

FORMA PARA REGISTRARSE

Sr. Sra. Srta. _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Numero de Seguro Social _____ Estado Marital: Solt. Casa. Divor. Sexo M F

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección previa si tiene menos

de 3 años en la actual _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Nombre de donde trabaja _____ Cargo _____

Tiempo Completo Medio Tiempo ¿Cuánto Tiempo Tiene Trabajando? _____

Dirección de Empleo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Persona(s) Responsable del Pago Tel. de la casa _____

Nombre _____ Relación _____ Tel. del Trabajo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO:

Nombre de la primera compañía de seguro médico _____ Nombre de la segunda compañía de seguro médico _____

Nombre de el propietario de la póliza del seguro _____ Nombre de el propietario de la póliza del seguro _____

Nombre del empleador que ofrece la póliza _____ Nombre del empleador que ofrece la póliza _____

Relación con el propietario de la póliza _____ Relación con el propietario de la póliza _____

Fecha de nacimiento del propietario de la póliza (mes/día/año) _____ Fecha de nacimiento del propietario de la póliza (mes/día/año) _____

Numero de Seguro Social/Identificación _____ Número de la póliza _____ Número de Seguro Social/Identificación _____ Número de la póliza _____

INFORMACION DEL SEGURO DENTAL:

Nombre de la compañía primera de seguro dental _____ Nombre de la compañía segunda de seguro dental _____

Nombre de el propietario de la póliza del seguro _____ Nombre de el propietario de la póliza del seguro _____

Nombre del empleador que ofrece la póliza _____ Nombre del empleador que ofrece la póliza _____

Relación con el propietario de la póliza _____ Relación con el propietario de la póliza _____

Fecha de nacimiento del propietario de la póliza (mes/día/año) _____ Fecha de nacimiento del propietario de la póliza (mes/día/año) _____

Número de Seguro Social/Identificación _____ Número de la póliza _____ Número de Seguro Social/Identificación _____ Número de la póliza _____

Nombre de Persona en caso de emergencia si fuera Necesario:

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Tel: _____

Parentesco _____

Nombre del dentista que lo refirió _____

Nombre del medico general _____

Yo, por medio de la presente autorizo al Center for Oral and Maxillofacial Surgery, S.C. a divulgar a las compañías de seguros nombradas arriba la información y contenido de mi historia médica con el propósito de asegurar el pago de los beneficios que pueden ser cancelados por dichas compañías por los servicios prestados a mí por el Center for Oral and Maxillofacial Surgery, S.C. Dicho consentimiento y autorización de mi información médica se mantendrá en efecto hasta que yo informe por medio escrito al Center for Oral and Maxillofacial Surgery, S.C. que he cancelado dicho consentimiento. Yo entiendo que soy responsable por el saldo de mi cuenta en 60 días después del día de haber recibido el servicio dental. Las cuentas después de 60 días acumularán un porcentaje del 1% mensual, después de 90 días de vencidas, serán enviadas a colección, a no ser que se hallan echo arreglos previos antes de la cirugía con la oficina de administración. Por cortesía el Center for Oral and Maxillofacial Surgery, S.C. sometera hasta dos formas con dichas compañías. Formas adicionales tendrán un costo mínimo que el paciente tendrá que cubrir por adelantado.

Firma de la Persona Responsable _____ Fecha _____

Nombre del paciente _____

Edad _____

HISTORIA MEDICA – Confidencial

Por favor conteste cada pregunta

1. ¿Por qué razón vino a esta oficina? _____
2. ¿Ha sido paciente en el hospital en los últimos 5 años? Si No
3. ¿Por qué razón? _____
4. ¿Ha estado bajo el cuidado de un doctor durante los últimos 5 años? Si No
5. ¿Por qué razón? _____
6. ¿Ha estado tomando algunas medicinas o drogas durante el año pasado?
(mujeres, incluyendo pastillas anticonceptivas) Si No
(Por favor haga una lista) _____

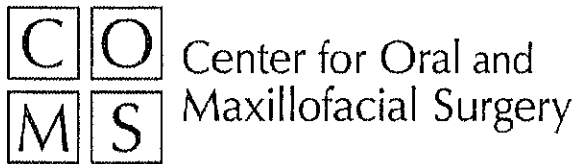
7. ¿Es usted alérgico (a) a la penicilina, aspirina, latex, o cualquier otra droga o medicina? Si No
8. ¿A padecido en alguna ocasión de sangrado excesivo o ha requerido tratamiento especial?.. Si No
9. Haga un círculo cual de las siguientes enfermedades a padecido:

