



Wise Dental 1808 Chico Hwy., Bridgeport Tx 76426 940-683-3233

Complete la siguiente información para que podamos brindarle un mejor servicio.

PACIENTE: APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

Nombre deseado: _____ Fecha de nacimiento _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado (Menor de Edad)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____ (móvil) _____

Correo electrónico: _____

Seguro Dental: _____ Empleador: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ocupación: _____ Numero de SSN/ID: _____

Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____ (móvil) _____

Tiene otro seguro dental? Sí No Seguro Dental _____

Número de SSN o ID: _____ Empleador: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE O RESPONSABLE:

APELLIDO: _____ PRIMERO: _____ INICIAL: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código electrónico: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ SSN: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

APELLIDO: _____ PRIMERO: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Móvil) _____

INFORMACIÓN DE SU MÉDICO

Médico: _____ Teléfono: _____
 Nombre de Clínica: _____

HISTORIAL MÉDICO

- Y N Esta abajo cuidado de un médico ahora? _____
- Y N Cualquier graves enfermedades o cirugías? _____
- Y N Uso de tabaco en cualquier forma? Si la respuesta es sí, describe: _____
- Y N Tiene que tomar medicación antes de visitas dentales debido a una afección cardíaca o articulación artificial?
- Y N Toma cualquier prescripción o medicamentos diario? *Si la respuesta es sí, la lista de detalles en la sección de medicamentos.*

PACIENTES DE SEXO
 FEMENINO: Y N da pecho actualmente? Y N actualmente embarazada? Fecha de vencimiento: _____

Hay algo importante acerca de su condición médica no hemos pedido? Y N si la respuesta es sí, describe: _____

TODOS LOS PACIENTES: ¿TIENES O HAS TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES? (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN): NINGUNO

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> EL REFLUJO ÁCIDO | <input type="checkbox"/> BULIMIA | <input type="checkbox"/> LOS PROBLEMAS DE AUDICIÓN | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO |
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> CANCER/MALIGNIDAD | <input type="checkbox"/> ATAQUE AL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> LA RADIACIÓN/QUIMIOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> PARÁLISIS CEREBRAL | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES RESPIRATORIAS |
| <input type="checkbox"/> LA ANEMIA | <input type="checkbox"/> LA DEPENDENCIA DE PRODUCTOS QUÍMICOS | <input type="checkbox"/> SOPLO CARDÍACO | <input type="checkbox"/> LA FIEBRE REUMÁTICA |
| <input type="checkbox"/> ANOREXIA | <input type="checkbox"/> VARICELA | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS SINUSALES |
| <input type="checkbox"/> ANSIEDAD | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> PRESIÓN SANGUÍNEA ALTA | <input type="checkbox"/> TRAZO |
| <input type="checkbox"/> VÁLVULA CARDIACA ARTIFICIAL | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> LAS ARTICULACIONES ARTIFICIALES | <input type="checkbox"/> LA DIABETES | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE HÍGADO | <input type="checkbox"/> LA TUBERCULOSIS |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS | <input type="checkbox"/> MAREOS O DESMAYOS | <input type="checkbox"/> PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL | <input type="checkbox"/> LAS ENFERMEDADES VENÉREAS |
| <input type="checkbox"/> EL ASMA | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA O CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> MONONUCLEOSIS | <input type="checkbox"/> OTRO - POR FAVOR LISTA: |
| <input type="checkbox"/> AUTISMO/ASPERGER | <input type="checkbox"/> LAS INFECCIONES DE OÍDO FRECUENTES | <input type="checkbox"/> MARCAPASOS | |
| <input type="checkbox"/> TRASTORNO HEMORRÁGICO | <input type="checkbox"/> LAS ÚLCERAS | | |

TODOS LOS PACIENTES: ES USTEDES ALÉRGICO O HA TENIDO ALGUNA REACCIÓN A LA SIGUIENTE? (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN): NINGUNO

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> ASPIRINA | <input type="checkbox"/> LA CODEÍNA | <input type="checkbox"/> LA INTOLERANCIA A LA LACTOSA | <input type="checkbox"/> PÍLDORAS PARA DORMIR |
| <input type="checkbox"/> ANESTÉSICO LOCAL - | <input type="checkbox"/> DAIRY | <input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD DE METAL | <input type="checkbox"/> LAS SULFAS |
| <input type="checkbox"/> LOS BARBITÚRICOS | <input type="checkbox"/> LÁTEX | <input type="checkbox"/> SEDACIÓN CON ÓXIDO NITROSO | <input type="checkbox"/> LA PENICILINA Y OTROS ANTIBIÓTICOS |
| <input type="checkbox"/> OTRO - POR FAVOR LISTA: | | | |

