

Today's Date \_\_\_\_\_ Updates \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_
Dirección \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_
Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_
Empleador \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
Pariente más cercano \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Referido \_\_\_\_\_
(Lista de seguros, nombre de amigos, páginas amarillas, etc.)

PAREJA O PERSONA RESPONSABLE (Marque uno o ambos)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_
Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_
Empleador \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO DE SALUD

(Indique si tiene o ha tenido alguno de los siguientes. Marque o circule, según corresponda)

- o Tomar adelgazadores de sangre / Asprin
o Glaucoma
o Historia de la dependencia de drogas
o Tuberculosis
o Actualmente embarazada
o Marcapasos cardíaco
o Atck del corazón
o Enfermedad del riñón / hígado
o Defecto del corazón
o Historia de la terapia con esteroides
o Reemplazo de la válvula del corazón
o Asma
o Cirugía de corazón
o Medicamentos para la osteoporosis
o Cirugía para piezas artificiales
o Problemas de sinusitis
o Reemplazo de la articulación
o Epilepsia
o Alta presión sanguínea
o Enfisema
o Desorden sangrante
o Enfermedad de tiroides
o Accidente cerebrovascular / aneurisma
o Hepatitis
o Cáncer o historia del cáncer
o SIDA / VIH
o Terapia de radiación
o I.V. Medicamentos contra el cancer
o Diabetes
o Enfermedad de Paget

¿Está tomando algún medicamento y / o medicamentos requeridos?.....SI/NO
Si es así, por favor liste \_\_\_\_\_
¿Es usted alérgico a algún medicamento o material (penicilina, látex, epinefrina, fluoruro, etc.)?.....SI/NO
Si es así, por favor liste \_\_\_\_\_
¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema que no figura en este formulario?.....SI/NO
Si es así, explique. \_\_\_\_\_
¿Utiliza productos de tabaco?.....SI/NO
Si es así, ¿qué y cuánto? \_\_\_\_\_
¿Alguna vez ha recibido instrucciones de un médico para medicarse previamente con antibióticos antes del
Tratamiento dental?.....SI/NO

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:

Autorizo al dentista y / u otros proveedores dentales a dar mi consentimiento para realizar el tratamiento y cualquier procedimiento que se considere necesario o aconsejable además del tratamiento planeado. Entiendo que podría haber complicaciones relacionadas con los procedimientos dentales como hinchazón, moretones, infecciones, hormigueo y / o adormecimiento de los labios, la lengua, las encías y / o la cara, que pueden ser permanentes; Daño a la raíz o al diente en el seno: fistula antral oral; sinusitis maxilar; Hemorragia postoperatoria y malestar. Estoy de acuerdo con el uso de anestesia local, sedación y analgesia según el criterio del dentista. Entiendo que hay posibles complicaciones, riesgos y beneficios del tratamiento, anestesia, otros medicamentos y medicamentos. He respondido a este formulario según mi leal saber y he respondido satisfactoriamente a todas mis preguntas. Autorizo el tratamiento y el pago de los beneficios del seguro a la práctica.

Firma del paciente o persona autorizada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Desert Valley Dental no revelará ninguna información sobre usted o su cuenta a ninguna persona sin su consentimiento por escrito.**

**HIPAA AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Esta autorización para el uso o divulgación de la Información de salud protegida tiene como objetivo satisfacer los requisitos de la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro de salud ("HIPAA") [42 C.F.R. § 164.500 y ss.]  
Por favor revise y complete la autorización cuidadosamente. No proporcionar toda la información solicitada puede invalidar la autorización.

**USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Desert Valley Dental a usar mi información de salud protegida  
Nombre del paciente

**Divulgaciones a amigos y familiares:**

¿Desea designar a un miembro de la familia u otra persona con quien el proveedor pueda hablar sobre su condición médica? **Sí o No** (marque uno con un círculo)

en caso afirmativo, ¿a quién?

Doy permiso para que toda mi información de salud protegida se divulgue con el fin de comunicar resultados, hallazgos y decisiones de atención a los miembros de la familia y otras personas enumeradas a continuación:

Nombre	Relación	Número de contacto

**Desert Valley Dental puede divulgar información dental y de atención médica detallada a los siguientes por favor marque todo lo que corresponda:**

- Deje un mensaje en el contestador automático del hogar \_\_\_\_\_
- Teléfono móvil \_\_\_\_\_
- Trabajo \_\_\_\_\_
- Correo electrónico \_\_\_\_\_
- La oficina puede dejar un mensaje con los miembros de la familia mencionados anteriormente
- El consultorio solo debe hablar con el paciente



**DERECHOS DEL PACIENTE:**

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando dicha notificación por escrito a Desert Valley Dental. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que Desert Valley Dental ha confiado en el uso o divulgación de la información de salud protegida.

Desert Valley Dental no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios (si corresponde) a si doy autorización para el uso o divulgación solicitados, a menos que la ley lo permita específicamente.

