspeccionar y obtener una copia de la información de su salud privada, pidiendo nos por escrito (hay cobros por copia);
- Enmendar o modificar su salud privada bajo ciertas circunstancias;
- Recibir la contabilidad de alguna divulgación hecho en esta oficina relacionada con su salud privada;
- Usted puede, sin haber represalias, presentar una queja a nosotros si cree que le violamos sus derechos (favor submeter su investigación a la persona de contacto, mencionada al final de esta forma) o al US Department of Health & Human Services (en el máximo de 180 días desde la violación).
- rehusar este consentimiento para el uso y acceso de su información de su salud privada en cualquier momento dándonos el aviso escrito de su rechazo y no afectará en los consentimientos anteriores.

Las Reglas de Privacidad nos da el derecho de:

- Por ley, a mantener su información de salud privada y a proporcionar a usted este **Reconocimiento de Normas de Privacidad** estableciendo derechos y privacidades con respecto a su información;
- A respetar los terminos de este **Reconocimiento de Normas de Privacidad** y establecer provisiones eficaces para proteger su privacidad mantenida por nosotros. Usted puede obtener una copia de este **Aviso y Reconocimiento de Normas de Privacidad**, incluyendo cualquier revisión y en cualquier momento,
- Nos reservamos el derecho de proporcionar tratamiento adicional en su favor o a favor de sus familiares o personas amparadas por usted bajo la ley.

Favor notar de que no somos obligados:

- A honrar cualquier solicitud hecho por usted restringir o revelar su privacidad de salud;
- A enmendar su información privada de salud si, por ejemplo: si esta correcta y completa;
- A proveer un ambiente completamente privado, siendo que su información privada puede accidentalmente revelarse a otros pacientes dentro del area.

Autorizo por este medio a utilizar y divulgar mi información de salud privada para realizar actividades de pago del tratamiento y operaciones del cuidado médico y/o dental y lo necesario. Las firmas abajo indican que he leído este documento entero y entiendo completamente el contenido de este consentimiento, autorización y reconocimiento. Me han proporcionado la oportunidad de hacer preguntas y de obtener la clarificación adicional.

Firma: _____ Fecha: ___/___/___
Marque el que corresponda: Paciente adulto
 Representante Legal (padre/madre)

Por favor listar a las personas que usted permite entregar su información privada de salud:

1. _____ Explique cual es la relación con el paciente: _____
2. _____ Explique cual es la relación con el paciente: _____

Hicimos lo posible para obtener en escrito el recibo deste **“Reconocimiento de Normas de Privacidad”**, pero no lo logramos porque:

- El paciente o responsable se nego a firmar
- Obstaculos por falta de comunicación
- Se presento una situación de emergencia
- Otra razon (explique) _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/___

Este Reconocimiento de Normas de privacidad (conocida por HIPAA) está en efecto desde 14 de April, 2014. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta nota de privacidad o reclamación, favor de comunicarse con:

Direccion: 4307 N. Central Ave—Chicago, IL 60634 Teléfono: (773) 286-0300

E-mail: lavagnollids@yahoo.com Website: ucdentistry.com