

Bienvenido a Clear Creek Dental

Nombre Completo: _____ Fecha: _____

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de correos _____ correo electrónico (email) _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

No de Teléfono casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Seguro dental #1: _____ No de grupo: _____

Seguro dental #2: _____ No de grupo: _____

Nombre del cónyuge _____

Número de seguro social del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

Empleador del cónyuge _____ Ocupación: _____

¿A quién podemos llamar en caso de emergencia? _____

¿A quién le podemos agradecer por referirlo a nuestro consultorio? _____

Por favor lea lo siguiente:

*Yo autorizo el pago por mi compañía de seguros directamente a Clear Creek Dental. Yo entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental, independientemente de lo que mi compañía de seguros paga. Por la presente autorizo a Clear Creek Dental para administrar dichos medicamentos y se encargará de los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dental apropiado. La información de esta página y las historias dentales / médicas son correctas al mejor de mi conocimiento. Yo doy el derecho de Clear Creek Dental para liberar mis historiales dentales / médicos y otra información sobre mi tratamiento dental a terceros pagadores y / u otros profesionales de la salud. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Entiendo que el pago es debido en el momento del servicio a menos que otros arreglos se han hecho. Si los pagos no se reciben en fechas acordadas, un cargo financiero del 1.5% (18% TAE) se pueden agregar a mi cuenta.
He recibido una copia del Aviso de esta oficina de prácticas de privacidad*

Firma _____ Fecha: _____

Historial Médico

Aunque el personal dental trata principalmente el área en y alrededor de la boca, tu boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que usted pueda tener, o medicación que pueda estar tomando, podría tener una interrelación importante con la odontología que usted va a recibir. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo cuidado de un médico ahora? En caso afirmativo, por favor

explique _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido cirugía mayor? En caso afirmativo, por favor

explique _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o en el cuello? En caso afirmativo, por favor

explique _____

¿Está tomando medicamentos, pastillas o drogas? En caso afirmativo, por favor

explique _____

¿Toma usted, o ha tomado, Phen-Fen o Redux? _____

¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel u otros medicamentos que contienen bifosfonatos?

¿Está usted en una dieta especial? _____

¿Usa tabaco? _____ ¿utiliza sustancias controladas? _____

Mujeres:

¿Estás embarazada o tratando de quedar embarazada? _____ ¿Lactando? _____ ¿Tomando anticonceptivos? _____

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina___ Penicilina___ Codeína ___ Acrílico ___ Metal ___ Látex ___ Anestésico Local___ Sulfas ___

Otros, por favor explique _____

¿Tiene, o ha tenido alguno de los siguientes? Por favor marque sólo los que se aplican.

Sida/VIH positivo___ enfermedad de Alzheimer___ cáncer___

Asma___ válvula de corazón artificial___ quimioterapia___

Anafilaxia ___ articulación artificial ___ dolor en el pecho___

Anemia___ enfermedad de la sangre___ herpes labial/fiebre___

Angina___ problema para respirar___ enfermedad cardíaca congénita___

Artritis___ moretones con facilidad___ convulsiones___

Medicina con cortisona__	Diabetes__	ataque al corazón__
Fácilmente sin aliento__	Enfisema__	soplo cardiaco__
Epilepsia__	Sed excesiva__	marcapasos cardiaco__
Desmayos/mareos __	Tos frecuente__	enfermedades del corazón__
Diarrea frecuente__	Dolor de cabeza frecuente__	Herpes__
Herpes genital__	Glaucoma__	Hemofilia__
Hepatitis A, B o C __	Hipertensión (presión alta) __	Urticaria o erupción__
Hipoglucemia__	Transfusión de sangre__	Problemas renales __
Leucemia __	Enfermedad del hígado __	Presión arterial baja __
Enfermedad pulmonar __	Válvula mitral __	Cuidado psiquiátrico __
Tratamientos de radiación__	Pérdida de peso reciente__	Adicción a las drogas __
Diálisis renal __	Fiebre reumática __	Reumatismo __
Fiebre escarlatina__	Anemia drepanocítica __	Problema sinusal __
Espina dorsal__	Enfermedad intestinal__	Fiebre del heno__
Ataque cerebro vascular__	Enfermedad de tiroides__	Anginas__
Hinchazón de las extremidades __	Tuberculosis__	Tumores o bultos__
Ulceras__	Enfermedad venérea__	Ictericia__
Ritmo cardiaco irregular__	dolor de mandíbula o articulaciones__	Paratiroides__

