

El pariente que acompaña el (la) niño (a) deberá pagar su cuenta el mismo día del tratamiento de no haber sido aprobado otro convenio.

### Información de el Niño/a

Nombre \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_  
 Apodo \_\_\_\_\_ O Niño O Niña  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Tel. Casa # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_  
 APT. # \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

### Persona Responsable de la Cutenta

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Casa # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

### Información de la Madre O Madrastra O Tutor

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Trabajo # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Casa # \_\_\_\_\_  
 Trabajo \_\_\_\_\_  
 SS # \_\_\_\_\_ DL# \_\_\_\_\_

### Información del Padre O Padrastro O Tutor

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Trabajo # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Casa # \_\_\_\_\_  
 Trabajo \_\_\_\_\_  
 SS # \_\_\_\_\_ DL# \_\_\_\_\_

Estado civil de sus padres  
 Soltero  Viudo  
 Casado  Divorciado  
 Separado

### Quien Acompaña el niño/a ?

Nombre \_\_\_\_\_  
 Parentesco \_\_\_\_\_  
 Tiene usted la custodia de este niño/a?  Si  No

### Seguro Dental Primario

Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_  
 Num. Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Num. de Poliza \_\_\_\_\_  
 Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
 Parentesco \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
 Trabajo \_\_\_\_\_

### Seguro Dental Secundario

Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_  
 Num. Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Num. de Poliza \_\_\_\_\_  
 Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
 Parentesco \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
 Trabajo \_\_\_\_\_

## HISTORIA DENTAL

Por favor responda las proximas preguntas:

Su Hijo(a) a visitado al Dentista en los ultimos 6 meses?  Si  No

Si, cual es el nombre del Dentista? \_\_\_\_\_

Si, cuando fue la ultima visita y el proposito? \_\_\_\_\_

Le han tomado rayos-X a su hijo(a)?  Si  No. Si, Cuando? \_\_\_\_\_

Su hijo(a) a tenido problemas con anesteticos?  Si  No. Si, explique? \_\_\_\_\_

Espera que su hijo(a) coopere bien?  Si  No. No, explique? \_\_\_\_\_

Seleccione como usted cree que su hijo(a) cooperara con el trabajo dental:

No se  Sin Problema  Poquito de Nervios  Nervioso(a)  Miedo

Comentarios \_\_\_\_\_

Cuales problemas a tenido su hijo(a) con visitas dentales en el pasado? \_\_\_\_\_

Razón por la visita de hoy:

Rutina  Cosmetica  Habitos Malos (Chupandose el dedo, etc.)  Ortodoncia  
 Comportamiento  Caries  Discapacidad Metal o Fisica  Otra

Razón: \_\_\_\_\_

---

Por favor responda las proximas preguntas:

Su hijo(a) tiene o ha tenido?

Chuparse el Dedo Desde Cuando? \_\_\_\_\_ Continua?  Si  No

habito con los dedos Desde Cuando? \_\_\_\_\_ Continua?  Si  No

Chupón Desde Cuando? \_\_\_\_\_ Continua?  Si  No

Trauma Dental Explique: \_\_\_\_\_

Su hijo(a) aprieta o muele sus dientes?  Si  No Si, explique \_\_\_\_\_

Le gusta la sorisa de su hijo(a)?  Si  No No, explique \_\_\_\_\_

Su hijo(a) duerme con el biberon?  Si  No Si, explique \_\_\_\_\_

Su hijo(a) toma mas que leche o agua?  Si  No Si, explique \_\_\_\_\_

## PREVENCIÓN

---

Cuantas veces su hijo(a) se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_

Supervisa cuando se cepillan o usan el hilo dental?  Si  No Quien Supervisa? \_\_\_\_\_

Su hijo(a) recibe:  Agua con Fluoruro

Agua embotellada

Vitaminas con Fluoruro

Fluoruro en tabletas/liquido

## HISTORIA MEDICA

---

Su hijo(a) esta recibiendo tratamiento por un:  Pediatra  Medico General

Por cual razon? \_\_\_\_\_

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Su hijo(a) esta en buena condición fisica?  Si  No. Si, no explique: \_\_\_\_\_

Esta tomando algun medicamento?  Si  No. Si, lista: \_\_\_\_\_

Su hijo(a) a sido hospitalizado o tratado en un cuarto de emergencia?  Si  No

Si, por que razon? \_\_\_\_\_

Su hijo(a) tiene?  Murmullo del Corazon  Clavos/Tornillos  Placas  Ninguno

Su hijo(a) a tenido que tomar antibioticos antes que ver al dentista?  Si  No

Su hijo(a) tiene o a tenido: problemas emocionales, mentales o de nervios?  Si  No

