

## Conociéndote como nuestro paciente:

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ SOCIAL SECURITY#: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/ Nombre de la Esposo/a: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

### Como se entero de nuestra oficina?

Directorio telefonico  Familiar/amigo  Internet  Doctor  Volantes  Firmar por edificio

Otro \_\_\_\_\_

Por qué has venido a vernos hoy? \_\_\_\_\_

Dentista primario: \_\_\_\_\_ Fecha de la última limpieza/revisión \_\_\_\_\_

De donde agarro tu dentadura actual o parcial? \_\_\_\_\_

Que te gusta de ello? \_\_\_\_\_

Que desearias que fuera diferente al respecto? \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo lo has tenido? \_\_\_\_\_ Cuantos has tenido? \_\_\_\_\_

Con que frecuencia te lineas? \_\_\_\_\_ Ultima linea? \_\_\_\_\_

Uso de adhesivo? \_\_\_\_\_ Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

S N Malestar Mental O Emocional?  Bipolar  Depresion  Ansiedad  PTSD

Esquizofrenia  Demencia  Otro \_\_\_\_\_

S N Aprieto o rechino mis dientes durante el dia o mientras duermo?

S N Mis encias se sienten tiernas o hinchadas.

S N Mis encias sangran mientras se cepilla o usa el hilo dental.

S N Tengo problemas para comer.

S N He tenido una lesión facial o de la mandíbula.

S N Enfermedad del corazon.

S N Enfermedad del higado.

S N Trazo del habla o musculos faciales afectados? (que lado) \_\_\_\_\_

S N Hepatitis (Tipo) \_\_\_\_\_

S N Diabetes

S N Boca seca o sed excesiva

S N Presión arterial anormal

S N Anemia

S N Herpes

S N Trastorno de sangrado prolongado

S N Artritis

S N SIDA o VIH

S N Tuberculosis o enfermedad pulmonar

S N Enfermedad de transmision sexual/venerea

S N Trastorno inmunosuprimido

S N Asma

S N Enfermedad del riñon

S N Perdida de la audicion

S N Tumor o malignidad

S N Desmayos

S N Problemas de sinusitis

S N Cancer/Quimioterapia

S N Epilepsia/Convulsiones

S N Tratamiento de radiacion

S N Uso de productos de tabaco. Que tipo y por cuantos años? \_\_\_\_\_

S N Alergico a algun medicamento? \_\_\_\_\_

S N Sensativo o alergico a cualquier latex, metales o plasticos? \_\_\_\_\_

S N Tomar aspirina regularmente?

S N Tomar ibuprofeno regularmente?

En caso de emergencia contacte con:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Por favor liste cualquier medicamento:

