

## INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLÍNICA DENTAL

1. **Razón de la visita/Problema principal** Control  Limpieza  Dolor de muelas  Otro \_\_\_\_\_
2. ¿Padece de alguna otra afección sobre la cual debemos saber? Sí  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
3. ¿Cuándo fue por última vez a un dentista? \_\_\_\_\_ 4. ¿Qué tratamiento le realizó? \_\_\_\_\_
5. ¿Terminó el tratamiento? \_\_\_\_\_ 6. ¿Cuándo se realizó una radiografía? \_\_\_\_\_
7. ¿Se hizo una limpieza? Sí  NO  8. ¿Se ha realizado un tratamiento para las encías (periodontal)? Sí  NO
9. ¿Ha tenido alguna vez una hemorragia prolongada después de una extracción? Sí  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
10. ¿Ha tenido algún problema con tratamientos dentales previos? Sí  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
11. ¿Le rechinan los dientes, aprieta mucho los maxilares o tiene síntomas cerca de los oídos como "clics", sensación de que se le destapa el oído, dolor o sensación de que no puede cerrar la mandíbula? Sí  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
12. ¿Le han diagnosticado alguna vez o lo han tratado por disfunción de la articulación temporomaxilar (TMD o TMJ)? Sí  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
13. ¿Le sangran fácilmente las encías? Sí  NO  14. ¿Siente que tiene mal aliento? Sí  NO
15. ¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío? Sí  NO  16. ¿Le gustaría tener dientes más blancos? Sí  NO
17. ¿Le agrada su sonrisa? Sí  NO  Si es no, explique: \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLÍNICA

1. ¿Está recibiendo atención médica en este momento? Sí  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_  
Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Tel. del médico: ( ) \_\_\_\_\_
2. ¿Es alérgico a la penicilina, la codeína, los anestésicos locales, los tranquilizantes o algún otro medicamento? \_\_\_\_\_
3. ¿Está tomando algún medicamento en este momento (incluidos anticonceptivos)? Sí  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
4. (Mujeres) ¿Está embarazada? Sí  NO  Si es sí, especifique de cuántos meses: \_\_\_\_\_ ¿Está amamantando? Sí  NO
5. ¿Padece algún otro problema de salud que deberíamos tener en cuenta? Especifique: \_\_\_\_\_
6. ¿Tuvo o tiene alguna de las siguientes enfermedades?

Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico	Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico
VÁLVULA CARDÍACA ARTIFICIAL	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HEPATITIS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SIDA/VIH+	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL ALTA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ANEMIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ICTERICIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ANGINAS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	REEMPLAZO DE ARTICULACIONES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ARTRITIS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD RENAL	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ASMA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ALERGIA AL LÁTEX	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TERAPIA CON BISFOSFONATOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS HEPÁTICOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HEMORRAGIAS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL BAJA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CÁNCER	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD PULMONAR	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
QUIMIO/RADIOTERAPIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MARCAPASOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CIRUGÍA ESTÉTICA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIABETES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IEBRE REUMÁTICA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MAREOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS EN SENOS NAALES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ADICCIÓN A DROGAS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LA APNEA DEL SUEÑO	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ENFISEMA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EPILEPSIA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DERRAME CEREBRAL	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DESMAYOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROB. DE TIROIDES	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
GLAUCOMA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN	
ATAQUE/CIRUGÍA CARDÍACA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TEMPOROMAXILAR	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SOPLO/PROBLEMAS CARDÍACOS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		ENFERMEDAD VENÉREA	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

*He respondido todas las preguntas en su totalidad y con precisión, según mi leal saber y entender. Informaré a mi odontólogo de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Certifico también que doy consentimiento para realizarme radiografías y un examen oral.*

Firma del paciente \_\_\_\_\_ (Padre/madre si el paciente es menor de edad) Fecha \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_

### ACTUALIZACIÓN MÉDICA:

1. Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
2. Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
3. Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## DATOS DEL PACIENTE

### PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Dirección \_\_\_\_\_ Dpto. N.º \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Cel./Buscapersonas ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

N.º de Seg. Social \_\_\_\_\_

N.º de lic. de conducir \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

### PARTE RESPONSABLE (Si es igual a lo anterior, no completar)

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Dirección \_\_\_\_\_ Dpto. N.º \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

N.º de Seg. Social \_\_\_\_\_ N.º de lic. \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