Si, explique: \_\_\_\_\_

Se lean quitado las amigdalas/adenoides a su hijo(a)?  Si  No

---

Indique si su hijo(a) a tenido:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Alergia a Penicilina             | <input type="radio"/> Retraso Mental             | <input type="radio"/> Murmullo del Corazon |
| <input type="radio"/> Alergia a un medicamento         | <input type="radio"/> VIH Positivo               | <input type="radio"/> Fisura del Paladar   |
| <input type="radio"/> Alergia a una comida             | <input type="radio"/> Diabetes                   | <input type="radio"/> Asma                 |
| <input type="radio"/> Alergia a Látex                  | <input type="radio"/> Epilepsia                  | <input type="radio"/> Hepatitis            |
| <input type="radio"/> Problemas con el Hígado          | <input type="radio"/> Tabaco/Drogas              | <input type="radio"/> Problemas de Sangrar |
| <input type="radio"/> Cancer                           | <input type="radio"/> Anemia                     | <input type="radio"/> Tuberculosis         |
| <input type="radio"/> Defecto De Hablar                | <input type="radio"/> Fiebre Reumatica           | <input type="radio"/> Autismo              |
| <input type="radio"/> Problemas De Conducta            | <input type="radio"/> Trastorno de los Huesos    | <input type="radio"/> Discapacidad Fisica  |
| <input type="radio"/> Trastorno de Deficit de Atención | <input type="radio"/> Trastorno de Piel (Eczema) | <input type="radio"/> Otro: _____          |
- 

Un Cardiólogo/a o otro especialista esta viendo al niño/niña?  Si  No

Nombre del Doctor/a: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Comentario acerca de los problemas fisicos: \_\_\_\_\_

---



**Dr. Jose Montoya**  
 9101 Lakeview Parkway, Suite 200  
 Rowlett, Texas 75088  
 Tel.: 972-412-5064 Fax: 972-412-5076  
 www.mymouthdental.com

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_ N.º de DL \_\_\_\_\_ N.º de SS \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_

Nombre	Inicial del segundo nombre	"Preferido"
_____	_____	_____

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código de área \_\_\_\_\_

N.º de Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Casado  Viudo  Soltero

Menor  Separado  Divorciado

Empleador del Paciente / Colegio \_\_\_\_\_

Ocupación / Pasatiempo \_\_\_\_\_

Empleador / Dirección del Colegio \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleador/Escuela (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

N.º de SS \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecerle por recomendarlo?

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Quién es responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Cía. de Seguros \_\_\_\_\_

N.º de Grupo \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

¿El paciente está cubierto por un seguro adicional?  Sí  No

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ N.º de SS \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Cía. de Seguros \_\_\_\_\_

N.º de Grupo \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO

Certifico que, yo y/o mi dependiente(s) poseo(emos) cobertura de seguro (s), con \_\_\_\_\_ y asigno directamente a  
 Nombre de la compañía(s) de seguros \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si hubiera, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.

El dentista arriba mencionado puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a la(s) compañía(s) de seguros antes mencionada(s) y a sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando mi plan de tratamiento actual se haya completado o un año desde la fecha firmada a continuación.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal \_\_\_\_\_

**Escriba en letra de imprenta el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal**

## INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA

Coloque una marca en "Sí" o en "No" para indicar si ha tenido alguna de las siguientes:

Motivo de la visita de hoy _____	• Sangrado de las encías	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Encías hinchadas o sensibles	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
_____	• Tratamiento periodontal	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Dientes flojos u obturaciones rotas	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Dentista anterior _____	• Mastique en un lado de la boca	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Dolor alrededor de la oreja	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
_____	• Fuma cigarrillo, pipa o cigarro	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Sensibilidad al morder	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Estado/Ciudad _____	• Crujido o chasquido en la mandíbula, dolor en la mandíbula	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Sensibilidad al calor, al frío o a los caramelos	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
_____	• Boca seca	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• ¿Está contento con su sonrisa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Fecha de la última visita al dentista _____	• Quita alimentos entre los dientes	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• ¿Le gustaría que sus dientes estuviesen más blancos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Fecha de la última radiografía dental _____	• Rechinar los dientes	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____		