Entiendo que HIPAA prohíbe que el destinatario de mi información de salud divulgue más información sin obtener una autorización adicional de mi parte, excepto en los casos en que la ley permita o exija una divulgación adicional.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización a mi solicitud. Además, si Desert Valley Dental ha solicitado esta autorización, se me debe proporcionar una copia ejecutada de la autorización, ya sea que la solicite o no específicamente.

**FIRMA:**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente o representante personal

Si está firmado por un Representante personal del paciente, describa la autoridad del representante para actuar por el paciente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Consentimiento informado para la terapia controlada de sustancias para el dolor**

En Nevada, según el Proyecto de Ley 474 de la Asamblea, los prescriptores deben informar a sus pacientes sobre el tratamiento del dolor con el uso de una sustancia controlada. Es importante que revise la siguiente información detenidamente y solicite información adicional que pueda necesitar para tomar una decisión informada sobre las medicaciones prescritas. Revise la información que se enumera aquí e inicialice cada elemento.

**Inicial:**

\_\_\_ Entiendo que me recetan medicamentos, incluidas sustancias controladas para el tratamiento del dolor.

\_\_\_ Entiendo que todos los medicamentos para el dolor, incluidas las sustancias controladas, tienen diferentes beneficios y riesgos en el tratamiento de mis síntomas. Me han informado sobre los posibles riesgos y beneficios del tratamiento con sustancias controladas.

\_\_\_ Entiendo que las sustancias controladas con receta pueden conllevar serios riesgos de adicción y sobredosis, especialmente con el uso prolongado.

\_\_\_ Entiendo que no debo usar la sustancia controlada que me recetaron junto con drogas o alcohol y otros medicamentos (a menos que mi médico me indique lo contrario).

\_\_\_ Antes de que me receten el medicamento para el dolor, me aconsejaron sobre los medios alternativos de tratamiento no opioides para mis síntomas, incluidos, entre otros, los antiinflamatorios (es decir, Aleve, Tylenol, Ibuprofeno, etc.).

\_\_\_ Entiendo que cuando tomé sustancias controladas, puedo volverme físicamente dependiente de ellas, lo que significa que mi cuerpo se acostumbrara a tomar los medicamentos todos los días, y experimentaría una enfermedad por abstinencia si los dejo o los dejo de consumir demasiado rápido. Los síntomas de abstinencia parecen tener gripe y pueden incluir dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, sudoración, dolores corporales, calambres musculares, secreción nasal, bostezos, ansiedad y problemas para dormir.

\_\_\_ Entiendo que puedo volverme adicto a las sustancias controladas y requerir tratamiento de adicción si no puedo controlar cómo las estoy usando, o si continúo usándolas por un período prolongado de tiempo. He discutido con mi médico el uso apropiado de la sustancia controlada.

\_\_\_ Entiendo que cualquiera puede desarrollar una adicción a los analgésicos, pero las personas que han tenido problemas con enfermedades mentales o con el control del consumo de drogas o alcohol en el pasado o que tienen un padre o hermano que ha tenido problemas de abuso de drogas o alcohol tienen mayor riesgo. Le he dicho a mi médico si yo o alguien en mi familia ha tenido alguno de estos tipos de problemas.

\_\_\_\_\_ Entiendo que debo guardar las recetas en un lugar seguro y fuera del alcance de los niños, otros miembros de la familia y otros, y / o usar un botiquín cerrado. Eliminare de forma segura los medicamentos no utilizados, puedo devolver los medicamentos no utilizados en el frasco a una farmacia local, un día local de devolución de drogas, o una subestación local de la policía o el sheriff en mi comunidad, o puedo eliminarlos de manera segura disolviéndolos en una bolsa Dettera. Entiendo que no debo tirar los medicamentos no utilizados al inodoro o al lavabo.

\_\_\_\_\_ Entiendo que es posible que mi médico no pueda volver a llenar mi medicamento por teléfono y, por lo tanto, cualquier solicitud de recarga puede requerir una cita de consulta. Entiendo que mi médico puede negarse a volver a surtir mi receta si cree que es médicamente innecesario y / o perjudicial para mi bienestar. Entiendo que me recetan una sustancia controlada por un período corto y que las recetas por períodos de tiempo adicionales pueden requerir consultas, evaluaciones y acuerdos adicionales.

\_\_\_\_\_ Entiendo que debido al riesgo de una posible sobredosis como resultado de sustancias controladas, el antídoto para sobredosis de opioides naloxona (Narcan) ahora está disponible sin receta. Puedo obtener naloxona (Narcan) del farmacéutico.

\_\_\_\_\_ Para mujeres: es mi responsabilidad informarle inmediatamente a mi médico si creo que estoy embarazada o si estoy pensando en quedar embarazada. Entiendo el riesgo para un feto de exposición crónica a sustancias controladas durante el embarazo, incluidos, entre otros, los riesgos de dependencia fetal de la sustancia controlada, síndrome de abstinencia neonatal, problemas neurológicos y cardíacos en el bebé, prematuridad y muerte fetal o neonatal. .

**Consentimiento informado:**

Entiendo cada una de las declaraciones escritas aquí y, al firmar, doy mi consentimiento para el tratamiento de mi condición de dolor con medicamentos, incluidas sustancias controladas. He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener sobre mi tratamiento del dolor con medicamentos, incluidas sustancias controladas, y estoy satisfecho de que mis preguntas hayan sido respondidas.