### EMPLEO

Ocupación \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Dirección comercial \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

Tel. comercial ( ) \_\_\_\_\_ Ext. N.º \_\_\_\_\_

Verificado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Para uso exclusivo de la institución)

### REFERENCIAS

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Tel. ( ) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Tel. ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Tel. laboral del cónyuge ( ) \_\_\_\_\_

### PERSONA A QUIÉN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Tel. ( ) \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

### MÁS SOBRE USTED

¿Algún miembro de su familia necesita atención dental?  
 Si es así, indique el nombre y el parentesco (hijo, hija, esposo)

1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_ 4: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de esta institución? (Marque una opción)

<input type="checkbox"/> Familiar-amigo (400)	<input type="checkbox"/> Plan de seguro (460)
<input type="checkbox"/> ConfiDent® (440)	<input type="checkbox"/> Televisión (020)
<input type="checkbox"/> Periódico (470)	<input type="checkbox"/> Radio (030)
<input type="checkbox"/> Cartelera (050)	<input type="checkbox"/> Páginas amarillas (120)
<input type="checkbox"/> Folleto/cupón (490)	<input type="checkbox"/> Correo postal directo/tarjeta (480)
<input type="checkbox"/> Letrero de la institución (420)	<input type="checkbox"/> Internet/sitio web (190)
<input type="checkbox"/> Calcomanía de la institución (430)	

Deseo obtener información en español: Sí  NO

### SEGURO / PLAN DENTAL

Principal:  Seguro  PPO  HMO (Marque una opción)

Nombre del plan \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, cód. postal \_\_\_\_\_

N.º telefónico del plan/seguro \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Sindicato/Local \_\_\_\_\_ Grupo N.º \_\_\_\_\_ Plan N.º \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

N.º de Seg. Social \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

### SEGURO / PLAN DENTAL

Secundario:  Seguro  PPO  HMO (Marque una opción)

Nombre del plan \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, cód. postal \_\_\_\_\_

N.º telefónico del plan/seguro \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Sindicato/Local \_\_\_\_\_ Grupo N.º \_\_\_\_\_ Plan N.º \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

N.º de Seg. Social \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

1. Certifico que la información brindada es precisa y se confiará en ella para otorgar crédito y proporcionar servicios dentales. Entiendo que soy el responsable financiero de los costos que, por cualquier motivo, no estén cubiertos ni pagados por mi seguro.
2. Al firmar abajo, los autorizo a verificar la información sobre mí y sobre cualquier otro solicitante y a intercambiar dicha información, incluso a solicitar informes a agencias de informes crediticios.
3. Autorizo el pago directo al odontólogo de todos los beneficios del seguro grupal que, de otro modo, se me pagarían a mí. Entiendo que soy el responsable financiero de cualquier costo no cubierto por esta autorización. Autorizo la revelación de todo tipo de información relacionada con cualquier tipo de reclamos dentales.
4. Entiendo que este consultorio dental es propiedad de un odontólogo independiente y es administrado por dicha persona. Admito que cada dentista es el responsable individual de la atención dental que me otorga y que ningún otro dentista o entidad corporativa es responsable de mi tratamiento dental.

Firma de la parte responsable o del paciente  
 (Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Fecha

# Consentimiento Informado Odontología General

Los pacientes deben completar los siguientes puntos del 1 al 4 y del 5 al 13 según sea necesario.

## 1. EXÁMENES Y RAYOS X

Entiendo que la primera visita puede requerir radiografías para completar la examinación, diagnóstico y tratamiento. Comprendo que los trabajos que se me realizarán se harán conforme a lo detallado en el plan de tratamiento adjunto.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 2. DROGAS, MEDICACIÓN Y SEDACIÓN

