



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha: ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: / /	Sexo (marque uno): M F	# de Seguro Social:	
Estado civil (marque uno): Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)			
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono principal:		Correo electrónico:	
¿Tiene seguro dental? (marque uno) Sí No Nombre del seguro:			
Empleador:		Ocupación:	
Información de contacto de emergencia			
Nombre:		Apellido:	
Relación:		Teléfono:	
¿Quién lo refirió a nuestra oficina? Nombre:			
Apellido:		Relación con el paciente:	
Si está completando este formulario para otra persona, ¿cuál es su nombre y relación con esa persona?			
Nombre:		Relación con el paciente:	
Si actúa como representante legal del paciente, declaro que tengo el derecho y autoridad legal para consentir los procedimientos necesarios para este paciente. En caso de que esta autoridad cambie, me comprometo a notificar por escrito a la clínica de inmediato.			
INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE FINANCIERO (si corresponde)			
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: / /	Sexo (marque uno): M F	# de Seguro Social:	
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono principal:		Correo electrónico:	
Empleador:		Ocupación:	

Firma del paciente (o responsable legal): _____

Fecha: _____

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente:		Edad:	
Nombre del médico (y especialidad, si aplica):		Teléfono:	
Último examen físico:		Motivo:	
¿Cómo calificaría su estado general de salud? (marque uno) Excelente Bueno Regular Malo			
¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?	SI	NO	
1. Hospitalización por enfermedad o lesión. Si respondió sí, explique:			11. Anemia u otro trastorno de la sangre
2. Reacción alérgica a: <input type="checkbox"/> Aspirina, ibuprofeno, acetaminofén, codeína <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Eritromicina <input type="checkbox"/> Tetraciclina <input type="checkbox"/> Sulfa <input type="checkbox"/> Anestesia local <input type="checkbox"/> Flúor <input type="checkbox"/> Metales (níquel, oro, plata, otros _____) <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Nueces <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Otros _____			12. Sangrado prolongado
			13. EPOC, enfisema o dificultad para respirar
			14. Tuberculosis, sarampión o varicela
			15. Asma
			16. Problemas respiratorios o del sueño (apnea, ronquidos)
			17. Enfermedad renal
			18. Enfermedad hepática
			19. Trastornos de tiroides o paratiroides
			20. Colesterol alto
			21. Diabetes (último resultado de HbA1c si aplica: _____)
3. Problemas cardíacos o stent cardíaco en los últimos 6 meses			22. Trastornos digestivos o de alimentación (reflujo, anorexia, bulimia)
4. Antecedentes de endocarditis infecciosa			23. Osteopenia / osteoporosis (¿ha tomado bifosfonatos?: _____)
5. Válvula cardíaca artificial o defecto cardíaco reparado			24. Artritis
6. Marcapasos o desfibrilador implantado			25. Enfermedad autoinmune (ej. artritis reumatoide, lupus, esclerodermia)
7. Reemplazo articular			26. Glaucoma
8. Fiebre reumática o escarlatina			27. Lesiones en la cabeza o el cuello
9. Presión alta o baja			28. Epilepsia o convulsiones
10. Accidente cerebrovascular (derrame)			29. TDAH (trastorno de déficit atencional)



30. Infecciones virales o herpes labial		41. ¿Ha notado algún cambio en su salud en las últimas 24 horas? (fiebre, tos, diarrea, etc.)		
31. Bultos o hinchazón en la boca		42. ¿Toma medicamentos para el control de peso?		
32. Urticaria, sarpullido o alergias estacionales		43. ¿Toma suplementos alimenticios?		
33. Infección de transmisión sexual / VPH		44. ¿Se siente con frecuencia cansado o fatigado?		
34. Tumor o crecimiento anormal		45. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		
35. Radioterapia		46. ¿Fuma, ha fumado anteriormente o usa tabaco sin humo?		
36. Quimioterapia o medicamentos inmunosupresores		47. ¿Toma anticonceptivos orales?		
37. Dificultades emocionales		48. ¿Está actualmente embarazada?		
38. Tratamiento psiquiátrico		49. ¿Ha sido diagnosticado con un trastorno de la próstata?		
39. Medicamentos antidepresivos		50. ¿Está siendo tratado actualmente por alguna otra enfermedad?		
40. Consumo de alcohol o drogas recreativas				