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS

TODOS LOS PACIENTES: ¿ESTÁ TOMANDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN): NINGUNO

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> LOS ANTIBIÓTICOS Y SULFAS | <input type="checkbox"/> ANTIHISTAMÍNICOS Y ALERGIAS | <input type="checkbox"/> UNA ASPIRINA DIARIA | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL |
| <input type="checkbox"/> LOS ANTICOAGULANTES | <input type="checkbox"/> LOS MEDICAMENTOS DE QUIMIOTERAPIA DE CÁNCER | <input type="checkbox"/> CORTISONA/ESTEROIDES | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTO PARA EL CORAZÓN/DIGITALIS |
| <input type="checkbox"/> LA INSULINA | <input type="checkbox"/> NITROGLICERINA | <input type="checkbox"/> LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES | <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS MEDICAMENTOS |
| <input type="checkbox"/> OTROS MEDICAMENTOS PARA DIABÉTICOS | <input type="checkbox"/> LAS DROGAS RECREATIVAS | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS PARA LA TIROIDES | <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTES. |
| <input type="checkbox"/> OTROS (POR FAVOR, LA SIGUIENTE LISTA) | | | |

NOMBRE DE MEDICINA	FUERZA DE LA MEDICINA	RAZÓN DE LA MEDICINA

Firma del paciente/ Tutor Legal: _____
 Revisado por Dr. _____ Fecha _____



Wise Dental 1808 Chico Hwy., Bridgeport Tx 76426 940-683-3233

TÉRMINOS DE ACUERDO Y COMPRENSIÓN CON WISE DENTAL:

Entiendo que debo leer la siguiente sección y firmar que la he leído antes de que se proporcione cualquier tratamiento. Entiendo que Wise Dental no promete que todo será perfecto y que todo el trabajo realizado será permanente. Me doy cuenta de que mis dientes naturales pueden deteriorarse, astillarse, agrietarse, romperse o ceder, a pesar de los mejores esfuerzos del médico y todas las personas asociadas involucradas en el cuidado de mis dientes. Los resultados no se pueden garantizar ni predecir con certeza. Entiendo que el médico tiene sus propias limitaciones a pesar del mejor esfuerzo realizado por él / ella y es posible que no pueda brindar lo que deseo o lo que creo que merezco. Entiendo que cualquier garantía sobre los materiales o procedimientos dentales es válida solo si sigo mi programación regular de limpieza, raspado y alisado de raíces (si es necesario) y hago un seguimiento de las visitas al consultorio según lo recomendado. He leído lo anterior y acepto considerar estos conceptos en mis expectativas.

Firma: _____ **Fecha:** _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y ACUERDO FINANCIERO EN WISE DENTAL:

Su salud dental es muy importante para nosotros. También queremos que se sienta cómodo sabiendo que nada es más crucial para nosotros que protegerlo a usted y su salud. Estamos aquí para ayudarlo a pagar su tratamiento dental. Cuando se haya decidido el tipo de tratamiento, se fijará el tiempo para completar el tratamiento. Todos los arreglos financieros se harán con usted durante ese tiempo. Estamos obligados a obtener su

consentimiento para todo lo siguiente. Lea y firme la parte inferior de la página.

Pregúntenos si tiene alguna pregunta.

1. Uso de las herramientas de diagnóstico: Por la presente autorizo al dentista y al personal de Wise Dental a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y cualquier otra ayuda de diagnóstico que pueda ser apropiada para hacer un diagnóstico completo de mis necesidades dentales.

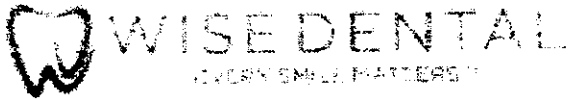
2. Si está firmando por un menor o es el cuidador, escriba el **nombre del paciente** aquí:

3. Aceptar el tratamiento: Tras dicho diagnóstico, autorizo al médico a realizar todos los tratamientos recomendados mutuamente acordados por mí y a emplear la asistencia necesaria para brindar la atención adecuada. Soy consciente de mi derecho a renunciar al tratamiento de cualquier tipo y soy consciente de las posibles consecuencias de no recibir tratamiento.