\_\_\_\_\_

Nombre del paciente

\_\_\_\_\_

Impreso Firma del paciente

\_\_\_\_\_

Fecha

**Menor no emancipado**

Como padre / tutor, he discutido con el recetador los riesgos de que si el menor abusa o usa mal la sustancia controlada o desviará la sustancia controlada para que la use otra persona y las formas de detectar dicho abuso, mal uso o desvío.

\_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor

\_\_\_\_\_

impreso Firma del padre / tutor

\_\_\_\_\_

Fecha

**Bienvenido a la oficina dental de Desert Valley Dental**  
**Políticas financieras y de privacidad del paciente**

**EL PAGO SE DEBE EN SU TOTALIDAD AL MOMENTO DE SERVICIO AI MENOS QUE USTED SEA PACIENTE DE REGISTRO \*ESTABLECIDO\* Y UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES SE APLICA Y SE SELECCIONA.**

**\* Establecido: examen completo y radiografías de boca completa \***

- \_\_\_\_ 1. (\* Para pacientes establecidos con o sin seguro.) Elijo pagar mi saldo en completo al momento de servicio y aprovechar un descuento de cortesía del 10%.
- \_\_\_\_ 2. (\* Para pacientes establecidos con seguro.) Elijo pagar mi parte estimada en cada cita. Entiendo que es mi responsabilidad cualquier saldo restante no pagado por mi seguro dental en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la recepción o rechazo del seguro.
- \_\_\_\_ 3. Elijo usar CareCredit® para cualquier servicio de más de \$300 y aprovechar sus programas de 0% de interés. (Sujeto a aprobación de crédito)

**CON RESPECTO AL SEGURO:**

Con mucho gusto procesaremos sus reclamos de seguro, calcularemos su deducible y la parte no cubierta por su plan de seguro. El monto estimado no cubierto por su seguro se debe al momento del tratamiento. Nuestras estimaciones no son una garantía de cobertura o beneficios y no deben tomarse como tales. El saldo es su responsabilidad, ya sea que su seguro lo pague o no. Si tiene un seguro doble, le facturamos al seguro secundario después de que se haya recibido el pago principal. Hacemos esto por cortesía para usted. Sin embargo, debe tener en cuenta que muchos planes de seguro secundario ya no cubren los montos no pagados por su seguro primario. Por lo tanto, los pacientes deben pagar el monto estimado no cubierto por el seguro primario al momento del servicio.

**CON RESPECTO A NOMBRAMIENTOS Y CANCELACIONES:**

Cuando hacemos su cita, estamos reservando una habitación para sus necesidades particulares. Le pedimos que si debe cambiar una cita, nos avise con al menos 24 horas de anticipación. Esta cortesía permite dar su habitación reservada a otro paciente que lo desee.

Creemos que el tiempo de nuestros pacientes es valioso. Cuando se hace su cita, se preparan sus registros y se preparan instrumentos especiales para su visita. A excepción de una emergencia, nos enorgullecemos de llegar a tiempo y puntualmente, por lo que agradeceríamos la misma cortesía de nuestros pacientes. Nos enorgullece formar parte de un equipo cuyo objetivo principal es proporcionar la mejor atención dental más completa e integral disponible en la actualidad. Es importante que lea y entienda nuestra política de oficina y haga cualquier pregunta que pueda tener sobre cualquiera de los siguientes.

**Hay un cargo de \$50 por no presentarse a las citas programadas y cancelar citas con menos de 24 horas de anticipación. Las cancelaciones repetidas o las citas perdidas resultará en la pérdida de futuros privilegios de citas.**

**CON RESPECTO A LAS CUENTAS ANTERIORES Y VENCIDAS:**

Cobramos 1.58% MPR y 18.96% APR para todas las cuentas con más de 90 días de vencimiento.

En caso de que sea necesario contratar a una agencia de cobranza externa para cobrar el dinero adeudado en cuentas durante más de 90 días, su saldo se incrementará en un 40% a 50% para cubrir todos los costos judiciales de cobranza/reclamos menores.

Yo autorizo a Desert Valley Dental a examinar y brindar tratamiento dental. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar con cheque a nombre de Desert Valley Dental. Autorizo a Desert Valley Dental a divulgar cualquier información médica, dental o incidental que pueda ser necesaria para el cuidado dental o en el procesamiento de solicitudes de reembolso financiero. Entiendo que es mi responsabilidad conocer todas las reglas y restricciones de mi póliza de seguro, saber qué hospitales, salas de emergencia, laboratorios, departamentos de radiografías y especialistas me asignan de acuerdo con las reglas de mi póliza de seguro. El procedimiento en el consultorio de Desert Valley Dental es compartir información de salud protegida con laboratorios, médicos consultores y hospitales. Llamaremos a la farmacia de su elección con respecto a sus recetas. Solo se intercambiará la información de salud protegida mínima necesaria para cada transacción. Una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad está disponible a pedido.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente, parte responsable o tutor legal

Fecha \_\_\_\_\_