



## PATIENT INTAKE FORM

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

### 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_  
Si es menor de edad, por favor indique el Nombre del Padre: \_\_\_\_\_  
Empleador del Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono del Padre: \_\_\_\_\_  
¿Razón de la visita de hoy? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se ha ☐ Internet/En línea ☐ Conducir por/Entrar ☐ Familiar/Amigo ☐ Seguro ☐ Evento Escolar  
enterado de ☐ Medio de Comunicación Social ☐ Remitente  
nuestros servicios?

### 2. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL (Proveedor Principal)

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_  
Número Telefónico del Seguro: \_\_\_\_\_  
Número de Grupo: \_\_\_\_\_ Número dedeocal: \_\_\_\_\_

### 3. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL (Proveedor Secundario)

¿Tienes un seguro secundario? ☐ Sí ☐ No  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_  
Número Telefónico del Seguro: \_\_\_\_\_  
Número de Grupo: \_\_\_\_\_ Número dedeocal: \_\_\_\_\_

### 4. POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir nuestra oficina como su proveedor de atención médica dental. Estamos encarecidamente comprometidos para proporcionarle una atención dental de la más alta calidad, cuyo objetivo consiste en que usted pueda tener una salud bucal excelente. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, la cual requerimos que lea, acepte y firme antes de iniciar cualquier tratamiento. El pago debe ser realizado al momento de prestar el servicio. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques personales, tarjetas de crédito o una de las opciones de financiamiento de terceros que ofrecemos.

☐ Por favor, marque si desea obtener más información sobre las opciones de financiamiento.

#### ¿Tiene Usted un Seguro?

- Debemos enfatizar que como su proveedor de atención dental, nuestra relación es directamente con usted, nuestro paciente, no con su compañía de seguros. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros.
- Como cortesía hacia usted, le ayudaremos a procesar todos sus reclamos de seguro. Por favor, comprenda que le proporcionaremos una estimación del seguro, sin embargo, esto no garantiza que su seguro cancelará exactamente la cantidad estimada. Su compañía de seguros y los beneficios de su plan determinarán la cantidad a cancelar. Por supuesto, haremos todo lo posible para asegurarnos de que su presupuesto sea lo más accesible y exacto posible. Si su compañía de seguros no ha realizado el pago dentro de los 60 días, le solicitaremos que se comuniquen con su compañía de seguros para recordarles que se espera el pago. Si el pago no es recibido o su reclamo es denegado, usted será responsable de cancelar la cantidad total en ese momento.
- Le solicitamos que firme este formulario y/o cualquier otro documento necesario que pueda ser requerido por su compañía de seguros. Este formulario le indica a su compañía de seguros que realice el pago directamente a nuestra oficina.
- Le solicitamos que cancele el deducible y el copago, los cuales constituyen a la cantidad estimada no cubierta por su compañía de seguros, bien sea en efectivo, cheque, tarjeta de crédito o una de las opciones de financiamiento de terceros que le ofrecemos.
- Cooperaremos plenamente con los reglamentos y solicitudes de su compañía de seguros que puedan ayudar en la cancelación del reclamo. Nuestra oficina, sin embargo, no entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre cualquier reclamo.

**Estamos agradecidos por permitirnos servirle y atender sus necesidades de salud dental y estamos a su disposición para aclarar cualquier duda que presente sobre su cuidado o sobre nuestra política financiera.**

#### HIPAA y Consentimiento Financiero

He leído, entendido y estoy de acuerdo con los términos y condiciones anteriormente descritos. Autorizo a mi compañía de seguros para cancelar mis beneficios dentales directamente a mi consultorio dental. Entiendo que la responsabilidad por el pago de los Servicios Dentales proporcionados en este consultorio para mí o para mis dependientes es mía, debida y exigible en el momento en que los servicios son prestados, con la excepción de que los arreglos financieros hayan sido concretados. Adicionalmente, entiendo que un cargo por financiamiento, refacturación, cobranza y/o honorarios de abogados será agregado a cualquier saldo vencido. Al firmar a continuación, usted nos autoriza para comunicarnos vía telefónica por cualquier número que nos haya proporcionado, incluyendo llamadas a dispositivos móviles, celulares o similares para cualquier propósito legal. Usted acepta cualquier tarifa o cargo en el cual pueda incurrir por una llamada entrante de nuestra parte y/o llamadas salientes hacia o desde cualquiera de dichos números, sin la posibilidad de efectuar un reembolso por nuestra parte.