Describa cualquier tratamiento médico actual, cirugía pendiente u otro tratamiento que pueda afectar su atención dental _____

Enumere todos los medicamentos, suplementos y/o vitaminas que ha tomado en los últimos dos años			
Medicamento	Motivo	Medicamento	Motivo

Certifico que he leído y respondido todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta o incompleta puede afectar mi tratamiento. Me comprometo a informar a la clínica sobre cualquier cambio en mi salud o historial médico en el futuro.

Firma del paciente (o responsable legal): _____

Fecha: _____

Firma del doctor: _____

Fecha: _____

FORMULARIO DE HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente:	Edad:		
Dentista anterior:	¿Cuánto tiempo fue paciente allí?		
Último examen dental:	Fecha de las radiografías más recientes:		
Fecha del tratamiento más reciente (distinto a una limpieza):			
Visito a mi dentista cada (marque uno): 3 meses 4 meses 6 meses 12 meses No regularmente			
¿Cómo califica su salud bucal? (marque uno) Excelente Buena Regular Mala			
¿Cuál es su preocupación principal en este momento?			
¿Está sintiendo algún dolor o molestia dental? Sí No Si respondió "Sí", ¿dónde?			
POR FAVOR RESPONDA SÍ O NO A LO SIGUIENTE:			SI NO
HISTORIA PERSONAL			
1. ¿Le da miedo recibir tratamiento dental? Si respondió sí, ¿qué tan intenso es su miedo en una escala del 1 (mínimo) al 10 (máximo)?			
2. ¿Ha tenido alguna experiencia dental negativa?			
3. ¿Ha tenido complicaciones por tratamientos dentales previos?			
4. ¿Alguna vez ha tenido dificultad para adormecerse o ha tenido reacciones a la anestesia local?			
5. ¿Ha tenido frenillos, tratamiento de ortodoncia o le han ajustado la mordida? Si respondió sí, ¿a qué edad?			
6. ¿Le han extraído dientes, tiene dientes que nunca se desarrollaron o ha perdido dientes por accidentes o traumatismos faciales?			
ENCÍAS Y HUESO			
7. ¿Le sangran o le duelen las encías al cepillarse o usar hilo dental?			
8. ¿Ha recibido tratamiento para enfermedad periodontal o le han dicho que ha perdido hueso alrededor de sus dientes?			
9. ¿Ha notado un sabor u olor desagradable en su boca?			
10. ¿Hay alguien en su familia con historial de enfermedad periodontal?			
11. ¿Ha tenido retracción de encías?			
12. ¿Se le ha aflojado algún diente sin haber tenido un golpe o lesión, o le cuesta morder una manzana?			
13. ¿Ha sentido ardor o dolor en la boca que no está relacionado con los dientes?			
ESTRUCTURA DENTAL			
14. ¿Ha tenido caries en los últimos 3 años?			
15. ¿Siente que tiene poca saliva o le cuesta tragar alimentos?			
16. ¿Siente o nota agujeros (como cráteres o picaduras) en la superficie de masticación de sus dientes?			



