Consentimiento y políticas del consultorio

Consentimiento informado para la atención dental

Acepto que se me administren los anestésicos dentales necesarios que mi dentista considere apropiados para el tratamiento previsto. Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta; por lo tanto, un profesional responsable no puede garantizar los resultados del tratamiento dental que autorice y reciba. Entiendo que cada dentista ejerce de forma individual y es responsable de la atención dental que me haya brindado.

Autorización para radiografías y fotografías

Autorizo al Dr. Oliver y al personal que él designe a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y otros registros de diagnóstico que el dentista considere apropiados para evaluar a fondo mis necesidades dentales o las de las personas a mi cargo. También autorizo al consultorio a tomarme una fotografía para mi expediente médico electrónico.

Autorización para el pago de beneficios al proveedor

Entiendo que mi aseguradora puede pagar menos que el monto total de los servicios dentales recibidos. Acepto hacerme responsable del pago de todos los servicios prestados a mí o a las personas a mi cargo. Entiendo que el pago debe hacerse al recibir el servicio, a menos que se haya acordado otra forma de pago. Si la aseguradora me envía el pago directamente, soy responsable de entregarlo de inmediato al consultorio del Dr. Oliver.

Política de cancelaciones y citas no cumplidas

Se espera que los pacientes lleguen puntualmente a todas sus citas. Si un paciente llega más de 10 (diez) minutos tarde, la cita se registrará como no cumplida. Si necesitas cancelar, avísanos con al menos 24 horas de anticipación. Reservamos ese horario especialmente para cada paciente. Cancelar o no cumplir una cita afecta la organización del consultorio y a otros pacientes. Por eso, nos reservamos el derecho de dejar de atender a un paciente que cancele o no cumpla varias citas. Hacemos llamadas de recordatorio como cortesía, pero es responsabilidad del paciente llevar el control de sus citas.

Cambios en los datos de contacto

Es tu responsabilidad avisarnos si cambian tus datos de contacto. Si no podemos confirmar tu cita porque tu número está desconectado o tu buzón de voz está lleno, es posible que cancelemos la cita al no poder comunicarnos contigo.

Firma del paciente, madre/padre o tutor legal

Fecha

171 Sloan Rd, Franklin, NC 28734 | (828) 349-1469

Correo electrónico: info@macon-dental.com

Registro del paciente

Completa los datos y marca las casillas que correspondan.

Fecha | Hora | ID del paciente / ID del expediente

Nombre | Apellido | Inicial del segundo nombre

Nombre que prefieres usar

El paciente es: ☐ Titular de la póliza ☐ Responsable del pago

Responsable del pago (si es otra persona)

Nombre | Apellido | Inicial del segundo nombre

Dirección | Dirección, línea 2

Ciudad, estado y código postal | Buscapersonas

Teléfono de casa | Teléfono del trabajo / extensión | Celular

Fecha de nacimiento | N.º de Seguro Social | N.º de licencia de conducir

☐ También es titular de una póliza del paciente:

☐ Seguro principal ☐ Seguro secundario

Información del paciente

Dirección | Dirección, línea 2

Ciudad | Estado / código postal | Buscapersonas

Teléfono de casa | Teléfono del trabajo / extensión | Celular

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Estado civil: ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a

Fecha de nacimiento | Edad | N.º de Seguro Social

N.º de licencia de conducir | Correo electrónico

☐ Quiero recibir comunicaciones por correo electrónico.

Datos adicionales y seguros

Situación laboral: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Jubilado/a

Estudiante: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo

ID de Medicaid: _____

ID del empleador: _____

ID de la aseguradora: _____

¿Quién te recomendó?: _____

Contacto de emergencia: _____

Dentista de preferencia: _____

Farmacia de preferencia: _____

Higienista de preferencia: _____

Dentista anterior: _____

Teléfono del contacto de emergencia: _____

Información de seguros

Seguro principal

Nombre del asegurado

N.º de Seguro Social del asegurado

Fecha de nacimiento del asegurado

Parentesco con el asegurado:

☐ Yo mismo/a ☐ Cónyuge

☐ Hijo/a ☐ Otro

Empleador

Dirección del empleador

Dirección, línea 2

Ciudad, estado y código postal

Compañía de seguros

Dirección de la aseguradora

Dirección, línea 2

Ciudad, estado y código postal

Beneficios restantes

Deducible restante

Seguro secundario

Nombre del asegurado

N.º de Seguro Social del asegurado

Fecha de nacimiento del asegurado

Parentesco con el asegurado:

☐ Yo mismo/a ☐ Cónyuge

☐ Hijo/a ☐ Otro

Empleador

Dirección del empleador

Dirección, línea 2

Ciudad, estado y código postal

Compañía de seguros

Dirección de la aseguradora

Dirección, línea 2

Ciudad, estado y código postal

Beneficios restantes

Deducible restante

Historial médico

David Oliver, DMD PLLC | Formulario de historial médico de Eaglesoft

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de registro _____

Fecha _____ Hora _____

Aunque el personal dental trata principalmente la boca y sus alrededores, la boca forma parte de todo tu cuerpo. Los problemas de salud que puedas tener o los medicamentos que estés tomando... *[Esta oración está incompleta en el original.]*

Marca Sí o No. Si respondes Sí, explica donde se indique.