**Tenga en Cuenta: Los cheques devueltos estarán sujetos a cargos adicionales. En el caso de que sea necesario que nuestra oficina contrate un servicio de cobro y/o asistencia legal, usted será responsable de cualquier cobro y/o cargos legales.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

**5. HISTORIA DENTAL** Por favor, marque con una (✓) en cualquiera de las siguientes condiciones que aplican a usted.

En una escala del 1 al 10, siendo el 10 la calificación más alta: Ansiedad Dental 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 \_\_\_\_\_ Feliz con su sonrisa 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 \_\_\_\_\_

¿Qué desearía modificar en su sonrisa? ☐ Color ☐ Mordida ☐ Dientes torcidos o astillados ☐ Espacios ☐ Amontonamiento

☐ Cambio de imagen de su sonrisa ☐ Dientes perdidos ☐ Dientes más blancos ☐ Dientes sensibles al calor, frío, dulces o a la presión ☐ Otros

<b>Apariencia</b> <input type="checkbox"/> Dientes decolorados <input type="checkbox"/> Dientes planos o desgastados <input type="checkbox"/> Dientes mal formados <input type="checkbox"/> Dientes torcidos <input type="checkbox"/> Amontonamiento <input type="checkbox"/> Espacios entre los dientes o dientes perdidos <input type="checkbox"/> Mordida profunda <b>Dolor o Incomodidad</b> <input type="checkbox"/> Sensibilidad (Dulces calientes o fríos). <input type="checkbox"/> Presión o dolor al masticar <input type="checkbox"/> Dientes rotos o obturaciones dentales <input type="checkbox"/> Sequedad bucal <input type="checkbox"/> Otros: _____	<b>Función</b> <input type="checkbox"/> Afilado o apretado <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza matutino <input type="checkbox"/> Dolor al articular la mandíbula (TMJ) <input type="checkbox"/> Crujido o chasquido al articular la mandíbula (TMJ) <input type="checkbox"/> Impedimento del habla <input type="checkbox"/> Respiración bucal <input type="checkbox"/> Dolores musculares (cabeza, cuello) <input type="checkbox"/> Dificultad para abrir o cerrar la mandíbula <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar en ambos lados <b>Salud Periodontal (Encía)</b> <input type="checkbox"/> Encías sangrantes hinchadas e irritadas <input type="checkbox"/> Mal aliento	<input type="checkbox"/> Dientes flojos, inclinados o en movimiento <input type="checkbox"/> Enfermedad perio/encia previa <b>Condiciones o Patrón de Sueño</b> <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Ronquido <b>Hábitos</b> <input type="checkbox"/> Chuparse el pulgar <input type="checkbox"/> Morderse las uñas <input type="checkbox"/> Morderse la mejilla o el labio <input type="checkbox"/> Masticar hielo o objetos extraños. <b>Social</b> Paquetes de tabaco por día _____ Frecuencia de alcohol _____ Frecuencia de medicamentos _____	<b>Consumo Frecuente o Diario:</b> <input type="checkbox"/> Gaseosa o té dulce <input type="checkbox"/> Café con crema o azúcar <input type="checkbox"/> Bebidas energéticas o deportivas <input type="checkbox"/> Caramelos o dulces <input type="checkbox"/> Dieta alta en carbohidratos
---	--	---	---

**Por favor, comparta las siguientes fechas:** Su última visita al dentista \_\_\_\_\_ Su última limpieza \_\_\_\_\_

Para usted, ¿Qué es lo más importante acerca de su visita al dentista el día de hoy? \_\_\_\_\_