carillon
COSMETIC & GENERAL DENTISTRY

17. ¿Tiene dientes sensibles al calor, frío, al masticar, a los dulces o evita cepillarse ciertas zonas?		
18. ¿Tiene ranuras o muescas cerca de la línea de las encías?		
19. ¿Se le ha roto algún diente, ha tenido dolor de muela o empastes fracturados?		
20. ¿Se le queda comida atrapada frecuentemente entre los dientes?		
MORDIDA Y ARTICULACIÓN DE LA MANDÍBULA		
21. ¿Tiene problemas con la articulación de la mandíbula? (dolor, sonidos, dificultad para abrir, bloqueo, chasquidos)		
22. ¿Evita o le cuesta masticar chicle, zanahorias, nueces, pan duro, barras de proteína u otros alimentos duros o secos?		
23. En los últimos 5 años, ¿sus dientes han cambiado de forma (más cortos, delgados, desgastados) o ha cambiado su mordida?		
24. ¿Sus dientes se han vuelto más torcidos, apretados o encimados?		
25. ¿Han aparecido espacios entre sus dientes o se han aflojado más?		
26. ¿Muerde hielo, se come las uñas, sostiene objetos con los dientes u otros hábitos orales?		
27. ¿Aprieta o rechina los dientes durante el día o los siente adoloridos?		
28. ¿Tiene problemas para dormir (como inquietud o rechinar los dientes), se despierta con dolor de cabeza o consciente de los dientes?		
29. ¿Usa o ha usado alguna férula o aparato para la mordida?		
CARACTERÍSTICAS DE SU SONRISA		
30. ¿Hay algo de la apariencia de sus dientes que le gustaría cambiar (forma, color, tamaño)?		
31. ¿Se ha blanqueado los dientes alguna vez?		
32. ¿Se ha sentido incómodo(a) o cohibido(a) por la apariencia de sus dientes?		
33. ¿Ha quedado decepcionado(a) con la apariencia de trabajos dentales anteriores?		

Certifico que he leído y respondido todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta o incompleta puede afectar mi tratamiento. Me comprometo a informar a la clínica sobre cualquier cambio en mi salud o historial médico en el futuro.

Firma del paciente (o responsable legal): _____ Fecha: _____

Firma del doctor: _____ Fecha: _____



PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA Y RECONOCIMIENTO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información de salud, y cómo usted puede acceder a dicha información. Por favor, léalo detenidamente. Estamos comprometidos con proteger su privacidad. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) exige que le proporcionemos este aviso.

Cómo Podemos Usar y Divulgar Su Información de Salud:

- **Para tratamiento:** Compartir información con otros profesionales de la salud involucrados en su cuidado.
- **Para pagos:** Presentar reclamaciones a su compañía de seguros y gestionar la facturación.
- **Para operaciones de atención médica:** Evaluación interna de calidad, capacitación del personal o acreditación.
- **A asociados comerciales:** Podemos compartir información limitada con proveedores externos (por ejemplo, laboratorios, servicios de facturación), quienes también están obligados a mantener la confidencialidad.
- **Según lo exija la ley:** Tal como informes de salud pública, reportes de abuso o en respuesta a citaciones judiciales.

Sus Derechos:

- Puede solicitar una copia de sus registros médicos.
- Puede solicitar correcciones a sus registros.
- Puede solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho.
- Puede solicitar restricciones sobre cómo usamos o divulgamos su información (aunque no estamos obligados a aceptarlas).
- Puede solicitar métodos de comunicación confidencial (por ejemplo, que solo se le llame al celular, no se envíe correspondencia por correo).

Nuestras Responsabilidades:

- Estamos obligados a mantener la privacidad de su información de salud.
- Le notificaremos de inmediato si hay una violación de su información de salud no asegurada.
- No utilizaremos ni compartiremos su información con fines de mercadeo sin su consentimiento por escrito.

Reconocimiento de Recepción

Reconozco que he recibido y/o revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad proporcionado por esta clínica dental. Esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad y de hacer efectivas nuevas disposiciones para toda la información de salud protegida que mantenga.

Entiendo que puedo solicitar la versión actual del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta clínica en cualquier momento.