He recibido información sobre el hecho de que los antibióticos, analgésicos y cualquier otra medicación pueden provocar reacciones alérgicas que producen enrojecimiento y tumefacción de los tejidos, dolor, prurito, vómitos o choque anafiláctico (reacción alérgica severa) y comprendo tal hecho. Le he informado al dentista sobre las reacciones alérgicas que sé que padezco. Estos medicamentos pueden provocar somnolencia, pérdida de conciencia y de coordinación, las cuales pueden incrementarse por el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y estoy completamente de acuerdo con que no debo conducir ningún vehículo ni utilizar ningún aparato peligroso por lo menos durante las 12 horas posteriores a la medicación o hasta estar recuperado totalmente de los efectos de la anestesia, la medicación y las drogas que se me puedan haber suministrado para mi cuidado. Comprendo que toda administración de medicamentos recetados que no cumpla con la prescripción médica recibida puede presentar riesgos de continuidad de la infección y el dolor o de incremento de la gravedad de éstos y riesgos de una potencial resistencia al tratamiento efectivo de mi enfermedad. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales (píldoras para el control de la natalidad). Comprendo que todos los medicamentos potencialmente pueden estar acompañados de riesgos, efectos secundarios e interacción de fármacos. Por lo tanto, es de suma importancia que le informe a mi dentista de todos los medicamentos que estoy tomando actualmente.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 3. MODIFICACIONES EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario modificar o agregar procedimientos debido a que, al trabajar en los dientes, se encuentren enfermedades que no se detectaron en el momento del examen. El más común es el tratamiento de conducto radicular realizado luego de procedimientos restaurativos de rutina. Autorizo al dentista a realizar todos los cambios o agregados que sean necesarios.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 4. DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR

Entiendo que pueden intensificarse o aparecer sonidos extraños en la mandíbula, bloqueo de ésta y dolor en la articulación del maxilar inferior (cerca del oído) después de los tratamientos dentales de rutina en donde la boca permanece abierta. Aunque los síntomas de disfunción de la articulación temporomaxilar asociados al tratamiento dental generalmente son transitorios por naturaleza y perfectamente tolerados por la mayoría de los pacientes, entiendo que si surge la necesidad de un tratamiento, seré referido a un especialista y que yo seré responsable de su costo.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 5. PROFILAXIS DENTAL (LIMPIEZA)

Entiendo que este tratamiento es preventivo e intencionado para pacientes con encías saludables, y limitado para solamente eliminar placa dental y sarro de las estructuras dentales que no contienen enfermedades periodontales.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 6. EMPASTES

Entiendo que puede ser necesaria una restauración más extensa que la que se diagnosticó originalmente debido a caries adicionales o a que durante la preparación se encuentre una estructura dental sin apoyo. Esto puede hacer necesarias otras medidas para devolver al diente su funcionamiento normal. Algunas pueden ser el tratamiento de conducto radicular, las coronas o ambos. Entiendo que debo tener cuidado al masticar sobre los empastes durante las primeras 24 horas para evitar que se rompan. Comprendo que la sensibilidad es un efecto secundario común de un empaste recién colocado.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 7. EXTRACCIÓN DE DIENTES

He recibido información respecto de otras opciones distintas de la extracción (tratamiento de conducto radicular, corona y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista a extraer los siguientes dientes \_\_\_\_\_ y cualquier otro que sea necesario según las razones expuestas en el párrafo n.º 3. Entiendo que al extraer los dientes no siempre se extrae toda la infección, si la hubiere, y que puede ser necesario realizar un tratamiento adicional. Comprendo los riesgos que implica la extracción de dientes, entre los que se encuentran dolor, tumefacción, propagación de la infección, alvéolos secos, senos descubiertos, pérdida de sensibilidad en los dientes, en los labios, la lengua y en los tejidos circundantes (parestesia) que puede durar por un período de tiempo indefinido, o mandíbula fracturada. Entiendo que la hemorragia podría durar varias horas. Si persiste, especialmente si es intensa, debe recibir tratamiento y ponerse en contacto con este consultorio. Entiendo que pudiera necesitar tratamiento adicional de un especialista o hasta hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento y que yo seré responsable de su costo.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

## 8. CORONAS, PUENTES, CARILLAS Y ENLACES

a. Entiendo que a veces no es posible duplicar el color de un diente natural en un diente artificial. Comprendo además que puedo tener que usar coronas temporarias, las cuales pueden desprenderse fácilmente, y que debo ser cuidadoso para garantizar que permanezcan fijas hasta que me entreguen las coronas permanentes. Sé que el momento previo a la cementación será la última oportunidad para realizar modificaciones en mi corona, puente o carillas nuevos (incluye forma, adaptación, tamaño y color). Se me ha explicado que, en muy pocos casos, los procedimientos cosméticos pueden producir la necesidad de un futuro tratamiento de conducto radicular, el cual no siempre puede detectarse con anticipación o pronosticarse. Entiendo que los procedimientos cosméticos pueden afectar la superficie del diente y requerir modificaciones en los procesos de higiene diaria. También es mi responsabilidad regresar al dentista para una cementación permanente dentro de los 20 días posteriores al alistamiento del diente. Demoras excesivas en la visita al dentista pueden causar caries, movimientos dentales, enfermedades de encía o problemas de mordida. Esto puede requerir una nueva corona, puente o carilla. Entiendo que habrá gastos adicionales por la nueva corona, puente o carilla u otro tratamiento debido a la demora en realizar la cementación permanente.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