¿Actualmente estás bajo el cuidado de un médico? ☐ Sí ☐ No

Si respondiste Sí, explica: _____

¿Has estado hospitalizado/a o has tenido una cirugía importante? ☐ Sí ☐ No

Si respondiste Sí, explica: _____

¿Has tenido alguna lesión grave en la cabeza o el cuello? ☐ Sí ☐ No

Si respondiste Sí, explica: _____

¿Tomas algún medicamento, pastilla u otra droga? ☐ Sí ☐ No

Si respondiste Sí, explica: _____

¿Tomas o has tomado Phen-Fen o Redux? ☐ Sí ☐ No

Si respondiste Sí, explica: _____

¿Has tomado Fosamax, Boniva, Actonel u otro medicamento con bisfosfonatos? ☐ Sí ☐ No

Si respondiste Sí, explica: _____

¿Sigues alguna dieta especial? ☐ Sí ☐ No

¿Consumes tabaco? ☐ Sí ☐ No

¿Consumes sustancias controladas? ☐ Sí ☐ No

Si respondiste Sí, explica: _____

Para mujeres: marca lo que corresponda

☐ Estoy embarazada o intentando quedar embarazada.

☐ Estoy amamantando. ☐ Tomo anticonceptivos orales.

¿Tienes alergia a alguno de los siguientes?

☐ Aspirina ☐ Penicilina ☐ Codeína ☐ Acrílico

☐ Metal ☐ Látex ☐ Sulfonamidas ☐ Anestésicos locales

☐ Otra alergia: _____

Historial médico: condiciones de salud

¿Tienes o has tenido alguna de las siguientes condiciones? Marca Sí o No en cada fila.

SIDA / VIH positivo	☐ Sí	☐ No		Hepatitis A	☐ Sí	☐ No	
Enfermedad de Alzheimer	☐ Sí	☐ No		Hepatitis B o C	☐ Sí	☐ No	
Anafilaxia	☐ Sí	☐ No		Herpes	☐ Sí	☐ No	
Anemia	☐ Sí	☐ No		Presión arterial alta	☐ Sí	☐ No	
Angina de pecho	☐ Sí	☐ No		Colesterol alto	☐ Sí	☐ No	
Artritis / gota	☐ Sí	☐ No		Ronchas o erupción cutánea	☐ Sí	☐ No	
Válvula cardíaca artificial	☐ Sí	☐ No		Azúcar baja en la sangre	☐ Sí	☐ No	
Prótesis articular	☐ Sí	☐ No		Latidos cardíacos irregulares	☐ Sí	☐ No	
Asma	☐ Sí	☐ No		Problemas renales	☐ Sí	☐ No	
Enfermedad de la sangre	☐ Sí	☐ No		Leucemia	☐ Sí	☐ No	
Transfusión de sangre	☐ Sí	☐ No		Enfermedad del hígado	☐ Sí	☐ No	
Problemas para respirar	☐ Sí	☐ No		Presión arterial baja	☐ Sí	☐ No	
Moretones con facilidad	☐ Sí	☐ No		Enfermedad pulmonar	☐ Sí	☐ No	
Cáncer	☐ Sí	☐ No		Prolapso de la válvula mitral	☐ Sí	☐ No	
Quimioterapia	☐ Sí	☐ No		Osteoporosis	☐ Sí	☐ No	
Dolor de pecho	☐ Sí	☐ No		Dolor en articulaciones de la mandíbula	☐ Sí	☐ No	
Herpes labial	☐ Sí	☐ No		Enfermedad de las paratiroides	☐ Sí	☐ No	
Problema cardíaco congénito	☐ Sí	☐ No		Atención psiquiátrica	☐ Sí	☐ No	
Convulsiones	☐ Sí	☐ No		Radioterapia	☐ Sí	☐ No	
Uso de cortisona	☐ Sí	☐ No		Pérdida de peso reciente	☐ Sí	☐ No	
Diabetes	☐ Sí	☐ No		Diálisis renal	☐ Sí	☐ No	
Adicción a drogas	☐ Sí	☐ No		Fiebre reumática	☐ Sí	☐ No	
Falta de aire con facilidad	☐ Sí	☐ No		Reumatismo	☐ Sí	☐ No	
Enfisema	☐ Sí	☐ No		Escarlatina	☐ Sí	☐ No	
Epilepsia o crisis convulsivas	☐ Sí	☐ No		Herpes zóster (culebrilla)	☐ Sí	☐ No	
Sangrado excesivo	☐ Sí	☐ No		Enfermedad de células falciformes	☐ Sí	☐ No	
Sed excesiva	☐ Sí	☐ No		Problemas de los senos paranasales	☐ Sí	☐ No	
Desmayos / mareos	☐ Sí	☐ No		Espina bífida	☐ Sí	☐ No	
Tos frecuente	☐ Sí	☐ No		Enfermedad del estómago / intestino	☐ Sí	☐ No	
Diarrea frecuente	☐ Sí	☐ No		Accidente cerebrovascular	☐ Sí	☐ No	
Dolores de cabeza frecuentes	☐ Sí	☐ No		Hinchazón de brazos o piernas	☐ Sí	☐ No	
Herpes genital	☐ Sí	☐ No		Enfermedad de la tiroides	☐ Sí	☐ No	
Glaucoma	☐ Sí	☐ No		Amigdalitis	☐ Sí	☐ No	
Rinitis alérgica	☐ Sí	☐ No		Tuberculosis	☐ Sí	☐ No	
Infarto / insuficiencia cardíaca	☐ Sí	☐ No		Tumores o masas	☐ Sí	☐ No	
Soplo cardíaco	☐ Sí	☐ No		Úlceras	☐ Sí	☐ No	
Marcapasos	☐ Sí	☐ No		Enfermedad de transmisión sexual	☐ Sí	☐ No	
Problemas / enfermedad del corazón	☐ Sí	☐ No		Ictericia (piel u ojos amarillos)	☐ Sí	☐ No	
Hemofilia	☐ Sí	☐ No					