---

---

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

## **Consentimiento de tratamiento y documento de políticas de la oficina**

- **ENTIENDO QUE, POR LA LEY, SE REQUIERE INFORMAR A LOS DATOS FUNDAMENTALES DEL ADMISIÓN DE CUALQUIER COBERTURA DE SEGURO DE CUALQUIER TIPO** \_\_\_\_\_ Iniciales del paciente
- Si tiene que **reprogramar su cita por cualquier motivo**, le pedimos que nos notifique por **telefono o correo electronico** dentro de las 24 horas a su cita programada. Habrá un cargo por las citas perdidas o no canceladas 24 horas antes de la cita.
- Esta oficina depende del reembolso del paciente por los costos incurridos en su caso. Entiendo que los servicios dentales que me brindan se cobran directamente a mí y que soy personalmente responsable del pago.
- La política de pago está a la mitad para comenzar el tratamiento y ordenar todos los materiales necesarios, como dientes, y la segunda mitad se debe a la finalización y entrega del dispositivo.
- Ningun aparato puede ser liberado o entregado si no se paga totalmente.
- El incumplimiento del paciente y / o la mala conducta, que incluyen y no se limitan a gritos, maldiciones y amenazas, no serán tolerados y resultarán en el despido inmediato de ese paciente
- Para las modificaciones, los ajustes y las reparaciones, el pago se debe realizar cuando se prestan los servicios.
- Entiendo que esta oficina ayudara a preparar mis formularios de seguro para ayudar a realizar cobros de las compañías de seguros y acreditar dichos cobros en mi cuenta, pero esta oficina no puede prestar servicios en el supuesto de que los cargos sean pagados por una compañía de seguros, los pagos son En última instancia la responsabilidad del paciente.
- Los rehacer se ofrecen por **razones razonables de ajuste y función, una sola vez si se considera necesario**. Cualquier otro remake incurrirá en una tarifa de rehacer según los cambios que se soliciten. Después de eso, podemos optar por otorgar un reembolso, sin embargo, los materiales básicos utilizados, los servicios como la tarifa de examen y los materiales especializados utilizados se deducen del reembolso disponible. **No se permitirán reembolsos después de 1 año de la fecha de entrega de dentadura.**
- **Prueba de cera**
  1. Una prueba de cera es una herramienta crítica o el médico y el paciente para garantizar que cualquier dispositivo hecho sea de buena calidad y para garantizar la satisfacción de nuestros pacientes.
  2. A menos que el médico renuncie la prueba en cera, es obligatorio y la aprobación debe ser firmada por el paciente. El incumplimiento del formulario de aprobación estética firmado dará lugar a la salida del paciente. Cualquier reembolso dado será menos los materiales utilizados hasta ese momento.
  3. Una vez que se haya otorgado el permiso para finalizar el aparato, los reembolsos se pueden realizar por completo hasta que se cambie el aparato de cera a plástico; sin embargo, una vez que la cera se convierte en plástico, un mínimo de \$ 500 por arco no es reembolsable debido a la pérdida de material por todos los materiales utilizados hasta ese momento
- Los ajustes son gratuitos para cualquier electrodoméstico nuevo durante los primeros 60 días, después de los cuales se aplica una tarifa de ajuste.
- **Con respecto a la alteración de un dispositivo que no fue originalmente fabricado por Denture Essentials**, los términos de la sección "Liberación y consentimiento para ajustar la prótesis dental en otra parte" se aplican en su totalidad.
- **La garantía y la garantía** de los aparatos fabricados en los elementos esenciales de la prótesis dental pero modificados por otra persona o práctica que no sean Denture Essentials quedarán automáticamente anulados y la responsabilidad transferida a la parte que realizó las modificaciones.
- **A pesar de que se ejerce el mayor cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de los aparatos protésicos, existe la posibilidad de fallas en pacientes que no se adaptan a las nuevas dentaduras.** Entiendo que el proceso de fabricación y ajuste de prótesis removibles (parciales y / o dentaduras

postizas) incluye riesgos y posibles fallas. Acepto asumir los riesgos y las posibles fallas asociadas, pero no limitadas a lo siguiente.

- 1.) **Dentaduras y dentaduras inmediatas:** hay muchas variables que pueden contribuir a una posibilidad de falla, como:
  - 1.) Tejidos de las encías que no pueden soportar las presiones que se colocan sobre ellos, lo que resulta en una sensibilidad excesiva o puntos doloridos, especialmente durante el proceso de curación después de la extracción y la colocación de la prótesis.
  - 2.) Las crestas que son móviles o atrofiadas o que tienen protuberancias óseas pueden no proporcionar un soporte y / o retención adecuados a medida que se produce una contracción después de las extracciones.
  - 3.) Musculatura en la lengua, suelo de la boca, mejillas, etc., que pueden no adaptarse y ser capaces de acomodar los nuevos aparatos artificiales.
  - 4.) Reflexión de la mordaza sensible o dificultad para hablar cuando la boca se adapta a las nuevas dentaduras.
  - 5.) Saliva excesiva o sequedad excesiva de la boca.
  - 6.) Problemas psicológicos y/o físicos generales que interfieren con el éxito.
- 2.) **Dentaduras parciales removibles:** muchas variables pueden contribuir al uso sin éxito de las dentaduras parciales (puentes removibles). Las variables pueden incluir aquellos problemas relacionados con la falla de dentaduras completas además de:
  - 1.) Los dientes naturales a los que están ancladas las prótesis parciales (llamados dientes pilares) pueden volverse sensibles, dolorosos y / o móviles a medida que el soporte de la cresta cambia durante la curación.
  - 2.) Los dientes pilares pueden deteriorarse o erosionarse alrededor de los cierres o accesorios.
  - 3.) Los tejidos que sostienen los dientes del pilar pueden fallar después de que se completa la curación.
- 3.) **Rotura:** Debido a los tipos de materiales que son necesarios en la construcción de estos aparatos, la rotura puede ocurrir, aunque los materiales utilizados no sean defectuosos. Los factores que pueden contribuir a la rotura son:
  - 1.) Masticar alimentos u objetos excesivamente duros
  - 2.) Encogimiento del tejido de las encías que hace que se ejerzan presiones excesivas en las dentaduras, especialmente cuando los tejidos se curan y cambian
  - 3.) Grietas que pueden ser imperceptibles y que ocurrieron previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2)
  - 4.) El uso de dientes de porcelana como parte de la dentadura postiza, o las dentaduras postizas que se hayan caído o dañado previamente en el caso de que la dentadura vuelva a formarse. Los factores mencionados anteriormente también pueden causar un gran desgaste de los dientes de la dentadura o astillado4.)
- 4.) **Dentaduras sueltas:** las dentaduras completas inmediatas normalmente se vuelven menos seguras durante los primeros meses a medida que avanza la curación y cambia la cresta. Las dentaduras no cambian a menos que estén sujetas a calor extremo o sequedad. Después de varios meses, una vez que se haya completado la cicatrización, las prótesis generalmente estarán bastante sueltas y será necesaria una reclinación o incluso una rebase (reemplazo de todo el tejido coloreado que soporta los dientes). Durante el proceso de curación, se pueden realizar algunos relés en el sillón, pero eventualmente será necesario un cambio de línea o rebase procesado en el laboratorio. Será necesario cobrar una tarifa por volver a forrar o rebasar las dentaduras postizas y entiendo que la tarifa para las dentaduras inmediatas no cubre esta tarifa de nueva línea o rebase. Las dentaduras parciales inmediatas pueden aflojarse por las mismas razones enumeradas.
- 5.) **Alergias a los materiales de la dentadura postiza:** con poca frecuencia, los tejidos orales pueden presentar síntomas alérgicos a los materiales utilizados en la construcción de dentaduras postizas parciales o dentaduras completas
- 6.) **Falla de los dientes de soporte y / o tejidos blandos:** Los dientes naturales que soportan dentaduras parciales inmediatas pueden fallar debido a la caries; trauma excesivo Problemas de las