b. Elijo utilizar metal noble, muy noble o porcelana en vez de metal básico en la restauración de mis coronas y puentes.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

c. Elijo realizar un puente fijo o implantar un reemplazo de los dientes perdidos en vez de un aparato móvil. Entiendo que este puente fijo o implante y la corona pueden no estar incluidos dentro de la cobertura de mi póliza de seguro.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

**9. PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL**

Sé que las prótesis totales o parciales son artificiales y están fabricadas de plástico, metal o porcelana. He recibido información detallada sobre los problemas de usar estos aparatos, entre otros, los problemas de movilidad de los dientes, dolor y posible quebradura. Comprendo que la visita para la prueba de "dientes en cera" será la última oportunidad para realizar modificaciones en mi nueva prótesis (incluye forma, adaptación, tamaño, colocación y color). Las prótesis de inserción inmediata (colocación de prótesis inmediatamente después de las extracciones) pueden ser molestas en un principio y necesitar varios ajustes y rebasados. Luego será necesario realizar un rebasado permanente de la prótesis o colocar un segundo conjunto de prótesis. Esto no está incluido en el costo inicial de la prótesis. Entiendo que la mayoría de las prótesis necesitan ser rebasadas aproximadamente de tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en el costo inicial de la prótesis. Entiendo que es mi responsabilidad regresar al dentista para la entrega de las prótesis. Comprendo que el incumplimiento de las citas de entrega puede tener como resultado prótesis incorrectamente colocadas. Si es necesaria una nueva prótesis debido a mi demora superior a 30 días, habrá costos adicionales.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

**10. ENDODONCIA (CONDUCTO RADICULAR)**

Sé que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular podrá salvar mi diente, que pueden surgir complicaciones del tratamiento y que, ocasionalmente, el material del tratamiento puede extenderse más allá del ápice dental, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. El diente puede estar sensible durante el tratamiento e incluso permanecer así por algún tiempo luego de éste. Una de las razones principales por las que los tratamientos de conducto radicular fallan es la fractura de raíz, que es difícil de detectar. Debido a que los dientes con tratamiento de conducto radicular son más frágiles que otros, se necesita una corona para fortalecer y preservar el diente. Entiendo que las limas endodónticas y los ensanchadores son instrumentos muy delicados y que las tensiones pueden separarlos durante su uso. Entiendo que, ocasionalmente, pueden necesitarse procedimientos quirúrgicos adicionales luego del tratamiento del ápice radicular (apicectomía). Comprendo que el diente puede perderse a pesar de todos los esfuerzos realizados para salvarlo.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

**11. TRATAMIENTO PERIODONTAL**

Entiendo que tengo una enfermedad grave que causa inflamación de la encía y/o pérdida del hueso, y que puede conducir a la pérdida de mis dientes y/o a condiciones sistémicas negativas (como diabetes incontrolada, enfermedades cardiovasculares y parto prematuro, etc.). He recibido información detallada sobre planes de tratamiento alternativos, entre ellos, el tratamiento no quirúrgico, tratamientos antibióticos/antibacterianos, la cirugía de encías y/o las extracciones. Entiendo que el éxito de cualquier tratamiento depende, en parte, de mi esfuerzo por cepillarme los dientes y limpiarlos con hilo dental diariamente, recibir limpiezas regulares según se indique, seguir una dieta saludable, evitar productos a base de tabaco y seguir otras recomendaciones. Entiendo que la hemorragia podría durar varias horas. Si persiste, especialmente si es intensa, debe recibir tratamiento y ponerse en contacto con este consultorio. Entiendo que la enfermedad periodontal puede tener un efecto adverso futuro en el éxito a largo plazo del trabajo restaurativo dental.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

**12. IMPLANTES**

Entiendo que las restauraciones dentales no son permanente y que la colocación de un implante(s) puede ser limitado a causa de las limitaciones anatómicas del paciente. Se me ha informado de que siempre existe la posibilidad de que el implante (s) no funcione a causa de que los tejidos del cuerpo no fisiológicamente acepten estos implante (s) artificiales, y las infecciones pueden ocurrir después de la cirugía, que puede resultar en tener que remover el implante afectado (s). Comprendo existe la posibilidad de daño a los nervios de la cara y de los tejidos de la cavidad oral, y el entumecimiento puede ser temporal, o en raras ocasiones, permanente. Entiendo que es absolutamente necesario que después de obtener tratamiento de implantes debo someterme regularmente a exámenes y limpiezas periódicamente. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de hacer citas y reportarme de acuerdo a las instrucciones del dentista.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

**13. BLANQUEAMIENTO**

El blanqueamiento es un procedimiento realizado en el consultorio (aproximadamente 1 hora) o con receptáculos de uso domésticos (varios tratamientos durante 2 a 4 semanas). El grado de coloración blanca varía con cada individuo. El paciente promedio logra cambios importantes (de 1 a 3 tonos de la guía de tonos dentales). El café, el té y el tabaco mancharán los dientes después del tratamiento y deberán evitarse durante, por lo menos, las 24 horas posteriores a él. Entiendo que puedo experimentar sensibilidad en los dientes o inflamación de la encía, las cuales podrían desaparecer cuando se termine con el tratamiento. El dentista puede prescribir tratamientos de fluoruro para reducir la sensibilidad. El peróxido de carbamida y otras soluciones de peróxido utilizadas para blanquear los dientes están aprobadas por la FDA (Food and Drug Administration, Administración de Fármacos y Alimentos) como antisépticos bucales. Su utilización como agentes blanqueadores posee riesgos desconocidos. La aceptación del tratamiento implica la aceptación de los riesgos. Se les aconseja a las mujeres embarazadas consultar con su médico antes de comenzar el tratamiento.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

**14. ÓXIDO NITROSO**

Elijo utilizar óxido nitroso conjuntamente con mi tratamiento dental. He recibido información sobre los posibles efectos secundarios que puede provocar y los comprendo, entre ellos, náuseas, vómitos, mareos y dolor de cabeza. Entiendo que no se recomienda el uso de óxido nitroso si estoy embarazada.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

**15. BENEFICIOS DENTALES**

Entiendo que mi seguro puede proveer únicamente el mínimo nivel de cuidado dental. Comprendo que suscribirme a un seguro y recibir un beneficio es mi responsabilidad. Elijo seguir las recomendaciones del dentista relacionadas con un tratamiento dental óptimo.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, en consecuencia, aun los profesionales más respetados no pueden garantizar los resultados. Admito que nadie ha asegurado ni garantizado el tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y que es individualmente responsable por la atención dental que me otorga. También entiendo que ningún otro dentista o entidad corporativa, que no sea la del dentista que me atiende, es responsable por mi tratamiento dental. Reconozco haber recibido instrucciones postoperatorias y comprenderlas, y haber sido citado para regresar en una fecha determinada.

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

Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

## NOTIFICACIÓN SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

---

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN**

**TENGA EL FAVOR DE REVISARLA DETENIDAMENTE  
LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS**

---

Esta notificación sobre las normas de privacidad describe cómo podríamos usar y divulgar su información médica protegida para realizar un tratamiento, pago o funciones de asistencia médica, así como para otros propósitos que la ley permita o requiera. También describe sus derechos para acceder y llevar un control de la información médica protegida. La "información médica protegida" es la información sobre usted, incluyendo la información demográfica, que podría identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, actual o futura, y con servicios de cuidados médicos relacionados.

Según lo establece la ley debemos mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida. Le comunicaremos de inmediato si se produjera una filtración que comprometiera la privacidad o la seguridad de su información. Estamos obligados a cumplir con los términos de esta notificación de normas de privacidad. No usaremos o compartiremos su información de ninguna otra manera que la descrita aquí, a menos que nos lo comunique por escrito. Si usted nos comunica que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de opinión.

Nosotros podemos cambiar los términos de esta notificación en cualquier momento. La notificación nueva será efectiva para toda la información médica protegida que tengamos en ese momento, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Si usted lo solicita, le daremos una notificación actualizada de las normas de privacidad. Puede solicitar una versión actualizada yendo a nuestro sitio web o llamando a la oficina para pedir que se le envíe por correo una copia actualizada, o también puede solicitarla cuando vaya a su próxima cita.

### **USOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Usamos y divulgamos su información médica para el tratamiento, pago y funciones de asistencia médica. Por ejemplo:

**Tratamiento:** Podríamos usar o divulgar su información médica a un médico o a otro profesional de la salud que esté a cargo de su tratamiento, o a los miembros de su familia y amigos que usted autorice.

**Pago:** Podríamos usar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le ofrecemos a usted.

**Funciones de asistencia médica:** Podríamos usar y divulgar su información médica en conexión con las funciones de asistencia médica que realizamos. Las funciones de asistencia médica incluyen actividades de evaluación de calidad y de perfeccionamiento, evaluación de la capacidad o cuán calificados son los profesionales de la salud, evaluación del desempeño del médico y de la institución, organización de programas de capacitación y actividades de acreditación, certificación y obtención de licencias o credenciales.

**Su autorización y sus limitaciones:** Además del uso que hacemos de su información médica para el tratamiento, pago o funciones de asistencia médica, usted puede darnos autorización por escrito para que usemos su información médica o para divulgarla a cualquier persona con cualquier propósito. También tiene derecho a pedir que haya restricciones en la divulgación de IMP (información médica personal) o métodos alternativos de comunicación (p. ej., el teléfono de casa o de la oficina) para proteger la privacidad. No estamos obligados a aceptar todo lo que usted solicite y podríamos decir que no si lo que se pide no es razonable o si afectara su cuidado. Si usted paga por un servicio o por algo en su totalidad, directamente de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información con su proveedor de seguro

con el propósito de pago o de realizar nuestras funciones. Diremos que sí a menos que la ley nos obligue a compartir esa información.

**Servicios de marketing relacionados con la salud:** No usaremos su información médica para comunicaciones de marketing ni venderemos su información médica sin una autorización por escrito.

**De acuerdo a ley:** Podríamos usar o divulgar su información médica cuando estemos obligados de acuerdo a ley o debido a actividades de seguridad nacional.

**Abuso o negligencia:** Podríamos divulgar su información médica a las autoridades apropiadas si sospechamos que hay abuso o negligencia.

**Recordatorio de citas:** Podríamos usar o divulgar su información médica para enviarle recordatorios de citas (como mensajes de voz, postales o cartas).

---

## DERECHOS DE LOS PACIENTES

**Acceso:** Tiene derecho a ver u obtener copias electrónicas o impresas de su información médica con excepciones limitadas. Si usted solicita copias, le cobraremos un cargo razonable para localizar y copiar su información y pagar por el costo de envío si desea que le enviemos las copias por correo.

**Corrección:** Tiene el derecho de solicitar que corriamos su información médica. Puede que no aceptemos su pedido pero le informaremos la razón por escrito.

**Recuento:** Usted puede solicitar una lista (recuento) de las veces en las que hemos compartido su información médica en los últimos seis años antes de la fecha solicitada, con quiénes la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las veces que hemos divulgado la información a excepción de aquellas relacionadas al tratamiento, pago y funciones de asistencia médica, así como ciertas otras (tales como las que usted nos haya pedido que hagamos). Ofrecemos un recuento gratis por año pero si usted solicita otro dentro de 12 meses, le cobraremos un cargo razonable.

**Representante:** Si usted le ha dado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y pueda actuar en lugar de usted antes de que tomemos cualquier acción.

## PREGUNTAS Y RECLAMOS

Si desea más información sobre nuestras normas de privacidad o si tiene preguntas o dudas, tenga el favor de contactarnos.

Si a usted le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos hecho con relación al acceso de su información médica o en respuesta a una solicitud hecha por usted para que se corrija o se restrinja el uso o la divulgación de su información médica o para pedirnos que nos comuniquemos con usted por otros medios o lugares, usted puede presentar un reclamo usando nuestra línea de ayuda, EthicsPoint, el numero es (888) 366-6034. También puede enviar un reclamo por escrito al Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (*U.S. Department of Health and Human Services*). Le daremos la dirección donde puede presentar su reclamo al Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos según lo solicite.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos ningún tipo de represalias si usted decide presentar un reclamo al Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. Se ha designado a un funcionario para que se encargue de la oficina de privacidad. Para contactar al funcionario de privacidad simplemente comuníquese con la oficina y pida hablar con el gerente, quien cumple el cargo de funcionario de privacidad.

Nombre Del Paciente : \_\_\_\_\_

Firma Del paciente : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)