



AJ Dental, LLC
Cosmetic & Implant Dentistry

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ # de Seguro Social: _____

Como le gustaria ser llamado? _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Masculino Femenino Transgénero Menor Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Sin respuesta

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono #: _____ Celular #: _____ E-mail: _____

Si es Menor – Nombre de los Padres: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Cómo podemos contactarlo?

Celular (Llamar/Mensaje de Texto) E-mail Teléfono

Idiomas que habla: _____ - _____ - _____

Idioma preferido: _____

¿Cómo nos descubrió? _____

¿A quién podemos agradecer por esta referencia? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Parentesco: _____

Telefono o Celular #: _____

ACUERDO FINANCIERO Y CONSENTIMIENTO DE COBERTURA DE SEGUROS

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s) contamos con cobertura de seguro con la Aseguradora proporcionada anteriormente y cedo directamente a AJ Dental, LLC todos los beneficios del seguro por los servicios proporcionados. *Comprendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, sean o no pagados por la Aseguradora.* Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos/reclamos del seguro.

AJ Dental, LLC puede utilizar mi información clínica y puede revelar esta información a la(s) compañía(s) de seguro mencionadas anteriormente y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y/o determinar los beneficios del seguro por servicios relacionados. Esta autorización permanecerá en vigor mientras yo y/o mi(s) dependiente(s) sea un paciente de AJ Dental, LLC.

Política de Cancelación

Nuestra oficina se esfuerza por brindar el mejor cuidado y servicio a nuestros pacientes. Con el fin de proporcionar atención en un momento que sea conveniente a nuestros pacientes, confiamos en y apreciamos su compromiso con sus citas. También entendemos que hay momentos en que los pacientes pueden no estar disponibles según lo programado. Como cortesía, le pedimos que notifique a nuestra oficina con **24 horas de antelación** para cancelar y / o reprogramar su cita.

Tenga en cuenta que el hecho de no proporcionar un aviso dentro de las **24 horas** permitidas, dará lugar a una cuota de **\$ 50**.

Se retendrá una tarifa administrativa de **\$ 50** por cualquier tratamiento de prepago que decida discontinuar.

X
Firma del Paciente o Padre/Guardián _____

Fecha _____



AJ Dental, LLC

Cosmetic & Implant Dentistry

155 Main St. Suite 400 | Danbury, CT 06810

Office: (203) 587-7999 | Fax: (203) 826-9538

FICHA MEDICA

Nombre del Paciente: _____ Altura: _____ Peso: _____

Nombre de su Doctor Primario/Especialista: _____ Teléfono: _____

Dirección-Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Fecha del último examen físico: _____

Marque "SI" o "NO" con un círculo para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

SIDA/VIH	Sí	No	Epilepsia	Sí	No	Enfermedad Respiratoria	Sí	No
Anemia	Sí	No	Desmayos o Mareos	Sí	No	Fiebre Reumática	Sí	No
Artritis	Sí	No	Glaucoma	Sí	No	Fiebre Escarlata/Escarlatina	Sí	No
Válvulas Cardíacas Artificiales	Sí	No	Dolor de Cabeza	Sí	No	Falta de aire	Sí	No
Articulaciones Artificiales	Sí	No	Soplo Cardíaco	Sí	No	Problemas de Sinusitis	Sí	No
Asma	Sí	No	Problemas Cardíacos	Sí	No	Erupción Cutánea	Sí	No
Problemas de Espalda	Sí	No	Hepatitis – Tipo _____	Sí	No	Dieta Especial	Sí	No
Sangrado Anormal	Sí	No	Herpes	Sí	No	Accidente Cerebrovascular	Sí	No
Enfermedad Sanguínea _____	Sí	No	Presión Alta	Sí	No	Pies/Tobillos hinchados	Sí	No
Cancer _____	Sí	No	Ictericia	Sí	No	Cuello/Glandulas hinchadas	Sí	No
Dependencia de Drogas	Sí	No	Dolor Maxilar o Mandíbula	Sí	No	Problemas de Tíroides	Sí	No
Quimioterapia	Sí	No	Enfermedad Hepática	Sí	No	Amigdalitis	Sí	No
Problemas de Circulación	Sí	No	Presión Baja	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No
Lesión Cardíaca Congenita	Sí	No	Prolapso Mitral	Sí	No	Tumores	Sí	No
Tratamientos de Cortisona	Sí	No	Problemas del Sistema Nervioso	Sí	No	Úlceras	Sí	No
Tos - persistente, con sangre	Sí	No	Marcapasos Cardíaco	Sí	No	Enfermedad Venérea (ETS)	Sí	No
Diabetes _____	Sí	No	Tratamiento Psiquiátrico	Sí	No	Perdida de Peso, Acentuada	Sí	No
Enfisema	Sí	No	Tratamiento de Radiación	Sí	No	Déficit de Atención e Hiperactividad	Sí	No

Comentarios: _____

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no fue mencionada anteriormente? Sí No _____