-CONTINÚA AL DORSO-

# HISTORIA CLÍNICA



Nombre del médico y N.º de Tel \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado algún medicamento del grupo de fármacos denominados colectivamente como "fen-phen?" Estos incluyen combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marca de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina).  Sí  No

Coloque una marca en "Sí" o "No" para indicar si ha tenido alguna de las siguientes:

• SIDA / VIH	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Diabetes	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Enfermedad del hígado	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
• Artritis / Reumatismo	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Enfisema / problemas pulmonares o respiratorios	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Marcapasos	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
• Válvulas artificiales del corazón	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Epilepsia	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Embolia	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
• Articulaciones artificiales	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Glaucoma	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Hinchazón de los pies o los tobillos	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
• Asma	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Dolores de cabeza	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Ganglios linfáticos del cuello inflamados	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
• Sangrado anormal, con extracciones o cirugías	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Soplo del corazón / Plan MVP	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Problemas tiroideos	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
• Cáncer	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Problemas cardíacos _____	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Tuberculosis	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
• Dependencia de Sustancias Químicas	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Tipo de hepatitis _____	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Tumor o crecimiento en la cabeza o en la espalda	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
• Quimioterapia o radioterapia	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Presión arterial alta	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Úlcera	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
• Tratamientos con cortisona	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	• Enfermedad renal	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No			

¿Alguna vez ha tomado medicamentos para la osteoporosis tales como Fosamax?  Sí  No

¿Alguna vez le han dicho que tiene que tomar un antibiótico premedicado antes de cualquier visita al dentista?  Sí  No

¿Tiene alguna otra preocupación de salud? \_\_\_\_\_

## Mujeres:

¿Está usted embarazada?  Sí  No Fecha de parto: \_\_\_\_\_

¿Está amamantando?  Sí  No

¿Está tomando píldoras anticonceptivas?  Sí  No

## MEDICAMENTOS

Indique todos los medicamentos que está tomando actualmente y el diagnóstico correlacionado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia : \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## ALERGIAS

Aspirina

Barbitúricos (pastillas para dormir)

Codeína

Yodo

Látex

Anestesia local

Penicilina

Sulfa

Otro \_\_\_\_\_

## EN CASO DE EMERGENCIA PÓNGASE EN CONTACTO CON:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ n.º de Tel \_\_\_\_\_

He recibido una copia de este Aviso de Privacidad de esta oficina.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

## -----USO DE OFICINA ÚNICAMENTE-----

Se intentó obtener acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque:

\_\_\_\_ La persona se rehusó a firmar

\_\_\_\_ Las barreras en la comunicación impidieron obtener la confirmación

\_\_\_\_ Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación

\_\_\_\_ Otros (por favor especificar)

# Dr. Jose Montoya

9101 Lakeview Parkway, Suite 200  
Rowlett, Texas 75088

Tel.: Fax n.º 972-412-5064 972-412-5076

www.mymouthdental.com

-----PERMITA QUE NUESTRA FAMILIA ATIENDA A LA SUYA-----

## Consentimiento Informado - Odontología General

### 1. **EXÁMENES Y RADIOGRAFÍAS**

Entiendo que la visita inicial puede requerir radiografías con el fin de completar los exámenes, diagnóstico y plan de tratamiento. Entiendo que debo realizar el trabajo tal como se detalla en el plan de tratamiento adjunto.

Iniciales \_\_\_\_\_

### 2. **FÁRMACOS, MEDICAMENTOS Y SEDACIÓN**

He sido informado y entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden producir reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). He informado al Dentista de cualquier alergia conocida. Podrían causar somnolencia, falta de conciencia y de coordinación, lo cual podría aumentar debido al consumo de alcohol u otros medicamentos. Entiendo y estoy completamente de acuerdo en no operar ningún vehículo o dispositivo peligroso durante por lo menos 12 horas o hasta haberme recuperado totalmente de los efectos de la anestesia, medicamentos y fármacos que me pueden haber sido administrados en el consultorio para mi cuidado. Entiendo que el no tomar los medicamentos que me han sido recetados en la forma prescrita puede representar riesgos de una infección continua o agravada, así como de resistencia potencial al tratamiento efectivo para mi afección. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos (pastillas anticonceptivas). Entiendo que todos los medicamentos tienen el potencial de riesgos inherentes, efectos secundarios e interacciones medicamentosas. Por lo tanto, es muy importante que le diga a mi dentista cuales son todos los medicamentos que estoy tomando actualmente.

