

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Femenino Estado Civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Separado  Viudo  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Licencia #: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_ ¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Femenino Estado Civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Separado  Viudo  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Licencia #: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Está usted bajo el cuidado de un medico?  Si  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_  
 alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?  Si  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_  
 Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza/cuello?  Si  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_  
 Está tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?  Si  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_  
 Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?  Si  No  
 alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?  Si  No  
 Está en una dieta especial?  Si  No  
 Usa tabaco?  Si  No  
 Usa sustancias controladas?  Si  No

**ESTÁ USTED... (PACIENTES EMBARAZADAS DEBEN TENER UNA AUTORIZACIÓN MÉDICA ANTES DE SER VISTAS)**

Embarazada/Tratando de quedar embarazada?  Si  No Tomando anticonceptivos?  Si  No Amamantando?  Si  No

**ES ALÉRGICO A CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES?**

Aspirina  Penicilina  Codeína  Anestésicos locales  Acrílico  Metálico  Látex  Sulfamida  
 Ninguno  Otros; En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

**TIENE, O HA TENIDO, CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES?**

Si   No	Si   No	Si   No	Si   No
SIDA/HIV Positivo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cortisona <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hemofilia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tratamiento con radiación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alzheimer's <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anafilaxia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Drogadiccion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diálisis renal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fácilmente pierde el aliento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Herpes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fiebre reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Reumatismo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Artritis/Gota <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Colesterol Alto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Escarlatina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Válvula del corazón artificial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sangrado excesivo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ronchas/Erupción cutánea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Herpes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Articulación artificial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sed excesivo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hipoglucemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Células falciformes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desmayos/Vértigo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Latido irregular del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problemas del seno nasal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enfermedad arterial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tos frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problemas de los riñones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Espina bifida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diarrea frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Leucemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad Estomacal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Problemas respiratorio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ataque fulminante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Moretonescon facilidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Herpes genital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hinchazón de extremidades <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cáncer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Glaucomas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad de la Tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Quimioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fibre del heno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Amigadlitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dolores de pecho <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ataque del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herpes labial/Fiebre Ampollas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Soplo cardiaco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Osteoporosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tumores <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cardiopatía congénita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Marcapasos en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dolor de la quijada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Convulsiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problemas del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad paratiroidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Atención Psiquiátrica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	La ictericia amarilla <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Tiene alguna enfermedad no mencionado anteriormente?  Si  No \_\_\_\_\_

Desea información sobre tratamiento para síndrome de apnea?  Si  No

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/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es importante para nosotros que usted, nuestro paciente, entienda el tratamiento que estamos recomendando, y cualquier procedimiento invasivo que puede, con su acuerdo, llevar a cabo. Queremos que usted participe en todas las decisiones relativas a los procedimientos invasivos que pueda necesitar. Nos tomamos en serio el consentimiento informado en nuestra oficina. Por lo tanto, se requiere que firme este formulario cuando se entienda que existe un riesgo asociado con procedimientos dentales y todas sus preguntas han sido contestadas.

Tratamientos y procedimientos dentales no deben de ser tomados como rutina o sin el riesgo de complicaciones. Al igual que con todos los tratamientos médicos al cuerpo, incluyendo el tratamiento dental, no hay garantías de que los resultados serán según lo previsto y con la satisfacción de cada individuo. Al tratar con el cuerpo humano hay muchas variables involucradas, algunas predecibles y otras no. Las complicaciones en odontología son muy bajas, pero sí existen. Por supuesto este son sucesos relativamente poco frecuentes, pero las personas que están contemplando el tratamiento debe ser conscientes de ello antes de dar su consentimiento. Cada vez que la perforación está involucrado, incluso una carie simple puede conducir a la pulpa (nervio), abscesos, problemas dentales, fracturadas, y / o dolor después del tratamiento al morder y a temperaturas extremas (frío / o calor). Esto pueden ser transitorios o puede persistir requiriendo tratamientos adicionales.

