

# Información para la admisión del paciente

## Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_  Fijo  Celular Otro teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Idioma principal:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre Relación Teléfono

¿Cuál es el motivo de su visita/queja principal? \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de nosotros? \_\_\_\_\_

## Información del seguro primario

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha nac. titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el suscriptor: \_\_\_\_\_

## Información del seguro secundario

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha nac. titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el suscriptor: \_\_\_\_\_

## CESIÓN Y EXONERACIÓN

Certifico que yo, o mis familiares a cargo, tenemos cobertura de seguro con la compañía de seguros mencionada anteriormente, y que cedemos directamente a Dr. Dental todos los beneficios del seguro, si correspondieran, por los servicios prestados. Entiendo que soy económicamente responsable por todos los costes, estén o no cubiertos por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las solicitudes al seguro.

El centro médico mencionado anteriormente puede usar mi información sanitaria y puede revelar dicha información a las compañías de seguro mencionadas anteriormente y a sus representantes con el fin de obtener el pago de servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos a servicios relacionados. Este consentimiento permanecerá vigente durante el tiempo que yo sea paciente del centro médico mencionado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, del padre o tutor, o del representante personal

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente, del padre o tutor, o del representante personal (en letra)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

## Información sobre la farmacia de preferencia

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_

## Historia odontológica y salud bucal

Fecha de la última visita odontológica: \_\_\_\_\_ Fecha de la última radiografía odontológica: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez lo han tratado por una enfermedad periodontal?  Sí  No ¿Alguna vez le han dado novocaína / otro anestésico local?  Sí  No

En una escala del 1 (insatisfecho) al 10 (muy satisfecho), ¿cuán satisfecho está usted con su sonrisa? \_\_\_\_\_

Marque todas las afecciones dentales que le correspondan:

- Dolor en la mandíbula (TMJ)  Rechinamiento/Apretamiento de dientes  Uso productos tabaco  Hinchazón/Sangrado de encías  
 Llagas bucales  Dientes rotos/sueltos  Dientes sensibles  Dificultad para masticar/tragar  
 Dientes torcidos/separados  Color/Aspecto de los dientes

¿Siente dolor?  Sí  No ¿Tiene miedos o ansiedades relacionados con el tratamiento odontológico?  Sí  No

Si contestó que sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Necesita estar premedicado antes del tratamiento odontológico?  Sí  No

## Historia médica

Médico de cabecera (Nombre y teléfono): \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_ ¿Está tomando anticonceptivos?  Sí  No  No corresponde

¿Está actualmente embarazada o amamantando?  Sí  No  No corresponde Fecha probable de parto, si corresponde: \_\_\_\_\_

Anote hospitalizaciones o cirugías previas, incluidas las fechas: \_\_\_\_\_

¿Está el paciente consumiendo actualmente alcohol o drogas (incluido el tabaco)?  Sí  No

Si contestó que sí, tipo: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

¿Necesita antibióticos antes de los procedimientos odontológicos?  Sí  No

¿Está realizando actualmente o ha realizado terapia con esteroides / cortisona en los últimos dos años?  Sí  No

¿Está tomando actualmente o ha tomado alguna vez bisfosfonatos orales (p. ej.: FOSAMAX, BONIVA) o bisfosfonatos intravenosos? (p. ej.: ZOMETA, AREDIA)?  Sí  No Si contestó que sí, ¿durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico o ha tenido alguna vez una reacción adversa a alguno de los siguientes?

- Ninguno  Amoxicilina  Aspirina  Codeína  Epinefrina  Látex  Ibuprofeno  
 Metales  Penicilina  Sulfamida  Tetraciclina  Eritromicina  Azitromicina

Especifique alguna otra alergia conocida: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez tomó algún fármaco del grupo denominado colectivamente "fen-phen" (fenfluramina/fentermina)? Estos incluyen combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin, (nombres comerciales de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina).  Sí  No

Anote todo medicamento o suplemento recetado actual que esté tomando o que haya tomado durante un periodo largo (p. ej.: medicamento recetado, dosis, fechas):