¿Ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? En caso afirmativo, por favor explique

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi (o del paciente) para la salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Date _____

Política Financiera

Estimado paciente:

A fin de mantener los aumentos de precio a un mínimo y seguir proporcionando la mejor calidad de atención a nuestros pacientes, nuestro consultorio dental pondrá en práctica una nueva política de pago financiero.

Ahora pedimos que los pacientes paguen por su tratamiento con una de las siguientes opciones en el momento del servicio:

- Efectivo
- Cheque
- Tarjeta de crédito- visa, master card, american express, discover
- Care credit

Los pacientes con seguro dental: Vamos a seguir presentando su seguro. Sin embargo, le pedimos que usted pague la porción que le toca en el momento del servicio. Su copago puede cambiar de acuerdo a los procedimientos realizados y su política que tiene con su empleador. No podemos ser responsables de los servicios que no están cubiertos o saldos que no han sido pagados por su seguro. Legalmente usted es responsable de su cuenta, independientemente de su saldo. Por favor, asegúrese de que todo está en regla, y claro con nuestra oficina antes de iniciar cualquier tratamiento dental.

Preventivo- Su copago está contingente a las políticas individuales por su empleador

Básico- se requiere un 20% a 30%

Mayor- se requiere un 50% a 60%

Nota: Cualquier plan de seguro que paga directamente al paciente requiere el pago en su totalidad en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos financieros anteriores.

Verdad y préstamo: Se evaluarán cargos por demora o cargos financieros si el pago no se recibe antes del día 20 de cada mes. Los gastos financieros se evalúan en todas las cuentas con saldos no pagados dentro de los 60 días a una tasa del 1.5%.

Agradecemos su comprensión de esta política. Esperamos poder continuar sirviendo a sus necesidades dentales y las de su familia.

CLEAR CREEK DENTAL

Las citas son reservadas especialmente para usted. Se requiere un aviso de 48 horas si necesita reprogramar o cancelar. Una cita rota, o cancelación tardía se le cobrará de \$80- \$300, dependiendo del tipo de cita.

_____ favor de poner sus iniciales.

Firma del paciente o tutor responsable

Fecha

Consentimiento Informado para
La Terapia Controlada de Sustancias Para El Dolor

En Nevada, por el proyecto de ley 474(ASB474, por sus ciclos en inglés) los prescriptores deben informar a sus pacientes sobre el tratamiento para el dolor con el uso de sustancias controladas. Es de gran importancia que revise con atención la siguiente información y pedir información adicional si la necesita, en referencia al medicamento que se le esta prescribiendo. **Por favor revise la lista de información adjunta y ponga sus iniciales en cada una.**

__Entiendo que se me esta prescribiendo medicamento, incluyendo sustancias controladas para tratar y aliviar el dolor.

__Entiendo que todo medicamento para el dolor, incluyendo sustancias controladas, tienen diferentes beneficios y riesgos para tratar y curar mis síntomas. Me han aconsejado de el alto riesgo y los beneficios al usar sustancias controladas.

__Entiendo que la receta de sustancias controladas puede traer un alto riesgo de adicción, y sobredosis, especialmente cuando es usada por periodos largos.

__Entiendo que no debo de tomar sustancias controladas prescritas a mi persona, en conjunto con drogas o alcohol, u otro medicamento (al menos que así sea dirigido por mi doctor).

__Antes que se me recetara algo para el dolor, se me aconsejó sobre el uso de medicina alternativa para tratar y curar mis síntomas, estos incluyen des inflamatorios (por ejemplo, aleve, tylenol, ibuprofeno, etc.)

__Entiendo que cuando tomo sustancia(s) controladas, podré experimentar ciertas reacciones o efectos secundarios que pudieran ser de alto riesgo. Estos incluyen, pero no se limitan a insomnio, constipación, nausea, comezón, reacciones alérgicas, problemas de concentración, reacción retardada, respiración lenta.