Problemas del corazón	Hepatitis	Artritis	Cirugías complicadas
Lesiones congénitas del corazón	Asma	Derrame cerebral	¿Qué clase?
Soplo del corazón	Tos	Epilepsia	_____
Arterial alta Presión	Diabetes	Tratamiento siquiátrico	_____
Anemia	Tuberculosis	Coyonturas artificiales	_____
Fiebre reumática		Unión artificial de la cadera	_____
	Difteria	Remplazo de aorta	_____

10. ¿Ha padecido de otra enfermedad seria? Si No
11. ¿Ha sido diagnosticado con algún problema en su sistema inmunológico?
(Ha estado bajo tratamiento de Radiación, Quimioterapia, Sida, uso de esteroides etc.) Si No
12. ¿Ha padecido algún problema con sus mandíbulas,
como sonido, dolor o dificultad para abrir la boca? Si No
13. ¿Usted fuma? Si No
14. (Mujeres) ¿Está embarazada ahora? Si No
15. ¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido o tiene problemas con la anestesia general?
16. ¿Ha comido o bebido durante la últimas 8 horas? Si No
17. ¿Quién lo va a llevar a su casa hoy?
18. ¿Usa lentes de contacto? Si No

Firma _____

Fecha _____



Center for Oral and
Maxillofacial Surgery

*Geoffrey R. Warda, DDS, MS
*Kim Pansegrau, DDS, MS, MD
*Andrew J. Kramer, DDS
*Rhys P. Strasia, DDS
*TJ A. Dyer, DDS
*Scott R. Goldberg, DDS

**Diplomates of the American Board of
Oral and Maxillofacial Surgery*

RECONOCIMIENTO DE ANESTESIA Y USO DE MEDICAMENTOS DURANTE SU CUIDADO

Yo, _____ reconozco que ciertos medicamentos que me pueda recetar mi doctor en The Center for Oral and Maxillofacial Surgery, s.c. puede alterar mi estado de conciencia mental y hacer decisiones importantes. Dependiendo del tipo de anestesia, yo entiendo la importancia de cumplir con los siguientes:

- Abstenerme de conducir un vehículo.
- Abstenerme de operar maquinaria de cualquier tipo.
- Abstenerme de hacer importantes decisiones personales o de negocio.
- Abstenerme de beber alcohol de cualquier tipo.
- Abstenerme de tomar sedantes (recetados por otro doctor o sin receta médica)

REGLAS FINANCIERAS DEL PACIENTE

El pago debe hacerse al momento del servicio de cualquier procedimiento en la clínica, incluyendo consultas y radiografías. Para los pacientes cubiertos por un plan de seguro Médico/ Dental, le asistiremos llenando sus formularios de seguro. Casi todas las compañías de seguro responden entre cuatro a seis semanas. Por favor tome en cuenta que las compañías de seguro raramente pagan el balance entero de un tratamiento, incluso si la póliza dice "100% de cobertura". Todos los saldos de cuenta son la responsabilidad del paciente o el guardián. La firma del paciente, padre, o guardián es requerida antes de empezar el tratamiento.

El personal experimentado está aquí para asistir a nuestros pacientes. Hacemos todo lo posible para brindarle la mejor atención y las opciones financieras más convenientes. Para lograr esto, trabajamos mutuamente con usted para obtener la mayor cantidad de reembolso de la compañía de seguro por los procedimientos cubiertos.

Si su cuenta tiene un balance, se puede pagar en efectivo, cheque, tarjeta de débito, Visa, MasterCard, Discover, American Express, o CareCredit. Usted recibirá un estado de cuentas de nuestra oficina, el cual debe pagarse de inmediato. Las cuentas sobregiradas se enviarán a una agencia de cobros independiente o a un juzgado menor de reclamos.

Cualquier padre separado o divorciado que acompañe a un hijo dependiente durante el tratamiento se considerará responsable financieramente.

Entiendo la política de pago y la he leído en su totalidad. Por la presente autorizo la publicación de la información médica pertinente necesaria para mi tratamiento. Yo verifico que la información que he proporcionado es precisa.