¿Has tenido alguna enfermedad grave que no aparezca en esta lista? ☐ Sí ☐ No

Si respondiste Sí, explica:

Comentarios:

Hasta donde sé, he respondido correctamente las preguntas de este formulario. Entiendo que dar información incorrecta puede poner en riesgo mi salud o la del paciente. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental sobre cualquier cambio en el estado de salud.

Firma del paciente, madre/padre o tutor legal

Fecha

Tu privacidad es importante

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que se ha puesto a mi disposición una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del consultorio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el aviso. Con mi firma a continuación, autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud protegida para los fines clínicos, financieros y de seguros que sean necesarios, según lo autorizado en el formulario de consentimiento del paciente.

Autorizo a los siguientes familiares o amigos a acompañar al paciente a sus citas dentales y autorizo que se comparta con ellos la información dental o médica protegida del paciente:

Nombre del familiar o amigo	**Fecha de alta**	**Fecha de baja**
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

Acepto recibir mensajes de texto: ☐ Sí ☐ No

Marca tus medios de comunicación preferidos:

	¿Podemos dejar un mensaje?
☐ Teléfono de casa	☐ Sí ☐ No
☐ Teléfono celular	☐ Sí ☐ No
☐ Teléfono del trabajo	☐ Sí ☐ No
☐ Otro: _____	☐ Sí ☐ No

Nombre en letra de molde del paciente o tutor legal _____ Relación con el paciente _____

Firma del paciente, madre/padre o tutor legal _____ Fecha _____

171 Sloan Rd, Franklin, NC 28734 | (828) 349-1469
Correo electrónico: info@macon-dental.com

Autorización para compartir expedientes

Odontología general

171 Sloan Rd, Franklin, NC 28734 | (828) 349-1469
Correo electrónico: info@macon-dental.com
Fax: (828) 369-2931

Yo (nombre completo) _____ Fecha de nacimiento _____

Por medio de la presente, autorizo, con efecto retroactivo y actual, la divulgación de mis expedientes como paciente y renuncio a los privilegios correspondientes. Estos expedientes pueden incluir lo siguiente:

- Todos los servicios dentales recibidos en los últimos 5 años.
- El expediente dental completo.
- Notas escritas a máquina o a mano.
- Planes de tratamiento realizados o propuestos.
- Radiografías dentales o cualquier privilegio reconocido por las leyes estatales o federales.

Para (quién recibirá los expedientes)

_____

De (quién enviará los expedientes)

_____

La información cuya divulgación autorizo se usará para continuar mi tratamiento dental. Esta autorización es vinculante para los herederos, albaceas o cualquier cesionario. En constancia de lo anterior, firmo en la fecha indicada a continuación.

Fecha

_____

Firma del paciente

_____

Testigo

_____