Nombre del medicamento recetado/del suplemento	Dosis/ Frecuencia	Fechas

### Enfermedades (marque todas las que corresponda)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ninguna</li> <li><input type="checkbox"/> Alcoholismo</li> <li><input type="checkbox"/> Alergias o urticaria</li> <li><input type="checkbox"/> Anemia</li> <li><input type="checkbox"/> Artritis</li> <li><input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales<br/>    Tipo y edad: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Terapia con aspirina</li> <li><input type="checkbox"/> Asma</li> <li><input type="checkbox"/> Anticoagulantes</li> <li><input type="checkbox"/> Transfusión de sangre</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas respiratorios</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer<br/>    Tipo: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Quimioterapia</li> <li><input type="checkbox"/> Terapia con Coumadin</li> <li><input type="checkbox"/> Demencia</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes<br/>    Tipo: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Drogadicción</li> <li><input type="checkbox"/> Epilepsia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sangrado excesivo</li> <li><input type="checkbox"/> Desmayos/Mareos</li> <li><input type="checkbox"/> Discapacidad/Pérdida auditiva</li> <li><input type="checkbox"/> Soplo cardiaco</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía cardiovascular<br/>    Tipo: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas cardiovasculares:<br/>    Tipo: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis<br/>    Tipo: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Hipertensión</li> <li><input type="checkbox"/> VIH</li> <li><input type="checkbox"/> Insuficiencia renal</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad hepática</li> <li><input type="checkbox"/> Hipotensión</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar / EPOC</li> <li><input type="checkbox"/> Lupus</li> <li><input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral</li> <li><input type="checkbox"/> Limitación de la movilidad</li> <li><input type="checkbox"/> Implantes NO DENTALES<br/>    Tipo: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Transplantes de órganos<br/>    Tipo: _____</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Marcapasos</li> <li><input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica</li> <li><input type="checkbox"/> Radioterapia</li> <li><input type="checkbox"/> Radiocirugía</li> <li><input type="checkbox"/> Fiebre reumática</li> <li><input type="checkbox"/> Convulsiones</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas estomacales</li> <li><input type="checkbox"/> Derrame cerebral</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides</li> <li><input type="checkbox"/> Tuberculosis</li> <li><input type="checkbox"/> Úlceras</li> <li><input type="checkbox"/> Discapacidad visual</li> <li><input type="checkbox"/> Otra enfermedad<br/>    Tipo: _____<br/>    _____</li> </ul> |
|---|---|---|

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Consentimiento informado para recibir tratamiento

### Fármacos y medicamentos:

Entiendo que los antibióticos, los analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas resultantes en enrojecimiento e inflamación de los tejidos, dolor, picazón, vómitos o anafilaxia (reacción alérgica grave).

(Inicial: \_\_\_\_\_)

### Cambios en el plan de tratamiento

Entiendo que durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido al descubrimiento de afecciones mientras se trabaja en los dientes que no se habían descubierto durante la revisión, la más común es el tratamiento de conducto después de un empaste de rutina.

Autorizo al odontólogo a hacer todas las modificaciones e incorporaciones necesarias una vez que se hayan descubierto y comentado al paciente.

(Inicial: \_\_\_\_\_)

### Radiografías

Entiendo que las radiografías son necesarias para un diagnóstico y tratamiento adecuados. (Inicial: \_\_\_\_\_)

### Empastes

Entiendo que se debe tener cuidado al masticar sobre los empastes, especialmente durante las primeras 24 horas, para evitar roturas.

Entiendo que puede ser necesario un empaste más caro debido a otras caries aparte de las vistas en la radiografía y que es común sentir bastante sensibilidad después de la colocación de un nuevo empaste. (Inicial: \_\_\_\_\_)