Consentimiento para Cirugía Oral y Anestesia*

LA POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES ASOCIADAS CON CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL ES MUY BAJA, PERO CUALQUIER PERSONA QUE SE VA A SOMETER A CUALQUIER CIRUGÍA TIENE EL DERECHO DE CONOCER LOS POSIBLES PELIGROS Y COMPLICACIONES QUE SE PUEDEN LLEGAR A ENCONTRAR O RESULTAR ASOCIADAS CON ESTE PROCEDIMIENTO. ESTA INFORMACIÓN SE ENTREGA CON EL FIN DE OBTENER PERMISO PARA ESTA CIRUGÍA.

Yo doy permiso al Dr. _____, y/o cualquier otro doctor de cirugía oral o maxilofacial con quien está trabajando, de hacer el siguiente procedimiento: _____

tal como se me ha explicado, u otros procedimientos que se creen necesarios o recomendados para completar la cirugía planeada. El médico me ha explicado que el tratamiento propuesto es el que ordinariamente se realiza bajo las circunstancias existentes.

Yo entiendo que la razón del procedimiento/cirugía es tratar y posiblemente a corregir el tejido enfermo de esta región. El médico me ha avisado que si esta condición sigue sin tratamiento o cirugía, mi situación oral actual se puede empeorar con el tiempo, y los riesgos a mi salud podrían incluir (pero no están limitados a): hinchazón, dolor, infección, formación de quistes, enfermedad periodontal (de las encías), caries, maloclusión, fractura de la mandíbula, pérdida prematura de los dientes, y/o la pérdida prematura de hueso.

Yo he sido informado/a de posibles tratamientos alternativos (si existen), y las posibilidades de éxito, fracaso y/o riesgos de cada procedimiento. Sin embargo, es la opinión del médico que la terapia podría ayudar y que mi condición podría empeorar pronto sin el tratamiento recomendado.

El médico me ha explicado que hay ciertos riesgos inherentes y potenciales en cualquier plan de tratamiento o procedimiento, que en este caso pueden incluir (pero no están limitados a):

1. Incomodidad e inflamación después de la cirugía que podría resultar en varios días de reposo.
2. Sangramiento prolongado o que requiere tratamiento.
3. Lesiones a los dientes adyacentes o empastes.
4. Infección pos-operatoria que requería tratamiento adicional incluyendo hospitalización.
5. Apertura restringida de la boca por varios días o semanas.
6. La decisión de dejar un pedazo pequeño de la raíz en la mandíbula cuando sacarla requeriría una cirugía extensiva.
7. Fractura de la mandíbula.
8. Lesión al nervio abajo de los dientes que resultaría en entumecimiento del labio, barbilla, encías, cachete y/o lengua en el lado de la cirugía. Esta sensación podría durar varias semanas, meses o en algunas instancias podría ser permanente.
9. Apertura de las fosas nasales (un canal normal situado arriba de los dientes superiores), lo cual resultaría en cirugía adicional.
10. Molestias de la coyuntura temporomandibular que requerirían cirugía adicional.
11. Otro- explicado por el médico.

Yo estoy de acuerdo y entiendo que si usan sedativos intravenosos o anestesia general no puedo comer o tomar por lo menos 8 horas antes de mi cirugía pues podría tener resultados fatales.

* Esta es una traducción al español del formulario de Consentimiento en inglés que le han entregado. Por razones legales, usted puede usar esta traducción como guía para entender su contenido, pero hay que firmar el Consentimiento en inglés.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE CON RESPECTO A LA PANDEMIA DE COVID-19

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

El presente formulario de divulgación de información del paciente tiene como objetivo obtener información que debemos tener en cuenta antes de tomar decisiones con respecto a su tratamiento en el marco de la pandemia del virus de la COVID-19, también conocido como "coronavirus".

Un sistema inmunitario débil o deficiente (por enfermedades como diabetes, asma, EPOC, tratamiento oncológico, radiación, quimioterapia y cualquier enfermedad o afección médica actual o previa) puede exponerlo a un mayor riesgo de contraer la COVID-19. Le solicitamos que nos haga saber cualquier afección que afecte su sistema inmunitario y que comprenda que dicha información podría influir en nuestras decisiones de tratamiento.

Las personas con COVID-19 han informado la presencia de una amplia variedad de síntomas, que van desde síntomas leves a una enfermedad grave.