Los ejemplos anteriores son sólo ejemplos de posibles complicaciones con el tratamiento dental y no se limitan a estos. En general, las complicaciones incluyen pero no se limitan a dolor, hinchazón, infección y otros.

#### HE LEÍDO Y ENTIENDO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### REGULACIONES DE CITAS PARA LOS PACIENTES

#### CANCELACIONES:

ROYAL DENTAL ASSOCIATES requiere un aviso de **24 HORAS** para cualquier cancelacion. Nosotros sabemos y entendemos que emergencias suceden y las revisaremos caso por caso. Las cancelaciones hechas fuera del period de **24 HORAS** seran consideradas como citas a las que usted falto y habrá un **COBRO DE \$50**. Pacientes con 2 citas fallidas, llegan tarde varias veces, o abusan del horario ya no se programarán con un proveedor en Royal Dental Associates.

#### HORARIO DE CITAS:

Le daremos un periodo de **5 MINUTOS** para llegar a su cita. DESPUES de 5 minutos, su cita puede ser reprogramada basado en el tiempo disponible para las citas y dependiendo de la razon por la demora. Nosotros en ROYAL DENTAL ASSOCIATES nos esforzamos mucho por mantenernos en el horario programado de citas y así no tomar su tiempo y apreciamos que usted haga lo mismo con nuestro tiempo.

#### CONFIRMACION DE CITAS:

Para permitir que nos permite ofrecer una atención de calidad para todos nuestros pacientes, debemos mantener nuestro programa de una manera eficiente. ROYAL DENTAL ASSOCIATES requiere que usted confirme su cita antes de las 2:00p.m el dia anterior du su visita. Si no recibimos una respuesta, nosotros estaremos en posicion de mover la cita en "citas de espera."

#### REQUISITO DE DEPÓSITO:

Royal Dental Associates requiere un DEPÓSITO de \$50.00 para toda las citas. El depósito funciona como un crédito en la cuenta del paciente. Royal Dental Associates requiere este depósito porque nuestros proveedores y asistentes dentales reservan el horario de la cita específicamente para usted, con exclusión de otros pacientes. El requisito de depósito está sujeto a nuestra política de cancelación.

#### HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS REGULACIONES DE CITAS:

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



### POLÍTICA DE DISPOSITIVO ELECTRÓNICO

Para proteger la comodidad y la privacidad de todos nuestros pacientes, Royal Dental Associates **PROHIBE Estrictamente el uso de dispositivos electrónicos** (teléfonos celulares, cámaras, dispositivos de grabación de video, etc.) en el área clínica. Royal Dental Associates cree firmemente en la protección de la privacidad de nuestros pacientes.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA DE DISPOSITIVO ELECTRÓNICO:**

**FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

### POLÍTICA FINANCIERA

Aceptamos las siguientes formas de pago: Efectivo, Visa, Discover, American Express y MasterCard. Además, ofrecemos CareCredit, LendingClub y United Medical Credit, un programa de pago de pacientes que ofrece una gama completa de Planes de Sin Interés y Pago Extendido para el tratamiento. Todos los procedimientos que involucran el trabajo de laboratorio se requiere el 50% de pago inicial, entonces el saldo restante 50% se deberá a medida que avanza el tratamiento. El saldo debe ser pagado antes de la inserción final. Reembolsos serán revisados en una base de caso por caso.

**LOS PACIENTES CON COBERTURA DE SEGURO:**

Por favor, entienda que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Tenga en cuenta que, aunque nos esforzamos para proporcionar información precisa, dicha información no es una **GARANTÍA** de pago o elegibilidad con su compañía de seguros y es sólo una **ESTIMACIÓN**. Todos los co-pagos y deducibles deben de ser pagados antes del tratamiento. Si su compañía de seguros no ha pagado la reclamación dentro de los 60 días, el saldo será automáticamente transferido a usted. Usted es responsable por el pago de su cuenta.