**6. HISTORIA MÉDICO.** Por favor, marque con una (✓) su respuesta para indicar si usted presenta o ha presentado alguna de las siguientes situaciones

**Por favor, marque con un círculo si usted presenta alguna de estas condiciones:** ☐ Válvula Cardíaca Artificial ☐ Endocarditis Infecciosa Previa ☐ Cardiopatía Cianótica no Reparada

☐ Válvulas Cardíacas Dañadas en el Transplante de Corazón ☐ Cardiopatía Reparada con Lesiones Residuales

¿Toma actualmente anticoagulantes? Si la respuesta es afirmativa, por favor indíquelo: \_\_\_\_\_

Por favor, indique los medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado alguna vez o está tomando actualmente algún medicamento para la Osteopenia, Osteoporosis o la Enfermedad Ósea? Si la respuesta es afirmativa, por favor indique los medicamentos.: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una enfermedad, operación o hospitalización grave en los últimos 5 años? En caso de ser afirmativa la respuesta, por favor indíquelo. \_\_\_\_\_

<b>Alergias Médicas</b> <input type="checkbox"/> Antibióticos (Penicillin/Amoxicillin /Clindamycin) <input type="checkbox"/> Opiáceos (Percocet, Oxycodone, Tylenol 3) <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Anestésico local <input type="checkbox"/> Antiinflamatorio Esteroideo <b>Otras observaciones o alergias</b> _____ _____ _____ _____	<b>Cáncer</b> Tipo _____ <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <b>Cardiovascular</b> <input type="checkbox"/> Angina (dolor en el pecho) <input type="checkbox"/> Afecciones cardíacas <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón. <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o baja <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<b>Endocrinología</b> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B o C <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea <b>Gastrointestinal</b> <input type="checkbox"/> Reflujo <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal <b>Hematológico o Linfático.</b> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo <input type="checkbox"/> Lastimarse fácilmente <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<b>Neurológico</b> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos <input type="checkbox"/> Adicción al alcohol o a las drogas <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica <b>Respiratoria</b> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfisema o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD) <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Tuberculosis	<b>Infecciones virales</b> <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> VIH positivo <input type="checkbox"/> Virus del papiloma humano <input type="checkbox"/> Úlceras bucales <b>Mujeres</b> <input type="checkbox"/> Actualmente embarazada Fecha de Vencimiento: _____ <input type="checkbox"/> Enfermería
--	--	--	---	---

¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico? Si es así, por favor indique: \_\_\_\_\_

Nombre Físico Completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Autorización:**

Yo autorizo al Doctor para tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otra ayuda de diagnóstico que el médico considere apropiada para realizar un diagnóstico completo sobre las necesidades dentales del paciente. También autorizo al Doctor para realizar cualquier y todas las formas de tratamiento, medicación y terapia que puedan ser indicadas. También entiendo que el uso de agentes anestésicos representa un cierto riesgo. He leído, entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones anteriormente descritos.

Firma del Paciente o del Tutor Legal

Nombre impreso

Fecha

Firma del Dentista o Higienista

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente. La privacidad de su información de salud es importante para nosotros.

#### **NUESTRO DEBER JURÍDICO**

Estamos obligados por las leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté vigente. El Aviso entra en vigencia el 01/01/2016 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestra práctica de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso efectivos para toda la información de salud que mantenemos. Incluida la información de salud que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y pondremos a disposición el nuevo Aviso a pedido.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este Aviso.

#### **USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Usamos y divulgamos su información de salud para el tratamiento, el pago y la operación de atención médica. Por ejemplo: Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información de salud a un médico o proveedor de atención médica que le brinde tratamiento. Pago: Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le brindamos.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, la revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud, la evaluación del desempeño de los médicos y proveedores, la realización de programas de capacitación, la acreditación, la certificación, la concesión de licencias o las actividades de acreditación.

