

¿Está llenando este formulario para usted o para otra persona?

Yo mismo Alguien más

¿Cómo te llamas? _____

Nombre _____ Apellido _____

¿Cuál es su relación con el paciente?

Información del Paciente

Nombre _____ Apellido _____

Nombre preferido _____ Fecha de nacimiento _____

Género Masculino Femenino No Binario(a) Estado civil _____

Número de Seguro Social o identificación fiscal (si no tiene uno, ponga 000-00-0000)

Domicilio _____

Teléfono de casa _____ Teléfono Celular _____

Correo electrónico (si no tiene un correo electrónico, escriba none@none.com) _____

¿Tienes un contacto de emergencia? Sí No

Nombre del contacto de emergencia _____

Número de contacto de emergencia _____

¿Cómo se enteró de nosotros?

Referencia profesional / o un Médico

Evento comunitario

Conduciendo y paso por la oficina /
Caminando y paso por la oficina

Programa Escolar / Presentación

Cartelera

Directorio de Compañías de Seguros

Búsqueda en Internet / Google

Redes sociales

Sitio web

Referencia familiar

Referencia de pacientes existentes

¿Alguna de las siguientes condiciones se aplica a usted?

Por favor, marque todo lo que corresponda, necesitamos esta información para mantenerlo saludable y seguro.

Corazón o circulatorio

- Angina
- Válvula cardíaca artificial
- Arteriosclerosis
- Enfermedad cardiovascular
- Válvulas cardíacas congénitas
- Válvulas cardíacas dañadas
- Trasplante de corazón
- Presión arterial alta
- Presión arterial baja
- Infarto
- Soplo cardíaco
- Endocarditis infecciosa
- Prolapso de la válvula mitral
- Marcapasos
- Embolia pulmonar
- Cardiopatía reumática

Pulmón o respiración

- Asma
- Bronquitis
- EPOC
- Fibrosis quística
- Enfisema
- Tuberculosis

Digestivo o dietético

- Reflujo ácido/acidez estomacal persistente
- Micción excesiva
- Enfermedad gastrointestinal
- Desnutrición
- Trastorno alimentario
- Pérdida de peso severa o rápida
- Dieta especial

Neurológico

- Autismo
- Aneurisma cerebral
- Lesión cerebral
- Epilepsia
- Desmayo
- Migrañas/dolores de cabeza intensos
- Convulsiones
- Golpe

Autoinmune

- Espondilitis anquilosante
- Enfermedad celíaca
- VIH o SIDA
- Inmunodeficiencia
- Lupus
- Esclerosis múltiple
- Artritis reumatoide

Otras condiciones

- Anemia
- Cáncer
- Diabetes
- Glaucoma
- Trastorno hemorrágico/hemofilia
- Hepatitis
- Ictericia o enfermedad hepática
- Osteoporosis
- Problemas renales/renales
- Apnea del sueño
- Enfermedades de transmisión sexual
- Reemplazo total de articulaciones

Comentarios o información adicional sobre su historial médico _____

 ¿Ha tenido alguna estadía en el hospital o alguna operación recientemente? Sí No

Comentarios o información adicional sobre las estadías y operaciones hospitalarias del paciente con fechas incluidas _____

Lea atentamente y verifique todo lo que se aplica con respecto a cualquier medicamento que pueda estar tomando o alergias que tenga. Necesitamos esta información para mantenerlo saludable y seguro.

¿Está tomando actualmente algún medicamento o suplemento?

Diabetes, colesterol, presión arterial o metabólica

- Avapro (Irbesartan)
- Coreg (Carvedilol)
- Coumadin (Warfarina)
- Crestor (Rosuvastatina)
- Klor-Con (cloruro de potasio)
- Lasix (Furosemida)
- Lipitor (Atorvastatina Cálctica)
- Lopresor (Metoprolol)
- Losartán (Cozar)
- Metformina (Glucophage)
- Microzide (Hidroclorotiazida)
- Norvasc (Amlodipino)
- Plavix (Clopidogrel)
- Pravachol (Pravastatina)
- Prinivil (Lisinopril)
- Tenormin (Atenolol)
- Toprol XL (Metoprolol)
- Tricor (Fenofibrato)
- Zocor (Sinvastatina)
- Zestoretic (Lisinopril)

Dolor

- Aspirina
- Codeína
- Demerol (Meperidina)
- Hidrocodona (Vicodin/Lortan/Norco)
- Ibuprofeno
- Percocet (Oxicodona)
- Ultram (Parcela)

Antibióticos

- Amoxicilina
- Clindamicina
- Ciprofloxacino
- Doxiciclina
- Tetraciclina
- Zithromax (Azitromicina)

Alergia, asma o respiración

- Claritin (Loratadina)
- Flonase (Fluticasona)
- Singulair (Montelukast)
- Ventolin (inhalador de albuterol)
- Zyrtec (Cetirizina)

Antidepresivos, ansiedad o conductuales

- Adderall
- Ambien (Zolpidem)
- Celexa (Citalopram)
- Cymbalta (Duloxetina)
- Effexor (Venlafaxina)
- Lexapro (Escitalopram)
- Neurontin (Gabapentina)
- Oleptro (Trazodona)
- Prozac (Fluoxetina)
- Xanax (Alprazolam)
- Wellbutrin (Bupropion)
- Zoloft (Sertralina)

Otro

- Aclasta/Reclast (Ácido Zoledrónico)
- Boniva (Ibandronato)
- Cialis (Tadalafil)
- Ciclobenzaprina (Flexeril)
- Didronel (Etidronato)
- Fosamax (Alendronato)
- Pantoprazol (Protonix)
- Prednisona
- Medrol (Metilprednisolona)
- Meloxicam (Mobic)
- Prilosec (Omeprazol)
- Synthroid (Levothyroxi)

¿Cuál es el peso actual (en libras) del paciente? _____

¿Tienes alguna alergia? Por favor, marque todo lo que corresponda, necesitamos esta información para mantenerlo saludable y seguro.

¿Tiene alguna alergia de la que tenga conocimiento? (por ejemplo, alergias a medicamentos o látex) Sí No

¿Tienes alguna de las siguientes alergias?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> AMOXICILINA | <input type="radio"/> VANZOMICINA |
| <input type="radio"/> PENICILLINA | <input type="radio"/> PRILOSEC |
| <input type="radio"/> LÁTEX | <input type="radio"/> ANTICONCEPTIVO ORAL |
| <input type="radio"/> ASPIRINA | <input type="radio"/> MEDICACIÓN |
| <input type="radio"/> VÍVERES | <input type="radio"/> EXTRACTO DE UVA |
| <input type="radio"/> TETRACYLLN | <input type="radio"/> CODEÍNA |
| <input type="radio"/> ANESTESIA | <input type="radio"/> NENHUMA ALERGIA A MEDICAMENTOS CONHECIDA |
| <input type="radio"/> POLEN | <input type="radio"/> BARBITÚRICOS O SEDANTES |
| <input type="radio"/> ANIMALES | <input type="radio"/> YODO |
| <input type="radio"/> FENTANILO | |

¿Está embarazada o cree que podría estarlo? Sí No

¿Está amamantando actualmente? Sí No

¿Consumes drogas recreativas? Sí No

¿Usted fuma? Sí No

¿Aproximadamente cuánto fumas por día? _____

¿Hay algún trastorno del desarrollo? (mental o físico) Sí No

¿Hubo alguna complicación durante el parto (p.ej. parto prematuro) o problemas con el crecimiento físico?

Sí No

¿Tiene un médico de atención primaria? Sí No

Nombre del médico _____

Número del médico _____

¿Cuál es el nombre de su farmacia preferida? _____

¿Cuál es la dirección de su farmacia preferida? _____

¿Cuál es el número de teléfono de su farmacia preferida? _____

Firma del paciente o tutor _____

Historia Dental

¿Por qué cambias de dentista?

- Cambio de residencia
- Cambio de seguro
- Esta oficina está más cerca
- Mi último dentista está jubilado o cerrado
- No estaba feliz con mi último
- Era demasiado caro
- Te recomendaron
- No tengo dentista anterior
- Otro

¿Puede proporcionar más detalles? _____

¿Cuál es el motivo de su cita?

- Examen
- Limpieza
- Dolor
- Cosmético
- Segunda opinión o consulta
- Otro

¿Puede proporcionar más detalles? _____

¿Tiene alguna información adicional que le gustaría proporcionar relacionada con su cita? Sí No

¿El paciente practica algún deporte? Sí No

¿Hubo alguna vez un hábito de succión (chupete, dedo, pulgar) después de un año de edad? Sí No

¿Hay antecedentes familiares de caries? Sí No

¿Hay bocadoos frecuentes entre comidas? Sí No

¿Alguna vez has tenido una mala experiencia en el dentista? Sí No

¿Puede proporcionar más detalles sobre su mala experiencia? _____

¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que viste a un dentista?

- Un mes
- Tres meses
- Seis meses
- Un año
- Dos años
- Tres o más años
- Nunca he ido al dentista

¿Alguna vez ha tenido una mala reacción a la anestesia dental? Sí No

¿Ha tenido alguna complicación después del trabajo dental? Sí No

¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío? Sí No

¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usas hilo dental? Sí No

¿Eres consciente de alguna llaga o áreas irritadas en tu boca? Sí No

¿Rechinas los dientes? Sí No

¿Alguna vez te han diagnosticado con enfermedad periodontal? Sí No No sé

¿Alguna vez ha recibido tratamiento para su enfermedad periodontal? Sí No No sé

¿Con qué frecuencia te cepillas?

- Nunca
- Ocasionalmente
- Una vez al día
- Dos veces al día
- Cada vez que como

¿Con qué frecuencia usas hilo dental?

- Nunca
- Ocasionalmente
- Una vez al día
- Dos veces al día
- Cada vez que como

¿Te gusta tu sonrisa? Sí No

¿Qué te gustaría cambiar? _____

- La posición o alineación de mis dientes
- El color de mis dientes
- Huecos en mis dientes
- La forma de mis dientes
- Sonrisa gingival
- Otros

¿Puede proporcionar más detalles?

¿Está interesado en saber más sobre alguno de los siguientes?

- Blanqueamiento dental
- Reemplazo de dientes perdidos
- Enderezar los dientes
- Rellenos blancos
- Cuidado en el hogar
- Corrección de sonrisa gingival
- Control de la respiración
- Otro

¿Puede proporcionar más detalles? _____

¿Estaría interesado en una consulta con nuestro ortodoncista para evaluar la posibilidad de aparatos ortopédicos u otro aparato?

Sí No

¿El dentista te pone ansioso o nervioso?

- Sí, extremadamente
- Sí, moderadamente
- Sí, un poco
- No

Queremos que tu experiencia sea excepcional. ¿Hay algo que le gustaría que supiéramos? _____

¿Tiene seguro dental? Sí No

¿Puede proporcionar una foto de su tarjeta de seguro dental? Sí No

En este seguro dental, ¿es el paciente el suscriptor? Sí No

Nombre del suscriptor _____

Número de Seguro Social del suscriptor o número de identificación fiscal (si no tiene uno, ponga xxxxxxxxx)

Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Nombre de la compañía de seguro _____

ID de suscriptor _____

Empleador del suscriptor _____

Número de grupo de seguros _____

¿Hay una segunda póliza de seguro dental? Sí No

¿Puede proporcionar una foto de su tarjeta de seguro dental? Sí No

En este seguro dental, ¿es el paciente el suscriptor? Sí No

Nombre del suscriptor _____

Número de Seguro Social del suscriptor o número de identificación fiscal (si no tiene uno, ponga xxxxxxxxx)

Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Nombre de la compañía de seguro _____

ID de suscriptor _____

Empleador del suscriptor _____

Número de grupo de seguros _____

Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto por mis beneficios. Es mi responsabilidad notificar a la oficina de cualquier cambio en mis beneficios. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Soy responsable de la factura total o el saldo de la factura si las reclamaciones presentadas o cualquier parte de ellas son denegadas para el pago. Entiendo que al firmar este formulario estoy aceptando la responsabilidad financiera como se explicó anteriormente por todos los pagos de productos y servicios recibidos. Autorizo a esta oficina a presentar reclamos de seguros en mi nombre y a divulgar la información necesaria a mi compañía de seguros para el procesamiento de esos reclamos. Asigno todos los beneficios dentales por los servicios prestados y autorizo y ordeno a mi(s) compañía(s) de seguros que emitan el pago directamente a usted. Certifico que la información que he proporcionado es precisa a mi leal saber y entender.

Firma del paciente o tutor _____

Cancelaciones y citas perdidas

La hora de su cita está reservada específicamente para usted y solo para usted. Debido a esto, las citas perdidas o las cancelaciones tardías son extremadamente perjudiciales para nuestro día. Como resultado, solicitamos un aviso con al menos 48 horas de anticipación si no podrá asistir a su cita. Las citas perdidas repetidas o las cancelaciones tardías pueden resultar en honorarios o despido como paciente..

Pago

El pago completo de su tratamiento se debe realizar a más tardar cuando se prestan los servicios. Las formas aceptables de pago incluyen efectivo, Visa, Master Card, American Express, Discover y beneficios de seguro asignados. En el caso de que haya una escasez debido al pago insuficiente del seguro, es nuestra política cobrar tarifas financieras al 1.5% por saldos pendientes de pacientes después de que el saldo haya estado pendiente durante más de 30 días después de que se le haya notificado un saldo adeudado. Los pagos devueltos debido a fondos insuficientes estarán sujetos a una tarifa NSF de \$ 25.00.

Firma del paciente o tutor _____

Prácticas de privacidad SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Corrija su registro médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien que actúe por ti
- Presente una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.
Para presentar una queja, comuníquese con:

The ChildSmiles Group, LLC Attn: Oficial de Privacidad
103 Eisenhower Parkway, Suite 102
Roseland, NJ 07068
(973) 536-0607

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información a medida que:

- Cuénteles a familiares y amigos sobre su afección
- Proporcionar ayuda en casos de desastre
- Incluirlo en un directorio de hospitales
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información a medida que:

- Tratarlo
- Dirigir nuestra organización
- Factura por tus servicios
- Ayuda con problemas de salud pública y seguridad
- Investiga
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar la compensación de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno
- Responder a demandas y acciones legales

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o impresa de su expediente médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corrijamos su expediente médico

- Puede solicitararnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitararnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitararnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitararnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtén una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que preguntó, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa con prontitud.

Elige a alguien que actúe por ti

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si siente que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información anterior.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si usted tener una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre
- Incluya su información en un directorio de hospitales

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- La mayoría de las notas de psicoterapia compartidas

En el caso de la recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no nos volvamos a poner en contacto con usted.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud? Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Tratarte

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando. Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario. Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Factura por tus servicios

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades. Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con los retiros de productos
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Investiga

Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria

Podemos compartir información de salud con un forense, médico forense o director de funeraria cuando una persona muere.

Abordar la compensación de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno

Podemos usar o compartir información médica sobre usted:

- Para reclamos de compensación de trabajadores
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Acuerdo organizado de atención médica

Somos miembros de un sistema integrado de atención médica familiar conocido como ChildSmiles Group y que consiste en ChildSmiles-FamilySmiles, Pearly Whites, Children's Ambulatory Surgery Center of New Jersey, Kids Care, Washington Park Pediatrics, Abra Health, Abra Dental y Smiles 4 Keeps. En el caso de que necesitemos referirlo a otro proveedor dentro del Grupo ChildSmiles y usted acepte la referencia, transferiremos sus registros de pacientes para facilitar su referencia. Cualquier transferencia de registros se realizará de forma gratuita. Esto se hace como una conveniencia para usted y para garantizar que reciba la mejor atención posible..

Fecha de entrada en vigor: 19 de noviembre de 2021

Firma del paciente o tutor _____

Smiles 4 Keeps quiere que su visita sea educativa y agradable. Por lo tanto, le pedimos que lea detenidamente este formulario de consentimiento y notificación. Este formulario está destinado a proporcionar información sobre algunos de los procedimientos de rutina que podemos realizar durante sus visitas iniciales y continuas. Si no tiene ninguna pregunta o inquietud, le pedimos que complete el formulario y firme en la parte inferior de la página dándonos su consentimiento para realizar los procedimientos enumerados según se considere necesario.

Consentimiento para recibir tratamiento dental: Doy mi consentimiento y autorizo al médico y a su personal a examinar, limpiar y proporcionar tratamiento dental. Además, doy mi consentimiento y autorizo la toma de radiografías dentales, según lo considere necesario el médico para diagnosticar y / o proporcionar tratamiento. Permitiré que se tomen fotografías con fines diagnósticos o educativos. Doy mi consentimiento para la aplicación de barniz de flúor para prevenir la caries dental y reducir la sensibilidad dental. También doy mi consentimiento para el uso de anestésicos tópicos y locales durante el tratamiento. Entiendo que aunque su ocurrencia es extremadamente rara, se sabe que algunos riesgos están asociados con los anestésicos. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a; hinchazón, moretones, náuseas, problemas respiratorios, reacciones alérgicas o daño cerebral. Además, entiendo y acepto que, aunque es poco probable, pueden surgir complicaciones que pueden requerir hospitalización.

Por la presente declaro que he leído y entiendo este consentimiento y que todas las preguntas sobre los procedimientos han sido respondidas de manera satisfactoria

Firma del paciente o tutor _____