

Formulario de Historial Médico

Apellido: _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____ Parentesco _____

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente:

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?

S N

Anestesia Local

Aspirina

Penicilina u otros Antibióticos

Codeína u otros Narcóticos

Sulfa

Barbitúricos, Sedantes o Pastillas para Dormir

S N

Metales

Fiebre del heno / Estacional

Goma de látex

Yodo

Alimentos

Otro

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?

S N

Historia de los Problemas Cardíacos

Problemas de Sangrado

Válvulas Cardíacas Reemplazadas/Dañadas

Marcapasos

Presión Arterial Alta o Baja

Anemia

SIDA/VIH

Enfermedad de Transmisión Sexual

Osteoporosis

Enfermedad de Tiroides

Trastorno del Sueño/Ronquidos

Vértigo

S N

Artritis

Enfermedad autoinmune

Problema Pulmonar

Tratamiento Psiquiátrico

Nefropatía

ACV

Problema Gastrointestinal / ERGE / Úlcera

Diabetes

Convulsiones / Epilepsia

Trastorno Neurológico

Dolor Crónico o dolor de Cabeza

Otras Condiciones Médicas _____

¿Utiliza sustancias controladas (drogas)? _____

¿Consumo tabaco? Si es así, ¿de qué tipo y cuánto? _____

¿Es necesario tomar antibióticos profilácticos para procedimientos dentales? (S/N) _____

¿Está tomando algún agente antirresortivo (como Fosamax, Actonel, Atelvia, Boniva, Reclast, Prolia) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget? (S/N) _____

SOLO MUJERES: ¿Está embarazada? (S/N) _____

Firma : _____



Consentimiento Informado para el Tratamiento Dental

A mi leal saber y entender, la información proporcionada anteriormente es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si ocurre algún cambio en mi salud o en la de mi hijo menor.

Si tengo seguro dental, asigno directamente a Rapha Dental todos los beneficios del seguro, si los hubiera, pagaderos a mí por el servicio prestado. Entiendo que soy responsable de todos los cargos en los que incurra, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.

El consultorio odontológico mencionado anteriormente puede usar mi información médica y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros nombrada(s) y a sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios a pagar por los servicios correspondientes. Este consentimiento finalizará cuando se complete el plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de la firma a continuación.

Nombre de la Firma del Paciente o Tutor y Fecha

Firma

Política de la Oficina Respecto de los Requisitos de Cambio de Cita o Aviso de Cancelación

Comprenda que en Rapha Dental su cita con el dentista representa un valioso tiempo profesional, no solo a nuestro médico, sino a todo nuestro personal. La hora de su cita está reservada exclusivamente para usted a fin de que podamos brindarle toda nuestra atención.

Respetamos el valor de su tiempo y le pedimos amablemente que también respete y valore nuestro tiempo. Debido a la naturaleza individual de cada cita, se requiere un aviso de 48 horas para cualquier cancelación o cambio que sea necesario para su horario designado.

Mi firma a continuación indica que comprendo la importancia de esta cita y estoy dispuesto a aceptar estos requisitos. También entiendo que seré responsable de un cargo de \$ 89 si no realizo dicha notificación.

Firma

Fecha



Si tiene alguna pregunta, consulte a su médico antes del inicio del tratamiento

1. Consentimiento Preliminar para Tratamiento

Entiendo que es posible que me hagan alguno o todos los siguientes procedimientos hoy: Examen, radiografías, "Rayos X" y limpieza "Profiláctica"

2. Medicamentos, Sustancias, Anestesia Local y Afecciones Médicas

Comprendo que los antibióticos, los analgésicos, los "medicamentos para el dolor", los anestésicos, el látex y otras sustancias pueden causar reacciones alérgicas, lo cual puede provocar enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, picazón, dolor, vómitos y/o reacciones alérgicas más graves. He informado al dentista de cualquier alergia y/o afección médica conocida, incluido la posibilidad de embarazo

3. Cambios en el Plan de Tratamiento

Comprendo que, durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a condiciones que se presenten durante el tratamiento y que no fueron evidentes al realizar el examen inicial. Algunos de estos cambios son, entre otros, el tratamiento de conducto que es necesario después de la colocación de "empastes profundos", o coronas, recomendadas después de la colocación de "empastes grandes". Autorizo a mi dentista a realizar cambios y/o adiciones a mi plan de tratamiento según sea necesario

4. Beneficios Dentales

Comprendo que el tratamiento que recomienda mi dentista está basado en lo que él o ella determina que es mejor para mi salud dental y no necesariamente en lo que pagará un plan de seguro. Por lo tanto, entiendo que mi seguro (si corresponde) puede no cubrir todos los aspectos de mi plan de tratamiento, y que seré responsable del pago de cualquier tratamiento que no esté cubierto por el plan de seguro. Comprendo que el plan de tratamiento que me han propuesto es una estimación de los beneficios del seguro y que mi cobertura real puede diferir debido a limitaciones en la frecuencia, cobertura grupal, información incompleta proporcionada por mi compañía de seguros, etc. También reconozco que soy responsable de cualquier saldo restante en el caso de que mi cobertura de seguro finalice por cualquier motivo. En caso que la cuenta pase a cobros, el paciente será responsable de pagar una tarifa de cobro mínima de \$20.

Comprendo que el tratamiento dental tiene riesgos y consecuencias potenciales. Del mismo modo, también implica riesgos la denegación de llevar a cabo el tratamiento dental. Las afecciones que no reciben tratamiento pueden causar dolor, hinchazón, infección, pérdida de dientes y/o tener otras consecuencias graves. Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que no se pueden asegurar ni garantizar resultados exactos. He tenido la oportunidad de que mi dentista responda todas mis preguntas.

Firma del Paciente/Tutor

Nombre del Paciente/Tutor, Relación con el Paciente y Fecha