**Su autorización:** Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede darnos una autorización por escrito para usar su información de salud o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitida por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo excepto los descritos en el Aviso.

**A su familia y amigos:** Debemos divulgarle su información de salud, como se describe en la sección Derechos del paciente de este Aviso. Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudarlo con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero solo si acepta que podemos hacerlo.

**Personas involucradas en el cuidado:** Podemos usar o divulgar información de salud para notificar o asistir en la notificación (incluyendo la identificación o localización) de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su atención, de su ubicación, su estado general o su fallecimiento. Si está presente, antes del uso o la divulgación de su información de salud, le brindaremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o divulgaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional y solo divulgaremos información de salud que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica. Usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir que una persona recoja recetas surtidas, suministros médicos, radiografías, fotografías digitales o formas similares de información de salud.

**Comercialización de servicios relacionados con la salud:** No utilizaremos su información de salud para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

**Requerido por la ley:** Podemos usar o divulgar su información de salud cuando así lo exija la ley. Abuso o negligencia: podemos divulgar su información de salud a las autoridades correspondientes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la seguridad de los demás.

**Seguridad nacional:** Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a funcionarios federales autorizados la información de salud requerida para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional legales. Podemos divulgar a las instituciones correccionales o a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley que tengan la custodia legal de la información de salud protegida del recluso o del paciente en determinadas circunstancias.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, postales o cartas)



Apellido:

Primer Nombre:

Segundo Nombre:

**Reconocimiento de prácticas de privacidad**

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y será utilizada para

- Proporcionar y coordinar mi tratamiento entre una serie de proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente,
- Obtener el pago de terceros pagadores por mis servicios de atención médica (compañías de seguros, agencias de servicios de cobranza, etc.)
- Llevar a cabo operaciones normales de atención de la salud, como actividades de evaluación y mejora de la calidad.

He sido informado del Aviso de Prácticas de Privacidad de mi proveedor dental que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida. Se me ha otorgado el derecho de revisar y recibir una copia de dicho Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que mi proveedor dental tiene derecho a cambiar el Aviso de prácticas de privacidad y que puedo comunicarme con esta oficina en la dirección que figura a continuación para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica y entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo entonces usted está obligado a cumplir con tales restricciones

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de información como, entre otros: diagnóstico, plan de tratamiento, información de facturación/estado de cuenta, información de seguros y reclamos a:

☐ Cónyuge: \_\_\_\_\_ ☐ Hijo(s): \_\_\_\_\_  
☐ Padres: \_\_\_\_\_ ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor

Fecha

**Odontología Cosmética- Modelo de Autorización**

I, (LETRA DE IMPRENTA) \_\_\_\_\_ ( ☐ dar/ ☐ no dar) Autorización a Salud Dental para grabar la imagen y/o voz (testimonio) del paciente mencionado a continuación y otorgo a Salud Dental todos los derechos para usar estos sonidos, imágenes fijas o en movimiento en cualquier medio con fines educativos, promocionales, publicitarios u otros que respalden la misión de la práctica dental. Acepto que todos los derechos sobre el sonido, las imágenes fijas o en movimiento pertenecen a Salud Dental.

Nombre del paciente (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Nombre del tutor (letra de imprenta solo es necesaria si el menor tiene menos de 18 años): \_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor

Fecha



Apellido:

Primer Nombre:

Segundo Nombre:

### 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: \_\_\_\_\_)

### Consentimiento general para recibir tratamiento

- 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.
- 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.
- En términos generales, el procedimiento odontológico puede incluir, entre otras cosas:
  - Una revisión bucal completa, radiografías, limpieza de los dientes y la aplicación de fluoruro tópico.
  - La aplicación de selladores de resina en los surcos de los dientes.
  - El tratamiento con empastes de dientes enfermos o lastimados
  - El tratamiento de tejido bucal enfermo o lesionado como consecuencia de lesiones traumáticas, accidentes o infecciones.
- 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.
- 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.
- 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