**LOS PACIENTES QUE NO TIENEN COBERTURA DE SEGURO:**

Los pacientes sin cobertura de seguro están obligados a pagar los servicios antes del tratamiento.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA FINANCIERA:**

**FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

### POLÍTICA DE OFICINA

Por favor, comprenda que nuestros proveedores necesitan espacio para hacer su trabajo. Durante la cirugía médica, se entiende que los miembros de la familia no están permitidos en la operatoria para no contaminar el área o perturbar los procedimientos. Del mismo modo, nuestros proveedores necesitan que sus operadores estén libres de distracciones para que puedan concentrarse en realizar servicios dentales. Royal Dental Associates cree firmemente en la protección de la privacidad de todos nuestros pacientes. Por esta razón, **NO** permitimos nadie en el área clínica mientras los pacientes esten a la operatoria.

Pedimos a los padres de niños entre 4 y 17 años que permanezcan en el recepción cuando los niños ingresan al consultorio dental. Estudios y experiencia han demostrado que la mayoría de los niños mayores de 3 años reaccionan de manera más positiva cuando se les permite experimentar su visita dental por su cuenta.

Para la seguridad y privacidad de todos los pacientes, otros niños que no estén siendo tratados deben permanecer en la sala de recepción con un adulto supervisor.

Pregúntele a uno de nuestro personal de oficina o proveedor qué puede esperar durante su visita al dentista. A través de la comunicación y la confianza, puede tener una experiencia positiva, con muchos más por venir.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA DE OFICINA:**

**FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

## Autorización

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Royal Dental Associates** \_\_\_\_\_ está autorizado a divulgar información médica sobre el paciente mencionado anteriormente de la siguiente manera y / o a personas seleccionadas.

Autorización de información	Apruebe el tipo de información que se puede dar a la persona / entidad.
<input type="checkbox"/> Mensaje De Voz	<input type="checkbox"/> Recordatorios de Citas <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otra (s) persona (proporcione el nombre y número de teléfono)	<input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/> Tratamiento
<input type="checkbox"/> Comunicación por correo electrónico: _____	<input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Recordatorios de Citas <input type="checkbox"/> Información de Infracciones
<input type="checkbox"/> Comunicación por texto: _____ * Para recibir textos, acepte los siguientes términos:	<input type="checkbox"/> Recordatorios de Citas <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Para comunicación por texto entiendo que si la información no se envía de forma encriptada existe el riesgo de que se pueda acceder de forma inapropiada. Todavía elijo recibir comunicación por texto como seleccionado.	
<input type="checkbox"/> Fotos del paciente recibió por parte del paciente o tutor. <input type="checkbox"/> Fotos tomada por el personal de oficina. <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Puede ser publicado en la oficina <input type="checkbox"/> Puede ser publicado en el sitio web <input type="checkbox"/> Otro _____

### Derechos del Paciente:

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento comunicándome con la oficina.
- Puedo inspeccionar la información médica protegida que se divulgará como se describe en este documento..
- La revocación no es efectiva en los casos donde la información ya ha sido divulgada, pero será efectiva en el futuro.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva autorización por parte del paciente y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.
- Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y a que mi tratamiento no esté condicionado a la firma.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por el paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Descripción de la Autoridad del Representante Personal (adjunte la documentación necesaria)

Revised Jan 2018

---

# Royal Dental Associates

---

## Acknowledgement of Receipt Of Notice of Privacy Practices

---

Nombre y dirección del paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad para la oficina mencionada anteriormente.

---

Firma Del Paciente o Tutor Legal

---

Fecha

---

For Office Use Only

---

**We were unable to obtain a written acknowledgement of receipt of the Notice of Privacy Practices because:**

- An emergency existed & a signature was not possible at the time.
- The individual refused to sign.
- A copy was mailed with a request for a signature by return mail.
- Unable to communicate with the patient for the following reason:

\_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prepared By \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

---