__Entiendo que al usar sustancia(s) controladas no es prudente que maneje un vehículo, operar maquinaria, o cuidar de otra gente. Si me llego a sentir sedada, confundida, o perjudicada con alguno de los medicamentos, entiendo que no debo de hacer cualquier cosa que ponga en riesgo mi vida o la de otras personas.

__Entiendo que cuando ingiera sustancias controladas, puedo volverme físicamente dependiente a ellas, es decir, mi cuerpo se acostumbra a ingerirlas diariamente, y me sentiré enferma al dejarlas de usar por completo o al consumir menos cantidades. Los síntomas que se presentaran una vez que deje de consumirlos, son muy parecidos a la influenza, y pueden incluir, dolor abdominal, nausea, vomito, diarrea, sudor, dolor del cuerpo y músculos, calambres, nariz que moquea, bostezo, ansiedad y problemas para conciliar el sueño.

__Entiendo que puedo volverme adicta a el uso de sustancias controladas, y necesitaré tratamiento especial si no puedo controlar el uso de las mismas, o si continúo usándolas por tiempos prolongados. He hablado con mi doctor sobre el uso correcto de las sustancias controladas.

__Entiendo que cualquiera puede desarrollar una adicción a los analgésicos, pero las personas que tienen mayor riesgo a desarrollarla son aquellos que tienen o han tenido problemas mentales o problemas con el uso de alcohol o drogas, o aquellos que los padres o hermanos han tenido problemas con el uso del alcohol o drogas. Le he hecho saber a mi doctor si yo, o alguien en mi familia han tenido este tipo de problemas.

__Entiendo que es mi deber guardar los medicamentos en un lugar seguro y fuera del alcance de los niños, otros miembros de mi familia, o personal en general. Para deshacerse de manera segura del medicamento no utilizado, puedo llevar el medicamento en un frasco a mi farmacia local, o al departamento de policía en mi comunidad, o disolviendo el medicamento en una bolsa de Dettera. Entiendo que no me puedo deshacer de ellos aventándolos al inodoro, o el lavabo.

__Entiendo que mi doctor puede no estar autorizado a llamar mi receta por teléfono, por lo tanto, cualquier petición para recibir medicamentos puede ser requerida una consulta. Entiendo que mi doctor puede rechazar cualquier petición si él cree que medicamento no es necesario o si puede ser dañino para mi bienestar o salud. Entiendo que se me está recetando sustancias controladas por una duración corta de tiempo y que las recetas por larga duración requerirán consultas adicionales, evaluaciones y acuerdos con mi doctor.

__Entiendo que, debido al posible riesgo de sobredosis, como resultado del uso de sustancias controladas, el antídoto para sobredosis, llamado Naloxone(Narcan) está disponible sin receta médica. Puedo obtener Naloxone(Narcan) en mi farmacia local.

__**Mujeres:** Es mi responsabilidad avisarle a mi doctor, tan pronto sepa que estoy embarazada, o si hay la posibilidad que lo esté, o si estoy planeando quedar embarazada. Entiendo el riesgo para el feto, al ser expuesto a sustancias controladas durante el embarazo, incluyendo, sin limitación, los riesgos de dependencia fetal a las sustancias controladas, síndrome de abstinencia neonatal, problemas neurológicos y del corazón al bebé, muerte al feto, o bebé.

Consentimiento informado:

Entiendo cada declaración escrita, y mi firma da consentimiento para el tratamiento de mi condición, ya sea con medicamentos, incluyendo sustancias controladas. He tenido la oportunidad de hacer las preguntas necesarias en referencia a mi tratamiento, y a los medicamentos que recibiré para aliviar mi condición y el dolor, incluyendo sustancias controladas. Y estoy satisfecho de que mis preguntas han sido respondidas.

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente

Fecha

Paciente menor de edad:

Como padre o tutor, he hablado con el doctor sobre los riesgos que hay con el menor, al darle mal uso o abuso de las sustancias controladas, o desviar el uso de las sustancias controladas por otra persona, y a la vez poder detectar las mismas.

Nombre impreso del padre o tutor

Firma del padre o tutor

Fecha