Iniciales \_\_\_\_\_

### 3. **CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO**

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las afecciones que se puedan presentaren los dientes, las cuales no se encontraron durante el examen, siendo el más común el tratamiento del conducto radicular, que sigue a los procedimientos de restauración de rutina. Yo doy permiso al dentista para realizar cualquiera o todos los cambios y adiciones que sean necesarios.

Iniciales \_\_\_\_\_

### 4. **PROFILAXIS DENTAL (LIMPIEZA)**

Entiendo que el tratamiento es de carácter preventivo, destinado a pacientes con encías sanas y que se limita a la eliminación de placa y el sarro de las estructuras dentales en ausencia de enfermedad periodontal (encías).

Iniciales \_\_\_\_\_

### 5. **OBTURACIONES**

Entiendo que una restauración más amplia que la diagnosticada originalmente puede ser necesaria debido a una caries adicional o una estructura dental sin apoyo que se encuentre durante la preparación. Esto puede dar lugar a otras medidas necesarias para restaurar el diente a la función normal. Esto puede incluir tratamiento de conducto, la corona, o ambos. Entiendo que se debe tener cuidado al masticar sobre la caries durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Entiendo que la sensibilidad es un efecto posterior común después de una obturación reciente.

Iniciales \_\_\_\_\_

### 6. **ÓXIDO NITROSO**

Elijo óxido nitroso junto con mi negación al tratamiento. He sido informado y entiendo los posibles efectos secundarios que pueden ocurrir. Estos incluyen, pero no se limitan a náuseas, vómitos, mareos y dolor de cabeza. Entiendo que el uso del óxido nitroso está contraindicado si estoy embarazada.

Iniciales \_\_\_\_\_

### 7. **BENEFICIOS DENTALES**

Entiendo que mi seguro puede proporcionar sólo los estándares mínimos de atención. Entiendo que la presentación del seguro y de recibir un beneficio es mi responsabilidad. Esta es una estimación basada en la información limitada obtenida de su compañía de seguros. Por favor, recuerde que su seguro dental es su responsabilidad. Como cortesía, lo ayudaremos con la presentación de sus reclamaciones; sin embargo, no podemos garantizar lo que le será abonado por su compañía de seguros. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro.

Iniciales \_\_\_\_\_

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta, y que por lo tanto los profesionales acreditados, no pueden garantizar propiamente los resultados. Reconozco que no se ha ofrecido ninguna garantía o seguridad respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y es individualmente responsable por el cuidado dental que se me ha proporcionado. Entiendo también que ningún otro dentista o entidad corporativa, más allá de los dentistas tratantes, es responsable de mi tratamiento dental. Yo acuso recibo y entiendo las instrucciones posoperatorias y se me ha dado una fecha de visita para regresar.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
DOCTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



Si necesita cancelar o cambiar su cita, por favor dé aviso a nuestra oficina al menos con 48 horas de anticipación. Esta política se basa en un calendario de días hábiles, por lo que se solicitan 48 horas hábiles. Tenemos una política fija de citas perdidas que se incluye en nuestra nueva documentación del paciente, pero queremos que usted sea plenamente consciente de ello con el fin de evitar la confusión o la frustración.

### **POLÍTICA DE CANCELACIÓN**

- **1° Cancelación / Reprogramación sin 48 horas hábiles de anticipación -  
Alguna persona de nuestra oficina le avisará de su cita perdida para determinar si hubo alguna circunstancia atenuante.**
- **2° Cancelación / Reprogramación sin 48 horas hábiles de anticipación:  
se le cobrará un monto de \$45.00. NO SERÁ facturado a su seguro.**
- **3° Cancelación/Reprogramación sin 48 horas hábiles de anticipación -  
En este momento, no se le otorgarán más turnos al paciente.**

No nos complace tener que atenernos a esta política. Es muy importante para el cuidado de nuestros pacientes que usted mantenga su cita con su proveedor. Cuando los pacientes no dan aviso por lo menos 48 horas antes de cancelar o reprogramar una cita impide que otros pacientes sean programados en estas vacantes disponibles.

Gracias,

Dr. Ashley Ramsey, DDS y el Dr. José Montoya, DDS

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



9101 Lakeview Parkway, # 200 | Rowlett, TX 75088

Tel.: 972-412-5064 | Fax: 972-412-5076

[www.MyMouthDental.com](http://www.MyMouthDental.com) | [www.MyKidzMouthDental.com](http://www.MyKidzMouthDental.com)

## Reconocimiento de Consentimiento para el uso y divulgación de la información de salud protegida (PHI)

Al firmar a continuación, reconozco que My Mouth Dental/My Kidz Mouth Dental ha hecho que el aviso de las prácticas de privacidad esté disponible para mí. Autorizo la divulgación de la información médica y dental a mi atención primaria o médico de referencia, a los consultores si es necesario, y según sea necesario para procesar las reclamaciones de seguros, solicitudes de seguros y las recetas médicas.

