



## 1. Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenina  
 Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  Soltero  Casado  Divorciado  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Telefono De Casa \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_  
 Empleador De Paciente: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Nombre De Pareja/Padres: \_\_\_\_\_ Numero De Trabajo De Pareja: \_\_\_\_\_  
 Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
 A quien Debo Agradecer Su Refferencia? \_\_\_\_\_

## 2. Historia Medica

Esta Bajo Atencion Medica?            S            N            Si, Porque Razón: \_\_\_\_\_  
 Lista De Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Está Embarazada?            S            N            Si, Que Fecha Nace? \_\_\_\_\_

### Ha experimentado algo de lo siguiente? Circule

|                          |            |                               |                          |                               |
|--------------------------|------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Enfermedad Alzheimer     | Anafilaxia | Enfermedad Infecciosas        | Asma Emphysema           | Prolapso de la válvula mitral |
| Alta/Baja Presión        | Hepatitis  | Válvula artificial de Corazón | Tratamiento psiquiátrico | Ataque de Corazón             |
| Lesiones al Corazón      | Hemofilia  | Cáncer/Tumor                  | Desmayos o mareos        | Diabetes                      |
| Problema Respiratorio    | Anginas    | Fiebre escarlatina            | Radiación                | Problema De Sinusitis         |
| Problemas de los nervios | Anemia     | Problema De riñón             | Soplo Cardiaco           | Heart Murmur                  |
| Articulaos Artificiales  | Epilepsia  | Tuberculosis                  | Otros                    | _____                         |

Tiene Alergias **Al Látex**?            S            N  
 Alergias a **Penicilina, Codeína, Anestesia Local** ? Otras Alergias: \_\_\_\_\_  
 Fuma Tobacco?            S            N  
 A Sido Pre-Medicado Para Tratamiento Dental?            S            N  
 Cirugías? Que tipo: \_\_\_\_\_  
 Tiene Historia De Alcohol o Productos Quimicos?            S            N  
 Algún problema de Salud? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Fecha de ultimo Examen + Rayos X + Lipeza: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Autorización y Consentimiento

1. Certifico que he leído y entender la información anterior a lo mejor de mi conocimiento. Las preguntas anteriores han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo al dentista para liberar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen prestados a mí o mi hijo durante el período de dicha atención dental a terceros pagadores y de salud profesionales. Certifico que yo y mi dependientes tienen cobertura de seguro de arriba y asignar directamente a la odontología Hi-Tech todas las prestaciones del seguro, si los hay, a pagar lo contrario me por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable todos los cargos o no pagados por el seguro. Autorizo al médico para liberar a toda la información necesaria para asegurar el pago de prestaciones. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de seguros. A lo mejor de mi conocimiento, he contestado a todas las preguntas completamente y precisa. Informaré a mi dentista de cualquier cambio en mi salud o medicamentos.
2. Por la presente, autorizar y dirigir el dentista de odontología Hi-Tech & / auxiliares dentales de su elección, para realizar las siguiente tratamiento dental o procedimientos de cirugía oral, incluido el uso de anestesia local es necesario o conveniente, rayos x o diagnóstico de SIDA. Tratamiento de la higiene  
A- prevención (profilaxis) y la aplicación de fluoruro tópico  
B- aplicación de los selladores de plásticos para las ranuras de los dientes  
C- tratamiento de enfermos o heridos dientes con restauraciones dentales (rellenos y coronas)  
D- sustitución de los dientes perdidos con prótesis dentales (puentes, prótesis parciales, prótesis completas)  
E- eliminación (extracciones) de 1 o más dientes  
F- tratamiento de enfermos o heridos tejidos orales (o inmateriales)  
G- tratamiento de los dientes mal posicionados (torcido) & / oral anomalías de desarrollo o crecimiento.
3. Tengo entendido que hay riesgos involucrados en este tratamiento & abajo firmantes reconocen que estos riesgos se explicarán me que tendré la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento y los riesgos y que entiendo perfectamente la misma.
4. Estoy de acuerdo con el uso de anestesia local, óxido nitroso/oxígeno analgesia, drogas sedantes, restricciones físicas o control de voz, dependiendo de la sentencia de los médicos. Óxido nitroso/oxígeno en ocasiones pueden producir náuseas y vómitos. También soy consciente de que la pieza de nariz deja una sangría o un anillo alrededor de la nariz, que desaparece poco después del procedimiento. Entiendo y hayan sido informados de los anteriores riesgos y complicaciones.
5. Reconozco que en el curso del tratamiento circunstancias imprevistas pueden necesitar procedimientos adicionales o diferentes de los mencionados. I, por lo tanto, autorizar y solicitar el rendimiento de los procedimientos adicionales que se consideran necesario o deseable oral de la salud y bienestar en el juicio profesional del odontólogo.
6. Hay riesgo posible y las complicaciones asociadas con la administración de anestesia local, sedación y drogas. Los más comunes son la inflamación, sangrado, dolor, náusea, vómito, equimosis, hormigueo y entumecimiento de los labios, encías, cara y lengua, reacciones alérgicas, hematoma (inflamación o sangrado en o cerca del sitio de inyección), desmayo, labios y mejillas morder lo que da como resultado ulceración y la infección de la mucosa. También entiendo que hay riesgos potenciales raros como desfavorables reacciones a medicamentos en colapso respiratoria y cardiovascular (parada de la función respiratoria y el corazón) y la falta de oxígeno al cerebro que puede resultar en coma o muerte. Entiendo y hayan sido informados de los anteriores riesgos y complicaciones.
7. Autorizo también a los médicos usar fotografías, radiografías, otros materiales de diagnósticos y registro de tratamiento de enseñanza, investigación y publicaciones científicas.
8. Me le informamos que el éxito del tratamiento dental proporcionarse requerirá que el paciente y los padres sigan las instrucciones de postoperatorias y cuidado posterior de los dentistas. Estoy de acuerdo en que el éxito del tratamiento requiere que todas las instrucciones postoperatorias y cuidado posterior seguirse y visitas a esa oficina habitual como estaba previsto por mi dentista y se deben mantener sus auxiliares.
9. Por la presente digo que leído y comprender este consentimiento, y que todas las preguntas acerca de los procedimientos serán contestadas de manera satisfactoria. Entiendo que tengo el derecho a recibir respuestas a preguntas que puedan surgir durante y después del curso de mi tratamiento.
10. Más entiendo que este consentimiento permanecerán en vigor hasta el momento en que elijo terminarlo
11. He revisado una copia de la notificación de prácticas de privacidad de las oficina

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del responsable:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del doctor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_