Estos síntomas pueden aparecer en un período de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Es importante que nos haga saber cualquier indicio de que podría haber estado expuesto a la COVID-19 o si ha experimentado alguno de los signos o síntomas asociados con el virus de la COVID-19.

	Antes de la cita		En el consultorio	
	Sí	No	Sí	No
¿Ha estado en contacto con alguien que haya dado positivo en la prueba del virus de la COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha dado usted positivo en la prueba del virus de la COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha realizado la prueba de la COVID-19 y está a la espera de los resultados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos o a zonas de alto riesgo en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene fiebre o una temperatura corporal por encima de lo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tomado algún medicamento antipirético (para bajar la fiebre), por ejemplo, ibuprofeno (Advil, Motrin u otros), acetaminofeno (Tylenol u otros), naproxeno (Aleve u otros) o aspirina en los últimos 14 días y, de ser así, por qué motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido falta de aliento o dificultad respiratoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene tos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene goteo nasal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido recientemente una pérdida o disminución del sentido del olfato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dolor de garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido escalofríos o temblores repetidos con escalofríos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dolor muscular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene otros síntomas similares a los de la gripe, como malestar gastrointestinal, dolor de cabeza o agotamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE CON RESPECTO A LA PANDEMIA
DE COVID-19**

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

¿Tiene alguna enfermedad cardíaca, pulmonar o renal, diabetes o algún trastorno autoinmune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene algún otro tipo de malestar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comprendo en su totalidad y confirmo la información, riesgos y precauciones explicados anteriormente y le he comunicado a mi proveedor de atención médica cualquier otra afección en mis antecedentes de salud. Al firmar este documento, confirmo que las respuestas que proporcioné anteriormente son verdaderas y precisas.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Nombre del paciente o representante legal, en letra de imprenta / Relación

COMUNICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL RIESGO FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

La Organización Mundial de la Salud ha categorizado al virus de la COVID-19, también conocido como "coronavirus", como una pandemia. En nuestro consultorio queremos asegurarnos de que conoce los riesgos de exposición a la COVID-19 que se corren al someterse a un tratamiento durante esta pandemia.

La COVID-19 es altamente contagiosa y tiene un largo período de incubación. Es posible que usted o sus proveedores de salud tengan el virus sin presentar síntomas y que aun así sean altamente contagiosos. La COVID-19 puede derivar en una enfermedad respiratoria potencialmente fatal en algunos pacientes. Usted podría estar expuesto al virus de la COVID-19 en cualquier momento y en cualquier lugar. Debido a la frecuencia de las visitas y a la probabilidad de cruzarse con otros pacientes del consultorio odontológico, las características del virus y las características de los procedimientos odontológicos, existe un elevado riesgo de contraer el virus simplemente por estar en el consultorio.

Los procedimientos odontológicos pueden generar pequeñas gotículas o "aerosoles" que pueden permanecer en el aire por varios minutos u horas. Estas gotículas pueden contener el virus de la COVID-19 y, por lo tanto, crear un riesgo de exposición al virus. No podrá utilizar una mascarilla de protección sobre la boca para reducir la exposición durante el tratamiento, dado que sus proveedores de salud necesitan tener acceso a su boca para brindarle la atención necesaria. Esto lo dejará en una posición vulnerable a la transmisión de la COVID-19 mientras recibe el tratamiento odontológico.

Para garantizar un ambiente seguro para nuestros pacientes y nuestro personal, este consultorio cumple con las normas y protocolos federales y estatales pertinentes sobre control de infecciones, protección personal universal y desinfección. Sin embargo, debido a la naturaleza de los procedimientos que realizamos, es posible que no podamos mantener el distanciamiento físico entre los pacientes, médicos y personal en todo momento.

Aceptación del paciente

Confirmando que he leído la comunicación anterior y que comprendo y acepto que existe un mayor riesgo de exposición a la COVID-19 al someterme a un tratamiento durante la pandemia.

Comprendo y acepto dicho mayor riesgo de exposición a la COVID-19 al recibir tratamiento en este consultorio.

También reconozco que podría haber estado expuesto al virus de la COVID-19 fuera de este consultorio y en forma no relacionada con mi visita.

He leído y comprendido la información detallada anteriormente:

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Nombre del paciente o representante legal, en letra de imprenta / relación