### Anestésico local

Los agentes anestésicos (medicamentos) se inyectan en un área pequeña con la intención de adormecer el área para recibir tratamiento odontológico. También pueden inyectarse cerca de un nervio para que actúe como bloqueo nervioso adormeciendo un área más extensa de la boca más allá del lugar de la inyección. Entre los riesgos se encuentran: ' Es normal que el adormecimiento tarde en desaparecer después del tratamiento, generalmente entre dos y tres horas. Esto puede variar según el tipo de medicamento utilizado. Sin embargo, en algunos casos, puede tardar más tiempo, y en algunos casos raros, el adormecimiento puede ser permanente si está lesionado el nervio. Puede producirse infección, inflamación, reacciones alérgicas, decoloración, dolor de cabeza, sensibilidad en el lugar donde se pinchó con la aguja, mareos, náuseas, vómitos y mordedura de la mejilla, la lengua o el labio. Posibles beneficios: El paciente permanece despierto y puede responder a instrucciones y preguntas. Se reduce o elimina el dolor durante el tratamiento odontológico. (Inicial: \_\_\_\_\_)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta, por lo tanto, profesionales reputados no puede garantizar completamente ningún resultado. Declaro que nadie me ha garantizado ni asegurado nada con respecto al tratamiento odontológico que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer este formulario y de hacer preguntas, y he quedado conforme con las respuestas que me han dado. Acepto el tratamiento propuesto. (Inicial: \_\_\_\_\_)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta, por lo tanto, profesionales reputados no puede garantizar completamente ningún resultado. Declaro que nadie me ha garantizado ni asegurado nada con respecto al tratamiento odontológico que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer este formulario y de hacer preguntas, y he quedado conforme con las respuestas que me han dado. Acepto el tratamiento propuesto. (Inicial: \_\_\_\_\_)

(Inicial: \_\_\_\_\_)

## Consentimiento general para recibir tratamiento

1. Autorizo por el presente y ordeno al odontólogo, o a los auxiliares del odontólogo, a realizar el tratamiento odontológico con el uso de las radiografías necesarias o recomendables y de otros recursos de diagnóstico a fin de brindar un diagnóstico y un plan de tratamiento exhaustivo.
2. Entiendo que las radiografías, las fotografías, las impresiones de la boca, y otros recursos de diagnóstico utilizados para diagnosticar correctamente al paciente y planificar su tratamiento pertenecen a los médicos, pero las copias de ciertos recursos están disponibles previa solicitud pagando una tarifa establecida.
3. En términos generales, el procedimiento odontológico puede incluir, entre otras cosas:
  7. a. Una revisión bucal completa, radiografías, limpieza de los dientes y la aplicación de fluoruro tópico.
  - b. La aplicación de selladores de resina en los surcos de los dientes.
  - c. El tratamiento con empastes de dientes enfermos o lastimados
  - d. El tratamiento de tejido bucal enfermo o lesionado como consecuencia de lesiones traumáticas, accidentes o infecciones.
4. Entiendo que el médico no es responsable de tratamientos odontológicos previos realizados en otros consultorios. Entiendo que, en el transcurso del tratamiento, puede ser necesario modificar o reemplazar esa práctica odontológica previa. Soy consciente de que en los servicios de salud dental, no siempre es posible garantizar resultados o satisfacción absoluta.
5. Certifico que si yo o mis familiares a cargo tenemos cobertura de seguro, cedemos directamente al odontólogo todos los beneficios del

seguro por los servicios prestados. Entiendo que soy económicamente responsable por todos los costes, independientemente de si el seguro los paga o no. Autorizo el uso de mi firma en todas las solicitudes al seguro.

6. He respondido completamente y sinceramente todas las preguntas acerca de mi historia clínica y de mi estado de salud actual o de mis familiares a cargo. He informado al odontólogo o al personal del consultorio acerca de todas mis enfermedades, incluidas las alergias. También entiendo que si mis familiares a cargo o yo tenemos cambios en el estado de salud o en los medicamentos, avisaré al médico en la próxima consulta.

**Por el presente, dejo constancia de que he leído y comprendido este consentimiento y el significado de sus contenidos. Me han respondido todas las preguntas satisfactoriamente y considero que tengo información suficiente para prestar este consentimiento informado. Entiendo además que este consentimiento seguirá vigente hasta que yo le ponga fin.**

Nombre del paciente (En letra)

Firma del paciente o del padre o tutor

Fecha

## ACUSE DE RECIBO DEL FORMULARIO

He recibido el “**Aviso de las normas de privacidad**” y me han dado la oportunidad de leerlo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (En letra)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor si el paciente es menor de edad (En letra)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha