

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

## REGISTRO DEL PACIENTE

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PRIMER NOMBRE	SEGUND NOMBRE	APELLIDO	OTRO NOMBRE O APODO
CORREO ELECTRÓNICO			
DOMICILIO			FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> SOLTERO(A)
TELÉFONO DE CASA <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO CELULAR <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

<b>SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, PROPORCIONE LO SIGUIENTE</b>	NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR	RELACIÓN <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> ABUELOS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL		
	CORREO ELECTRÓNICO			
	DOMICILIO <input type="checkbox"/> IGUAL QUE ARRIBA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	TELÉFONO DE CASA <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO CELULAR <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
¿CON QUIÉN VIVE EL MENOR? <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> OTROS (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____				

### INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

PERSONA PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN
PARIENTE MÁS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN

### EL MAYOR COMPLEMENTO QUE NUESTROS PACIENTES NOS PUEDEN DAR ES REFERIR A SU FAMILIA Y AMISTADOS

¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLE? FAVOR DE PROPORCIONAR NOMBRE COMPLETO	¿ES PACIENTE NUESTROS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO – ELIGE ABAJO
¿CÓMO SE ENTERO DE NUESTRA OFICINA? <input type="checkbox"/> NUESTRA PÁGINA WEB <input type="checkbox"/> CARTELÓN <input type="checkbox"/> SU EMPLEADOR <input type="checkbox"/> PUBLICACION/CINDICATO DE UNION <input type="checkbox"/> EVENTO PÚBLICO <input type="checkbox"/> COMPAÑÍA DE SEGUROS <input type="checkbox"/> BUSCQUEDA EN LÍNEA <input type="checkbox"/> MEDIO SOCIAL <input type="checkbox"/> CENTRO DENTAL DE EMPLEADOS _____	

### SI USTED TIENE SEGURO DENTAL, POR FAVOR PROPORCIONE LO SIGUIENTE CON SU TARJETA DE SEGURO

SEGURO PRIMARIO	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO	TELÉFONO DEL SEGURO
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
NOMBRE DEL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
NÚMERO DE IDENTIDAL DEL ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
SÍ ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE EL COLEGIO	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO

SEGURO SECUNDARIO	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO	TELÉFONO DEL SEGURO
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
NOMBRE DEL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
NÚMERO DE IDENTIDAL DEL ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
SÍ ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE EL COLEGIO	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO

POR FAVOR FIRME EN LA PARTE POSTERIOR DE LA HOJA...

## REGISTRO DEL PACIENTE

## CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

**Reconocimiento de la Autorización de Pago por el Seguro:** Por este medio yo autorizo y ordeno que se paguen directamente a Access Dental/Blue Hills Dental los beneficios de mi seguro dental. De otro modo serían pagados a mí y por los servicios prestados. En el caso que la compañía de seguro me envíe el pago por error, entiendo que soy responsable de remitir dicho pago inmediatamente a Access Dental/Blue Hills Dental.

**Reconocimiento de Responsabilidad Financiera:** Estoy de acuerdo de ser responsable por el pago de todos los servicios que se presten en mi nombre o a nombre de mis dependientes. Entiendo que el pago debe efectuarse en el momento de recibir el servicio, a menos que se hayan hecho otros acuerdos. En el caso de que los pagos no se reciban en las fechas acordadas, entiendo que es posible que se sume a mi cuenta el 1-½% (18% tasa anual) de cargo por atraso o \$15 de cargo por atraso por pago tardío. También estoy de acuerdo en informar a Access Dental/Blue Hills Dental de cualquier cambio de domicilio o número telefónico dentro de los siguientes 30 días de dicho cambio. En el caso que no cumpla con ello, autorizo a Access Dental/Blue Hills Dental a utilizar todos los medios debidos, inclusive el uso de registros de historial de credito, para averiguar mi nueva dirección para propósitos de cobro.

**Aviso de Prácticas de Privacidad:** Reconozco que he recibido information sobre prácticas de privacidad, que describe las formas en que la práctica puede utilizar y divulgar mi información de salud para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica u otros usos descritos permitidos y divulgaciones, entiendo que me permite en contactar a mi Oficial de Privacidad designado en la notificación si tengo una pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en la Comunicación de la práctica de prácticas de privacidad.

**Reconocimiento de Materiales Dentales Hoja Informativa:** Reconozco que he recibido y leído la Hoja de Datos de Materiales Dentales antes de iniciar el trabajo restaurativo dental en Access Dental/Blue Hills Dental.

---

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

---

FIRMA DE LOS PADRES/PERSONA RESPONSABLE

FECHA

---

RELACIÓN CON EL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

# HISTORIAL DENTAL

**¡Bienvenido!** Para poder profeerle el mejor cuidado posible, por favor complete ambos lados de este formulario de historial dental/médico. Toda la información es completamente confidencial y sujeta a todas las leyes aplicables.

¿Alguna vez ha tenido las siguientes enfermedades o problemas? **Tuberculosis Activa**  SÍ  NO **Tos que produzca sangre**  SÍ  NO  
**SI SU RESPUESTA ES SÍ A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, POR FAVOR PARAR Y DEVOLVER ESTOS FORMULARIOS A LA RECEPCIONISTA.**

¿Cuál es la razón de su visita de hoy? \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita dental \_\_\_\_\_ Última Limpieza Dental \_\_\_\_\_ Últimos Rayos X Serie Completa \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? \_\_\_\_\_

**¿Algunos de sus dientes son sensibles a...?**

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                          | SÍ                       | NO                       |
| ¿Frío o calor?.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Dulces?.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Morder o masticar?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**¿Ha notado o con experiencia ...?**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | SÍ                       | NO                       |
| ¿Olores en la boca o malos sabores?.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Herpes labial, ampollas u otras lesiones en la boca?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Sus encías sangran o le duelen?.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Dientes flojos o cambios en la mordida?.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Comida atrapada entre los dientes?.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**¿Usted...?**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | SÍ                       | NO                       |
| ¿Aprietan o rechinan los dientes?.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Muerde sus mejillas, los labios o las uñas con regularidad?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Mantenga objetos con los dientes? (i.e., bolígrafos, uñas).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Respira por la boca despierto o dormido?.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tienen mandíbulas cansadas especialmente en la mañana?.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Roncar o tener otros trastornos del sueño?.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Fumo/masticar tabaco o usar otros productos de tabaco?...        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Toma café o té?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**¿Alguna vez ha tenido...?**

- |                                       |                          |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                       | SÍ                       | NO                       |
| ¿El tratamiento de ortodoncia?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa un retenedor?.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cirugía Oral?.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿El tratamiento periodontal?.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Sus dientes molido o mordedura?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Una dentadura completa/parcial?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Qué edad tiene?.....                 | _____                    | _____                    |
| ¿Un protector bucal?.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Qué edad tiene?.....                 | _____                    | _____                    |

**¿Cambiaría sus dientes si pudiera ...?**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | SÍ                       | NO                       |
| ¿Más blanco?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Más rectos?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Eliminar espacio?.....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Reemplazar los rellenos plateados por rellenos blancos?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Reparar dientes despostillados?.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Reemplazar dientes perdidos?.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Reemplazar coronas acabadas que no se conllevan?.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Mostrar menos encía?.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   |                          |                          |  |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
|   | SÍ                       | NO                       |  | SÍ                       | NO                       |
| ¿Se siente nervioso al recibir tratamiento dental?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes??..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿De ser así, cuál es su mayor preocupación? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna cuidado médico entre los dos últimos años?.....  SÍ  NO

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Por favor describa \_\_\_\_\_

CONTINÚA EN OTRO LADO...

# HISTORIA MÉDICA

Las siguientes preguntas son para su beneficio y asegurar que cualquier tratamiento dental tendrá en cuenta su estado de salud pasado y presente. Algunas preguntas pueden parecer ajenas a su condición dental, pero están todos asociados con el cuidado de la salud bucal. Por favor, conteste cada pregunta.

1. ¿Ha tomado algún medicamento o fármaco durante los últimos dos años? .....  SÍ  NO
2. ¿Toma actualmente algún medicamento, fármaco, pastillas o remedios herbales, incluyendo dosis de aspirina? .....  SÍ  NO  
Si la respuesta es sí, aliste el nombre y la dosis \_\_\_\_\_
3. ¿Es usted sensible o alérgico a alguna sustancia o medicamento? .....  SÍ  NO  
Si es sí, marque todas las que correspondan  Aspirina  Codeína  Darvon  Demerol  Eritromicina  Látex  Óxido nitroso  
 Penicilina  Percodan  Medicamento de Sulfa  Tetraciclina  Valium  Vicodin  Metales  Otros \_\_\_\_\_
4. ¿Alguna vez ha tomado medicamentos con receta médica para la pérdida de peso (pastillas de dieta)? .....  SÍ  NO  
¿Si la respuesta es sí, tomó alguno de los siguientes:  Fen-Phen  Pondimin  Redux  Other \_\_\_\_\_
5. ¿Alguna vez ha tomado fármacos para la osteoporosis o prevención de tal, como Fosamax, Actonel, Boniva o algún fármaco similar? .....  SÍ  NO
6. ¿Ha estado hospitalizado en los últimos cinco años? .....  SÍ  NO
7. ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o la boca? .....  SÍ  NO
8. ¿Le han dicho alguna vez que tome un pre-medicamento antes del tratamiento dental? .....  SÍ  NO
9. ¿Hay algo más acerca de tener un tratamiento dental que usted quisiera saber? .....  SÍ  NO  
Por favor explique \_\_\_\_\_
10. ¿Ha bajado o subido más de 10 libras durante el año pasado? .....  SÍ  NO
11. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, condición o problema que no se haya mencionado? .....  SÍ  NO
12. Si la respuesta es sí, por favor haga una lista \_\_\_\_\_
13. Indique cuál de las siguientes ha tenido, o tiene en la actualidad. Marque "SÍ" o "NO" a cada elemento.

**NOTA:** Algunas condiciones médicas pueden requerir una consulta médica con su médico antes del inicio de cualquier tratamiento dental.

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
A.I.D.S./H.I.V. Positivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dieta (especial/restringida).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos nerviosos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis/Reumatismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para tragar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo/ansiedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula cardíaca artificial/marcapasos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adicción a las drogas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos neurológicos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulaciones artificiales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótesis artificial.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia o convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica/psicológica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado excesivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad sanguínea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o mareos fuertes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre escarlata.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenta moretones con facilidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/alergia/urticaria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia falciforme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer, tumores, quistes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones en la cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía, enfermedad, ataque) al corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoplejía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardíaca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de tobillos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas/enfermedad de la tiroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos crónica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A B C.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes labial.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones cardíacas congénitas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta/baja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentes de contacto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema/enfermedad renal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (Si es sí, por favor haga una lista).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortisona.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática/Ictericia amarilla.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## MUJERES

14. ¿Está embarazada o piensa que pudiera estarlo? .....  SÍ \_\_\_\_\_ Meses  NO ¿Está actualmente amamantando? .....  SÍ  NO
15. ¿Toma anticonceptivos con prescripción? .....  SÍ  NO
16. ¿Tiene algún problema relacionado con su período menstrual? .....  SÍ  NO

He respondido a todas las preguntas según a mi conocimiento y comprensión. Si se necesitara más información, doy mi autorización para que se le pregunte a mi proveedor o agencia de atención médica correspondiente, quien puede revelarle dicha información. Notificaré al médico de cualquier cambio en mi salud o medicamento.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR)

FECHA

FECHA DE REVISIÓN HISTORIA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FECHA DE REVISIÓN HISTORIA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FECHA DE REVISIÓN HISTORIA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PACIENTE:** ¿Cualquier cambio en su historial de salud?  
 NO  SÍ – Si la respuesta es sí, describa

**PACIENTE:** ¿Cualquier cambio en su historial de salud?  
 NO  SÍ – Si la respuesta es sí, describa

**PACIENTE:** ¿Cualquier cambio en su historial de salud?  
 NO  SÍ – Si la respuesta es sí, describa

**DENTISTA:** La historia del paciente revisado.

**DENTISTA:** La historia del paciente revisado.

**DENTISTA:** La historia del paciente revisado.

FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR) FECHA

FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR) FECHA

FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR) FECHA

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ NÚMERO DE LA CARTA: \_\_\_\_\_

**1. a. ARBITRAJE**

El arbitraje es el proceso final para la resolución de cualquier disputa o controversia entre un paciente o un representante personal del paciente, ya sea el caso, y Access Dental/ Blue Hills Dental sobre la calidad de los servicios al paciente prestados a un paciente bajo este acuerdo para cualquier disputa o controversia relativa a la construcción, interpretación, ejecución o incumplimiento de este acuerdo. Al entrar en este acuerdo, el paciente está de acuerdo que tales disputas serán sometidas a arbitraje vinculante de conformidad con las normas pertinentes de la Asociación Americana de Arbitraje (AAA).

**I.** El paciente entiende y acepta que todas las disputas entre el paciente y Access Dental/ Blue Hills Dental o sus proveedores serán resueltas por la sumisión a arbitraje vinculante realizada por la AAA. Tales disputas o controversias incluyen, pero no se limitan a, las quejas relativas a la calidad, la necesidad o el resultado de los servicios prestados en virtud del presente formulario de consentimiento informado, así como la construcción, interpretación, cumplimiento o incumplimiento de los términos de este formulario de consentimiento informado.

**II.** Paciente reconoce, además, que al consentir a un arbitraje vinculante, el paciente está dando el derecho a que tales disputas decididas en un tribunal de justicia y / o ante un jurado. Una declaración de un tribunal u otro tribunal de jurisdicción competente que cualquier porción de este acuerdo de arbitraje es anulado o inejecutable no darán ninguna otra disposición anulado o inejecutable.

**b. INICIO DEL ARBITRAJE**

El arbitraje puede ser iniciado por llenar una demanda de arbitraje ante la AAA, ubicado en 225 Bush Street, 18th Floor, San Francisco, CA 94104- 4207, número de teléfono (415) 981-3.901. Una forma de la demanda puede ser obtenida de la AAA.

**c. COSTOS**

En todos los asuntos de arbitraje presentadas a la AAA, la parte que inicia la demanda de arbitraje deberá avanzar en todos los cobros administrativos relacionadas con los mismos.

**d. LOCALIZACIÓN**

Los procedimientos de arbitraje deberán presentarse en el condado donde se llevó a cabo el tratamiento del paciente, a menos que todas las partes en el arbitraje estén de acuerdo lo contrario por escrito.

**e. FORMA DE DECISIÓN**

Los sujetos estando de acuerdo que los árbitros deberán emitir una opinión escrita. La adjudicación de los árbitros será vinculante y puede ser ejecutada en cualquier tribunal que tenga jurisdicción de los mismos mediante y presentación de una petición de la aplicación de dicho premio. El sujeto arbitral deberá ir acompañado de una decisión por escrito explicando los hechos y las razones en que se basa el premio, incluyendo las determinaciones de hechos y conclusiones de derecho realizados y alcanzados por el árbitro.

**2. TRABAJO POR HACER:** Entiendo que los siguientes procedimientos se pueden realizar en mí como parte de mis tratamientos dentales: radiografías, empastes, puentes, coronas, extracciones, extracciones impactadas de piezas dentarias, endodoncias, prótesis dentales, prótesis parciales, tratamientos periodontal y otros posibles tratamientos dentales.

**3. RELLENOS:** Rellenos son procedimientos en los que el dentista remueve la estructura del diente cariado o una restauración defectuosa y lo reemplaza con resina compuesta o amalgama de plata. Entiendo que estos procedimientos podrían causar que los dientes sean sensibles al calor y frío, así como la masticación. La mayoría de las veces, estas sensibilidades son temporales y que va a desaparecer dentro de uno (1) o dos (2) semanas. Sin embargo, hay veces en las que debido a la profundidad del relleno en el diente, la pulpa o el nervio del diente se vuelve sensible de manera irreversible. En estos casos, será necesario el diente a ser tratado para la terapia de conducto radicular y posiblemente podría requerir un poste y una corona para ser totalmente restauradas. Entiendo que el dentista no puede garantizar que los dientes que reciban rellenos no tendrán que recibir los procedimientos adicionales antes mencionados y que ser responsable de los pagos para los tratamientos adicionales necesarios para restaurar los dientes, si el procedimiento inicial de rellenos no corrige el problema ..

**4. DROGAS Y MEDICAMENTOS:** Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento o hinchazón de los tejidos, dolor, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave).

**5. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO:** Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar los procedimientos debido a las condiciones encontradas durante el trabajo en los dientes que no se descubrió durante el examen. Doy mi permiso al Dentista para hacer esos cambios necesarios.

**6. EXTRACCIÓN DE DIENTES:** Alternativas a la eliminación se han explicado a mí (tratamiento de conducto, coronas y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista para eliminar los dientes señalados en el plan de tratamiento y cualesquiera otras necesarias en virtud del párrafo # 5. Entiendo que quitando los dientes no siempre remueve toda la infección, si está presente, y puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo el riesgo que implica una extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, diseminación de la infección, la alveolitis seca, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un período indefinido de tiempo (días o meses) o la mandíbula fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o incluso la hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento.

**7. ANESTESIA:** Entiendo los riesgos involucrados en la recepción de un anestésico local, algunas de las cuales son la parálisis facial, tejido inflamado, las reacciones adversas a los medicamentos que causan un paro cardíaco, aborto involuntario, hemorragia, daño a los nervios y / o entumecimiento. También entiendo en raras ocasiones los pacientes pueden tener reacciones alérgicas a la anestesia, que puede requerir atención médica de emergencia, o encontrar que la anestesia reduce la capacidad de controlar la deglución, lo que aumenta la posibilidad de pasar objetos extraños durante el tratamiento.

**8. CORONAS Y PUENTES:** Entiendo que a veces no es posible coincidir el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que se me puede usar coronas temporales, que pueden salir fácilmente y que debo tener cuidado para asegurar de que se mantenga hasta que las coronas permanentes se entregan, y que si yo no tengo la corona permanente colocada, graves daños permanentes o la

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

pérdida de los dientes / dientes afectados pueden derivarse, y que si me retraso la colocación puede hacer que los dientes afectados se muevan mover y haciendo que la corona permanente no se encaje correctamente. También entiendo que el borde inferior de una corona es generalmente diseñado para descansar cerca de la línea de las encías, que puede aumentar el riesgo de irritación de las encías, infección o caries. El cepillado correcto y el hilo dental en casa, una dieta saludable y limpiezas profesionales regulares son esenciales para ayudar a prevenir estos problemas.

9. **DENTADURAS - COMPLETA O PARCIAL:** Entiendo que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal y / o porcelana. Los problemas del uso de estos aparatos han sido explicados incluyendo aflojamiento, dolor, y posible rotura, y rebase debido al tejido y el cambio del hueso.
10. **TRATAMIENTO ENDODÓNTICO (ROOT CANAL):** Entiendo que no hay garantía que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y esa complicación puede ocurrir por tratamiento. De vez en cuando un instrumento de conducto radicular se romperá en un canal de la raíz que está torcido, curvado o bloqueado con depósitos de calcio. Dependiendo de su localización, el fragmento puede ser recuperado o puede ser necesario sellar en el canal de la raíz (estos instrumentos están hechos de acero quirúrgico estéril, no tóxico, por lo que este no causa ningún daño). También puede ser necesario realizar una apicectomía para sellar el canal de la raíz. Como resultado de la presentación en el canal de la raíz, la formación incompleta de su diente, o un absceso en el extremo del diente (llamado el ápice), una abertura puede existir entre el canal de la raíz y el hueso o el tejido que rodea el diente. Esta apertura puede permitir que la materia de relleno se a forzado a salir si el canal en el hueso circula en el tejido. Una apicectomía puede ser necesaria para recuperar el material del relleno y sellar el conducto radicular. Los dientes que reciben tratamiento de conducto puede ser más propenso a agrietarse y romperse durante varios años, que en última instancia puede requerir un puente o dentadura parcial.
11. **PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO) TRATAMIENTO:** Yo entiendo que tengo una enfermedad grave, causando la pérdida de las encías y la inflamación ósea o de la médula y que puede conducir a la pérdida de los dientes. Los planes de tratamiento alternativos se han explicado a mí, incluyendo la cirugía de las encías, reemplazos y / o extracciones.

Por lo presente solicito y autorizo a los dentistas y su personal, para realizar un trabajo dental sobre mí con el fin de tratar de mejorar mi apariencia, la función y la salud de la boca, los dientes, los huesos y los tejidos, como se explicó anteriormente.

El efecto y la naturaleza del procedimiento a realizar, y los riesgos involucrados, así como los posibles métodos alternativos de tratamiento han sido plenamente explicados a mí.

También autorizo al Dentista operativo y Asistentes realizar cualquier otro procedimiento que estimen necesarias o convenientes en el intento de mejorar la condición establecida en el formulario de tratamiento de diagnóstico o el tratamiento de condiciones insalubres o imprevistos que puedan surgir durante la operación.

Yo sé que la práctica de la odontología y la cirugía no es una ciencia exacta y que los profesionales, por tanto, de buena reputación no pueden garantizar adecuadamente resultados. Reconozco que nadie ha garantizado o seguridad el hecho por cualquier persona en relación con el tratamiento que he solicitado en el presente documento y autorizado.

Alternativas y posible reacciones malas han sido explicadas en detalle. Las complicaciones, como infección, hemorragia y / o sangrado, cicatrices, contracción, posibles deformidades, el tiempo de curación prolongado respecto a la estimación, la reacción a alguna droga antes, durante y después de la cirugía, entumecimiento o picazón de la lengua, labios, dientes, tejidos, (parestesia), fractura de mandíbula, la articulación temporomandibular (ATM) Complicación, que podría causar dolor localizado y sistémico que requiere futuros tratamientos incluyendo cirugía articular, etc., han sido claramente explicados.

**CONSECUENCIAS DE TRATAMIENTO NO REALIZAR::** Este curso de tratamiento le ayudará a aliviar sus síntomas. Si no se lleva a cabo ningún tratamiento, le seguirán síntomas, que pueden incluir dolor y / o infección, el deterioro del hueso que rodea los dientes, los cambios en la mordida, molestias en la articulación de la mandíbula y, posiblemente, la pérdida prematura de estos y otros dientes .

Se harán todos los esfuerzos razonables para asegurar que su condición es tratada adecuadamente, aunque no es posible garantizar un resultado perfecto. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido información adecuada sobre el tratamiento propuesto, que usted entienda esta información y que todas sus preguntas han sido respondidas plenamente.

**CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE EL CONSENTIMIENTO ANTERIOR PARA TRATAMIENTO DENTAL Y QUE LAS EXPLICACIONES EN EL MISMO SE REFIERE Y SE HICIERON. TODO LO QUE YO NO ENTIENDO SE FUE EXPLICADO A MÍ.**

---

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE DE FAMILIA/TUTOR

FECHA

---

FIRMA DE TESTIGO

FECHA

---

FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR)

FECHA