Firma del paciente (o responsable legal): _____ Fecha: _____



carillon
COSMETIC & GENERAL DENTISTRY

CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Autorizo a los profesionales dentales de esta clínica a realizar un examen dental completo, que puede incluir:

- Una revisión de mi historial médico y dental
- Un examen de cabeza y cuello
- Un examen intraoral de mis dientes, encías y tejidos blandos
- Fotografías intraorales y extraorales
- Radiografías necesarias con fines diagnósticos

Entiendo que esta información es necesaria para diagnosticar con precisión cualquier condición dental y para desarrollar un plan de tratamiento adecuado. Entiendo que tendré la oportunidad de revisar y dar mi consentimiento para cualquier tratamiento propuesto antes de que se realice.

Entiendo que ocultar información médica o dental puede afectar la precisión del diagnóstico y la seguridad de mi atención.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente (o responsable legal): _____ Fecha: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS Y VIDEOS

Como parte de su atención dental, podemos tomar fotografías o videos con fines de documentación, diagnóstico, planificación del tratamiento o con fines educativos. Por favor, lea lo siguiente e indique sus preferencias.

Uso Clínico (Requerido para Documentación)

Entiendo que se pueden tomar fotografías o videos para:

- Planificación del tratamiento y seguimiento del progreso
- Documentación del antes y después
- Referencia o comunicación con otros profesionales de la salud
- Educación y capacitación interna

Estas imágenes se mantendrán confidenciales y se utilizarán únicamente con fines profesionales dentales dentro de la clínica.

Doy mi consentimiento para el uso de mis imágenes con fines clínicos y diagnósticos, según lo descrito anteriormente

Uso para Marketing y Educación (Opcional)

Con su consentimiento adicional, podemos utilizar fotografías o videos seleccionados (por ejemplo, de su sonrisa, dientes o progreso del tratamiento) para fines promocionales, de marketing o educativos, incluyendo:

- Redes sociales (Instagram, Facebook, etc.)
- Contenido del sitio web
- Materiales educativos para pacientes o presentaciones

Nunca utilizaremos su **rostro completo** ni su **nombre** sin su permiso explícito.

Autorizo el uso de mis fotografías/videos con fines de marketing y educativos, según lo descrito anteriormente.

No autorizo el uso de mis imágenes con fines de marketing ni para ningún uso público.

Autorización y Firma

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, pero que dicha revocación no aplicará a usos o divulgaciones ya realizadas en base a esta autorización. Libero a esta clínica dental de cualquier responsabilidad asociada con el uso de estas imágenes conforme a lo autorizado.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente (o responsable legal): _____ Fecha: _____



POLÍTICAS FINANCIERAS Y DE LA CLÍNICA

Gracias por elegir nuestra clínica para su cuidado dental. Estamos comprometidos a brindarle tratamiento de alta calidad y mantener una comunicación clara. Por favor, revise las siguientes políticas financieras y administrativas, y firme al final.

Responsabilidad de Pago

El pago total se debe realizar al momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos. Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito, tarjetas de débito y opciones de financiamiento externo como CareCredit, Cherry y Avvance. La persona que firma a continuación es financieramente responsable de todos los tratamientos realizados, independientemente de la cobertura del seguro.

Tarjeta de Crédito Registrada

Para su comodidad y para facilitar el proceso de facturación, **requerimos que se registre una tarjeta de crédito o débito** en su primera visita. Esta tarjeta puede ser utilizada para:

- Saldos pendientes después de que se procese el seguro
- Cargos por citas perdidas o canceladas tarde (ver más abajo)
- Cualquier cargo no pagado en el momento del servicio

Se le notificará antes de realizar cualquier cargo. Toda la información de su tarjeta se almacena de forma segura conforme a los estándares de seguridad de datos.

Seguro Dental

Como cortesía, presentaremos los reclamos a su seguro dental. Sin embargo:

- Usted es responsable de conocer sus beneficios, cobertura y limitaciones del seguro.
- Los copagos, deducibles y servicios no cubiertos deben pagarse al momento del servicio.
- La responsabilidad financiera final por todos los servicios realizados recae en el paciente o garante, independientemente de la cobertura del seguro.