¿Alguna vez ha tomado medicamentos del grupo de fármacos colectivamente referidos como "fen-phen"? Estos incluyen combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina) Sí No _____

¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contiene bifosfonatos? Sí No _____

¿Utiliza lentes de contacto?	Sí	No	
¿Toma anticonceptivos?	Sí	No	
¿Está embarazada?	Sí	No	Fecha de parto: _____
¿Está amamantado?	Sí	No	
¿Cirugías Mayores?	Sí	No	_____
Usted fuma o mastica tabaco?	Sí	No	Frecuencia: _____

Alergias Usted es alérgico a:

Aspirina	Sin Alergias Conocidas: _____
Barbitúricos (Sedativos)	Látex
Codeína	Yodo
Penicilina	Anestésico Local
Otro:	_____

Medicamentos

Anote cualquier Medicamento, Vitaminas, o Suplementos que este tomando actualmente:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Respondí a todas las preguntas relacionadas con el historial clínico pasado y presente de mi persona o de mis dependientes de forma completa y honesta. Informe al dentista y/o al personal del consultorio acerca de todas las enfermedades, incluyendo alergias. Comprendo que, si yo o mis dependientes tenemos algún cambio en el estado de salud o medicamentos, informare al dentista y/o al personal del consultorio en la próxima visita.

X _____
Firma del Paciente o Padre/Guardián

Firma del Dentista

Fecha



AJ Dental, LLC

Cosmetic & Implant Dentistry
155 Main St. Suite 400 | Danbury, CT 06810
Office: (203) 587-7999 | Fax: (203) 826-9538

FICHA DENTAL

Marque "SI" o "NO" o "NS" con un círculo para responder las siguientes preguntas:			NS = NO SE				
¿Sus encías sangran cuando se cepilla o usa el hilo dental?	Sí	No	NS	¿Tiene algún chasquido, estallido o malestar en la mandíbula/maxila?	Sí	No	NS
¿Sus dientes son sensibles al frío, caliente, dulces o a la presión?	Sí	No	NS	¿Usted aprieta o rechina los dientes?	Sí	No	NS
Alimentos o hilo dental se agarra entre sus dientes?	Sí	No	NS	¿Usted usa prótesis dental removible?	Sí	No	NS
¿Siente que su boca es seca?	Sí	No	NS	¿Ha sufrido una lesión grave en la boca o en la cabeza?	Sí	No	NS
¿Usted alguna vez ha tenido algún tratamiento periodontal (de sus encías)?	Sí	No	NS	Fecha de su último examen dental: _____			
¿Usted alguna vez ha tenido algún problema asociado con el tratamiento dental?	Sí	No	NS	¿Cuál es la razón de su visita de hoy? _____			
¿Usted actualmente está sintiendo dolor o malestar de dientes?	Sí	No	NS	¿Cómo usted se siente sobre su sonrisa? _____			

NOTIFICACIÓN DE RECIBIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Yo, _____, afirmo que he recibido y examinado una copia del aviso de practica de privacidad de HIPAA de [AJ Dental, LLC].

Entiendo que el aviso de practica de privacidad de HIPAA de [AJ Dental, LLC], pueden cambiar periódicamente y que tengo derecho de recibir una copia revisada del mismo mediante un pedido.

Entiendo que, si tengo preguntas sobre el aviso de practica de privacidad de HIPAA de [AJ Dental, LLC], puedo contactar con [Thales Lopes, 155 Main Street, Suite 400, Danbury, CT 06810. Telefono #: 203-587-7999]

Entiendo que es mi derecho rehusar firmar este reconocimiento, si yo así lo decido, y que [AJ Dental, LLC] no puede rechazar tratarme si me niego a firmar este reconocimiento.

Entiendo que puedo contactar el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, si tengo alguna preocupación con respecto a las políticas de privacidad y procedimientos de [AJ Dental LLC]. Para obtener información sobre cómo contactar el Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos, por favor pregunte a [Thales Lopes], el mismo indicado anteriormente, para obtener ayuda.

X _____
Firma del Paciente o Padre/Guardián

Fecha

X _____
Firma del Representante

Escriba el nombre del Representante

FOR OFFICE USE ONLY

[AJ Dental, LLC] made a good-faith effort to obtain Acknowledgement, from the patient noted above, of receipt of its *HIPAA Notice of Privacy Practices*. In spite of these efforts, [AJ Dental, LLC] was unable to obtain a signed Acknowledgement for the following reason(s):

- Refusal to sign Acknowledgement on _____, 20____.
- Communications barriers prohibited us from obtaining a signed Acknowledgement.
- An emergency situation prohibited us from obtaining a signed Acknowledgement.
- Other (Describe): _____.

Patient ID	Received by	Date



AJ Dental, LLC

Cosmetic & Implant Dentistry

155 Main St. Suite 400 | Danbury, CT 06810

Office: (203) 587-7999 | Fax: (203) 826-9538

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por favor, lea este formulario cuidadosamente. Si usted tiene alguna pregunta, nuestro personal estará encantado de ayudarle.