4. Divulgación de antecedentes médicos: He divulgado mi historial médico completo, incluidas alergias, reacciones a medicamentos, enfermedades y procedimientos anteriores. Entiendo que retener esta información puede afectar el resultado del (los) procedimiento (s) o curso (s) de tratamiento.

5. Anestesia local: acepto el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos según necesario. Entiendo perfectamente que el uso de agentes anestésicos conlleva ciertos riesgos. Entiendo que puedo pedir un relato completo de las posibles complicaciones.

6. Salvar mi vida: autorizo al médico y a cualquier otro asistente calificado o profesional médico administrar cualquier medicamento necesario que pueda ser necesario como medida para salvar vidas y realizar cualquier procedimiento obligatorio para salvar vidas



Wise Dental
1808 Chico Hwy
Bridgeport, TX 76426
www.wisedentaltx.com
Privacy Officer Phone: 210-616-2030
Privacy Officer Email: admin@hcr-audit.com

Autorización on para Usos y Divulgacias de su Información

Por la presente autorizo voluntariamente la divulgación de información de mi registro de salud. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito y presentarla a la Entidad Cubierta antes mencionada, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente, Padres (si el paciente es menor), ó Representante Legal

Date

La información de mi registro de salud debe ser revelada por la Entidad Cubierta arriba y debe proporcionarse a los siguientes:

Nombre de Persona/Organizacion

Nombre de Persona/Organizacion

Dirección

Dirección

Ciudad/Estado/ZIP

Ciudad/Estado/ZIP

La información que se divulgará de mi historial médico se limita a (marcar):

Solo información relacionada con: _____

Solo para el period de: _____ to _____

Toda la historia clínica.



Wise Dental
1808 Chico Hwy
Bridgeport, TX 76426
www.wisedentaltx.com
Privacy Officer Phone: 210-616-2030
Privacy Officer Email: admin@hcr-audit.com

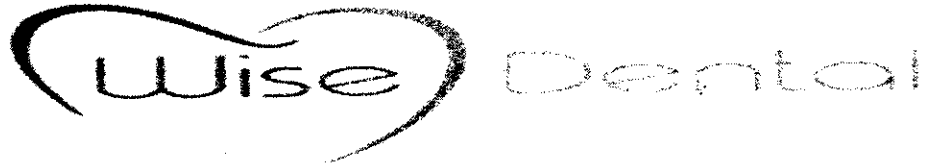
Reconocimiento de Notificacion de Practicas de Privacidad

He recibido la Notificacion de Practicas de Privacidad con fecha de 10/5/2020.

Name

Signature

Date



1808 Chico Hwy., Bridgeport Tx 75426

940-683-3233

www.wisedentaltx.com

Consentimiento Informado de las Redes Sociales

Wise Dental se complace en participar en medios de comunicación social como Facebook, Instagram, YouTube, Google, etc. A través de estos lugares, compartimos fotografías de nuestros personales y pacientes, actualizaciones de la oficina, nuevos concursos y otras actualizaciones de información útiles y divertidas que puede beneficiar a nuestros pacientes. Con el permiso de nuestros pacientes, nos complace en compartir publicaciones dando la bienvenida a nuevos pacientes de nuestra práctica, felicitando pacientes que completan su tratamiento y publicamos fotos de las nuevas sonrisas hermosas de pacientes.

Doy mi consentimiento para permitir que Wise Dental publique actualizaciones o fotografías de yo/mi hijo(a) en las redes sociales.

No doy mi consentimiento para que mi información o la de mi hijo(a) se comparta en redes sociales medios de comunicación.

Nombre del paciente

Firma de Paciente/Guardian

Padres con niños menores de 18 años

- Los niños menores de 18 años deben ir acompañados por un padre o tutor a la oficina. Debe permanecer con su hijo durante la cita. No puede dejar a su hijo y dejarlo sin supervisión.
- La ley establece que no podemos tratarlos sin el permiso de un adulto responsable. Los niños menores de 18 años que vienen sin un padre o tutor **no pueden** ser vistos en ese día. _____ **Iniciales**
- Debido a preocupaciones de seguridad, no podemos tener niños sin supervisión en la oficina. Por favor haga arreglos previos para la supervisión de sus hijos durante las visitas dentales.

Indique quién puede traer a su hijo, firmar formularios de consentimiento y tomar cualquier decisión dental sobre su hijo si no puede estar presente durante su cita.

Persona 1: _____ Relación: _____

Persona 2: _____ Relación: _____

Persona 3: _____ Relación: _____

Firma: _____

Fecha: _____