El paciente consiente que la Información Médica Protegida sea utilizada por My Mouth Dental/My Kidz Mouth Dental o divulgada a otros médicos, hospitales, laboratorios de patología, compañías de seguros, agencias de facturación, instituciones financieras o farmacias con fines de tratamiento, obtención de pago o el apoyo a las operaciones cotidianas de atención de la salud del centro.

El paciente debe revisar el Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de cómo su información de salud protegida (PHI) puede ser utilizada o divulgada. El paciente puede solicitar una copia de la notificación en la recepción. El paciente puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información de salud protegida. El paciente puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su información de salud protegida. **El paciente debe revocar este consentimiento por escrito.**

No se verá afectado cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido con anterioridad a la fecha en que se reciba su revocación de consentimiento. Esta oficina se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el Aviso.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad

---

Nombre

Fecha

---

Nombre del paciente en letra de imprenta (si firma como padre / tutor)



## Información de Contacto del Paciente

### Díganos cuál es la mejor manera de comunicarse con usted:

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

¿Puede el personal dejar un mensaje sobre las citas?

Teléfono de la casa:  Sí  No: (instrucciones específicas) \_\_\_\_\_

Móvil:  Sí  No (instrucciones específicas) \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo:  Sí  No (instrucciones específicas) \_\_\_\_\_

Otro Teléfono:  Sí  No (instrucciones específicas) \_\_\_\_\_

¿Existe alguna restricción para contactarlo?: \_\_\_\_\_

### La información médica a continuación sólo se divulgará a la(s) persona(s) siguiente(s):

1. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Toda la información médica / dental, incluyendo, pero no limitado a: citas, facturación, diagnóstico y procedimientos.

Sólo los siguientes tipos de información: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (Desde los 18 años) Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor (Menor, menores de 18 años) Fecha

## AUTORIZACION ESPECIAL DE ALTA MÉDICA

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) que nombro para autorizar el tratamiento (médico) para mi hijo a través de My Mouth Dental/My Kidz Mouth Dental y para tener acceso a la información médica de mi hijo. Yo entiendo que soy responsable de los servicios prestados para el tratamiento y pagos autorizados por mis representantes personales.

Si decido poner fin a la autorización de este formulario. Yo entiendo que debo hacerlo por escrito.

Por favor enumere cualquier persona que tiene la autoridad legal para llevar al niño a la clínica:

Nombre	Relación	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

He leído y estoy de acuerdo con la información anterior:

**Firmado por:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente (si es menor de edad)** \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de My Mouth Dental and My Kidz Mouth Dental? Por favor, compruebe todas las fuentes que corresponden. Puede marcar más de uno:

**REFERENCIAS:**

- Médico /MA/EE (Médico Asistente y Enfermera Especializada) Por favor proporcione su nombre para que podamos agradecerles \_\_\_\_\_
- Compañero Paciente: Por favor proporcione sus nombres para que podamos agradecerles \_\_\_\_\_
- Compañía de Seguros: favor proporcionar su nombre \_\_\_\_\_
- Familia / Amigo / Vecino: favor proporcione sus nombres para que podamos agradecerles \_\_\_\_\_
- Orientada por localidad
- Kroger Cartvertising en Rockwall

**MEDIOS DE COMUNICACIÓN:**

- Suburban Parent: Por favor, informe el mes en el cual recibió \_\_\_\_\_
- Tarjetas Postales por correo, por favor, informe el mes en el cual las recibió \_\_\_\_\_
- Cupón Valkap: Por favor, informe el mes en el cual recibió \_\_\_\_\_
- Páginas de anuncios publicitarios: Informe el mes en el cual recibió \_\_\_\_\_
- Facebook
- Google
- Yelp

**EVENTOS:**

- Comunidad: Por favor díganos el evento en el cual supo de nosotros \_\_\_\_\_
- Feria de la salud: Por favor, identifique la feria de la salud en la que nos vio \_\_\_\_\_

**OTRO:** Por favor, explique en pocas palabras cómo se enteró de nosotros: \_\_\_\_\_

Gracias por su tiempo.