1. Por la presente autorizo a AJ Dental, LC y/o auxiliares para realizar el tratamiento dental con el uso de cualquier clase de radiografías (rayos X) y/o cualquier otra ayuda conveniente con el fin de completar un diagnóstico completo y plan de tratamiento.
2. Entiendo que las radiografías, fotografías, modelos de la boca y otros medios auxiliares utilizados para el diagnóstico y la planificación del tratamiento son propiedad de AJ Dental, LLC; pero algunas copias de ciertos materiales están disponibles si son solicitadas y con una tarifa aplicada.
3. En términos generales los procedimientos dentales pueden incluir, pero no limitarse a:
 - Examen oral completo, radiografías, limpieza dental y la aplicación del flúor tópico.
 - Aplicación de resina o "selladores" a los surcos de los molares.
 - Tratamiento de dientes con trauma y restauraciones dentales (empastes).
 - Tratamiento de enfermedades dentales y tejidos orales como lesiones traumáticas, accidentes o infecciones.
 - **Extracción:** un consentimiento aparte será dado antes del procedimiento
 - **Coronas y Puentes:** Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que me puede tocar usar coronas temporales, que pueden salir con facilidad y que debo tener cuidado para asegurarse de que se mantengan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Yo entiendo que la última oportunidad de hacer cambios en mi nueva corona / puente (incluyendo forma, ajuste, tamaño, color) será antes de la cementación.
 - **El tratamiento de endodoncia (terapia de conducto radicular):** Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y que las complicaciones pueden ocurrir por el tratamiento, y que los objetos de vez en cuando de metal están cementados en el diente o se extienden a través de la raíz, que no afecta necesariamente el éxito del tratamiento, entiendo que los procedimientos quirúrgicos en ocasiones adicionales pueden ser el tratamiento de conducto siguiente necesario (apicectomía)
 - **Enfermedad periodontal (Tejido & Hueso):** Entiendo que la enfermedad periodontal es una enfermedad grave, causando infección o pérdida de la encía y el hueso y que puede conducir a la pérdida de los dientes. Planes de tratamiento alternativos se explicarán a mí, incluyendo la cirugía de las encías, reemplazos y / o extracciones. Entiendo que la realización de cualquier procedimiento dental puede tener un efecto adverso en el futuro en mi condición periodontal.
 - **Prótesis dentales, completa o Parciales:** Yo entiendo que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal, y / o porcelana. Los problemas con el uso de estos aparatos se han explicado a mí, incluyendo, aflojamiento, dolor y posible rotura. Yo entiendo que la última oportunidad de hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo, forma, forma, tamaño, ubicación y color) serán en la visita de los "dientes en cera" try-in visita. Entiendo que la mayoría de las dentaduras necesitan revisiones y cambios de aproximadamente tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de estos procedimientos no está incluido en el precio inicial de la dentadura. Entiendo que es difícil usar dentaduras postizas y hay problemas comunes, tales como puntos de dolor, alteración del habla y dificultad para comer. Las dentaduras inmediatas (colocación de prótesis inmediatamente después de extracciones) puede ser doloroso, requerirá considerables ajustes y varios rebases y un rebase permanente será necesaria más adelante; Esto no está incluido en la tarifa de la dentadura. Es importante hacer toda impresión necesaria, tratar de venir a todas las citas, las faltas de hacer estos nombramientos pueden resultar en dentaduras mal ajustadas y la necesidad de rehacer ellos, lo que resulta en cargos adicionales.
 - **Rellenos:** Entiendo que se debe tener cuidado en la masticación en rellenos especialmente durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Entiendo que un relleno más caro puede ser necesaria debido a la desintegración adicional de lo que podría ser visto por los rayos X y que la sensibilidad significativa es común después de efecto de un lugar llenado de nueva.
4. **Medicamentos:** Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave)
5. **Cambios en el plan de tratamiento:** Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentran mientras se trabaja en los dientes que no fueron descubiertos durante el examen, la terapia de conducto radicular ser más común después de los procedimientos de restauración de rutina. Doy mi permiso al dentista para hacer cualquier / todos los cambios y adiciones que sean necesarias una vez que han sido descubiertas y discutidas
Entiendo que el doctor no es responsable por tratamientos dentales realizados previamente en otras oficinas dentales y entiendo que en el transcurso del Nuevo tratamiento dental puede ser necesario el ajuste o reemplazo de los anteriores. Reconozco que la garantía de los resultados o la satisfacción absoluta no siempre son posibles en los servicios odontológicos
Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales de buena reputación no pueden garantizar plenamente los resultados. Reconozco que hay garantía o seguridad se ha hecho nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto

Por la presente reconozco que he leído y comprendido este consentimiento y el significado de su contenido. Todas las preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria y tengo la información suficiente para dar consentimiento a este. Además, entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea terminado por mí.

X

Firma del Paciente o Padre/Guardián

Fecha