Con gusto le proporcionaremos un presupuesto por escrito antes del tratamiento, basado en la información suministrada por su aseguradora. Tenga en cuenta que estos presupuestos no garantizan la cobertura.

Cancelaciones y Citas Perdidas

Su cita está reservada exclusivamente para usted. Si necesita cancelar o reprogramar, por favor notifíquenos con al menos **24 horas de anticipación**.

No avisar con suficiente antelación o faltar a una cita sin previo aviso puede resultar en un cargo de **\$50 por cada hora de cita programada**:

- Cita de 1 hora = \$50
- Cita de 2 horas = \$100, y así sucesivamente

Este cargo **no puede ser facturado al seguro** y se cobrará a la tarjeta registrada.

Iniciales del paciente: _____



Las cancelaciones tardías repetidas o las ausencias a citas pueden resultar en la expulsión de la clínica o en la pérdida del privilegio de programar citas futuras.

Cheques Devueltos y Saldos Vencidos

Los cheques devueltos están sujetos a un **cargo de \$35**. Los saldos con más de **30 días** de vencimiento pueden generar cargos financieros y podrán ser referidos a una agencia de cobranza después de **90 días**, a menos que se hayan hecho arreglos previos.

Presupuestos de Tratamiento

Fomentamos una comunicación abierta sobre las opciones de tratamiento y sus costos. Usted recibirá un plan de tratamiento propuesto con tarifas estimadas, las cuales pueden cambiar en función de las condiciones clínicas descubiertas durante el tratamiento. Cualquier cambio será discutido antes de continuar.

Consentimiento de Comunicación

Al firmar a continuación, usted da su consentimiento para recibir recordatorios de citas, avisos de facturación y comunicaciones relacionadas con su tratamiento por teléfono, correo de voz, correo electrónico o mensaje de texto, a menos que indique lo contrario por escrito.

Reconocimiento y Aceptación

He leído y entiendo las políticas financieras y de la clínica descritas anteriormente, y acepto sus términos. Autorizo el uso de mi tarjeta de crédito registrada conforme a esta política. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente (o responsable legal): _____ Fecha: _____



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Para facilitar el proceso de facturación y ofrecer mayor comodidad, requerimos que una tarjeta de crédito o débito sea almacenada de forma segura en nuestro sistema. Su tarjeta solo se cobrará en las circunstancias que se indican a continuación y, siempre que sea posible, con previo aviso.

Usos Autorizados

Al firmar este formulario, usted autoriza a nuestra clínica dental a cargar su tarjeta para los siguientes fines:

- Saldos pendientes después del procesamiento del seguro
- Cargos por citas perdidas o cancelaciones tardías
- Cargos no pagados al momento del servicio
- Cualquier otro pago relacionado con el cuidado dental previamente acordado

Información de la Tarjeta

(Por favor, complete esta sección o presente su tarjeta en recepción. Por razones de seguridad, no se recomienda enviar este formulario por correo electrónico.)

- Nombre del titular de la tarjeta: _____
- Dirección de facturación: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____
- Tipo de tarjeta: Visa MasterCard AmEx Discover
- Últimos 4 dígitos de la tarjeta: _____
- Fecha de vencimiento (MM/AA): _____
- Número de teléfono: _____

Su tarjeta será almacenada de forma segura a través de nuestro procesador de pagos, cumpliendo con los estándares de seguridad de datos PCI (Payment Card Industry). No almacenamos la información completa de su tarjeta en la clínica.

Autorización y Acuerdo

Autorizo a esta clínica dental a almacenar de manera segura mi tarjeta de crédito/débito y a realizar cargos conforme a la política financiera. Entiendo que se me notificará antes de efectuar cualquier cargo, y que puedo actualizar o revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito

Nombre del paciente: _____

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha: _____