encías o tejido óseo. Esto puede requerir extracción. Los tejidos blandos de soporte pueden fallar debido a muchos problemas, incluida la mala salud dental o general.

- 7.) **Sensación incómoda o extraña:** esto puede ocurrir debido a las diferencias entre los dientes naturales y las dentaduras postizas artificiales. La mayoría de los pacientes suelen acostumbrarse a este sentimiento a tiempo. Sin embargo, algunos pacientes tienen grandes dificultades para adaptarse a las dentaduras completas
- 8.) **Estética o apariencia:** los pacientes tendrán la oportunidad de observar la apariencia anticipada de las dentaduras antes del procesamiento. Si es satisfactorio, esta cara será reconocida por la firma del paciente (o la firma del tutor legal) en este formulario donde se indique.
- 9.) **Es responsabilidad del paciente buscar atención cuando ocurren problemas y no disminuir en un tiempo razonable; también, para ser examinado regularmente para evaluar la respuesta del tejido a las dentaduras durante la curación, el estado de las encías y la salud bucal del paciente.**

---

Por favor escriba su nombre

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE HIPPA**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de privacidad" para ayudar a garantizar que la información personal de atención médica esté protegida para su privacidad. La Regla de privacidad también se creó para proporcionar un estándar para que ciertos proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de su paciente para usos y divulgaciones de información médica sobre el paciente, para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Como nuestro paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros dentales personales y haremos todo lo posible para asegurar y proteger esa privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre las precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando sea apropiado y necesario, proporcionamos la información mínima necesaria solo para aquellos que consideramos que necesitan su información de atención médica e información sobre el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Con el fin de proporcionar atención médica que sea en su mejor interés.

También queremos que sepa que respaldamos nuestro acceso total a sus registros dentales personales según lo dispuesto en el Código del Estado de Washington. Es posible que tengamos relaciones de tratamiento indirectas con usted (como laboratorios que solo interactúan con médicos y no pacientes) y es posible que debamos divulgar información personal de salud para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Estas entidades a menudo no están obligadas a obtener el consentimiento del paciente.

Puede negarse a dar su consentimiento para el uso o divulgación de su información médica personal, pero esto debe hacerse por escrito. Según esta ley, tenemos el derecho de negarnos a tratarlo, en caso de que decida negarse a divulgar su Información de salud personal (PHI). Si decide dar su consentimiento en el documento, en algún momento en el futuro, puede solicitar rechazar la totalidad o parte de su PHI. No puede revocar acciones que ya se han tomado, que se basaron en este o un consentimiento previamente firmado.

Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPPA.

Tiene derecho a revisar nuestro aviso de privacidad, a solicitar restricciones y revocar el consentimiento, por escrito, después de haber revisado nuestro aviso de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del paciente /padre/madre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Sólo para uso de oficina**

\_\_\_\_\_ Paciente se negó a firmar. Razón: \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_

Kitsap ● 3100 Bucklin Hill Road, Suite 104 ● Silverdale, WA 98383 ● Phone: (360) 434-4429

Skagit ● 1524 Riverside Drive, Suite 1B ● Mt Vernon, WA 98273 ● Phone: (360) 420-4525