Fort Worth Family Smiles

Thaddeus J. Rowell, DMD
Michelle Davila, DDS

Información Para el Paciente

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Hombre / Mujer

Si el menor de edad, los padres Nombre _____ Teléfono _____

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Email _____

Licencia / ID # _____ Estado de manejar emitida _____ Expira _____

Empleador _____ Teléfono _____

Compañía de Seguro Dental _____ Teléfono _____

Nombre Del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

Seguro Social Del Suscriptor _____ Grupo # _____

Los médicos primarios del paciente _____ Teléfono _____

¿Está el paciente recibe tratamiento para alguna enfermedad médica: Lista

_____

Medicamentos actuales _____

EMERGENCIA Contacto Nombre _____ Teléfono _____

Nombre de Farmacia _____ **Lugar** _____

Teléfono _____

Razón principal para su visita de hoy:

_____

¿Cómo se enteró de nosotros?

_____

Paciente / Tutor Legal Firma _____ **Fecha** _____

Cuestionario de Salud

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Masculino / Femenino

Por favor, conteste las siguientes preguntas lo mejor que pueda, dando cuenta de que las respuestas verdaderas y exactas son importantes para la prestación de una atención de calidad. **Toda la información que usted proporcione será confidencial.**

Por favor, conteste con un círculo Sí o No para cada pregunta individual.

1. Está usted en buena salud? ..... Si No
2. ¿Ha habido algún cambio en su estado general de salud en el último año? ..... Si No
3. fecha del último control por el médico: _____ Si No
4. ¿Está usted actualmente bajo cuidado de un médico? ..... Sí No
   Si es así ¿para qué? _____
   Tratamiento nombre del Médico _____ Teléfono _____
5. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operaciones u hospitalizaciones? ..... Sí No
   Si es así, describir y dar fechas aproximadas:
6. ¿Ha tenido la sedación intravenosa o anestesia general? ..... Sí No
   ¿Hubo algún efecto adverso? ..... Sí No
7. ¿generalmente toleran bien el tratamiento dental? ..... Si No
8. ¿Tiene o ha tenido alguna vez:
   1. la enfermedad del corazón que se desertó al nacer? ..... Si No
   2. fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática? ..... Si No
   3. Enfermedad cardiovascular(dolor en el pecho, problemas del corazón, ataque al corazón, enfermedad de las arterias coronarias, presión arterial alta, derrame cerebral, palpaciones, cirugía cardíaca, angioplastia, marcapasos)? ..... Si No
   4. Enfermedad pulmonar(asma, enfisema, tos crónica, la bronquitis, la neumonía, la tuberculosis, la falta de aliento, tos severa)? ..... Si No
   5. trastornos neurológicos (convulsiones, epilepsia, desmayos, mareos, trastornos nerviosos)?Si No
   6. enfermedad de la sangre (trastorno de la coagulación, anemia, las transfusiones de sangre, ¿verdad moretones con facilidad)? .... Si No
   7. Enfermedad hepática(ictericia, hepatitis)? ..... Si No
   8. Diabetes? ..... Si No
   9. Enfermedad de la tiroides(hipotiroidismo, tumor)? ..... Si No
   10. La enfermedad renal ..... Si No
   11. artritis? Si es así, que las articulaciones? _____ Si No
   12. Las úlceras de estómago o problemas intestinales? ..... Si No
   13. Glaucoma? ..... Si No
   14. úlceras bucales frecuentes o recurrentes? ..... Si No
   15. Implantes / articulaciones artificiales de cualquier parte del cuerpo? (Válvula del corazón, cadera, rodilla)? ..... Si No
   16. radiación (tratamiento con rayos x para el cáncer) en la región de cabeza y cuello? ..... Si No
   17. Ruidosen articulación de la mandíbula, dolor cerca de la oreja cuando se mastica, ¿Rechina o aprietan los dientes? ..... Si No
   18. senos nasales o problemas? ..... Si No
   19. Cualquier enfermedad, drogas, transplante o VIH que ha deprimido el sistema inmunológico? Si No
9. Está tomando o usando alguna de las siguientes?
   20. Antibióticos? ..... Si No
   21. (Diluyentes de la sangre)? ..... Si No
   22. Medicamentos para la tiroides? ..... Si No
   23. Antihistamínicos, descongestionantes ..... Si No
   24. hipertensión arterial o el corazón? ..... Si No
   25. Esteroides ..... Si No
   26. Tranquilizantes antidepresivos? ..... Si No

Cuestionario de Salud

27. estomacal o medicamentos GI (antiácidos, etc)? ..... Si No
28. colesterol reduciendo las drogas? ..... Si No
29. Aspirina ibuprofeno, los AINE u opioides anti-inflamatorios no esteroidales y otros medicamentos para el dolor? ..... Si No
30. pastillas para bajar de peso o adelgazar (en el mostrador o productos "naturales")? ..... Si No
31. vitaminas remedios naturales (ginko biloba, efedra, ginseng, etc) u otros suplementos? ... Si No
32. marihuana, cocaína y otras drogas "recreativas"? ..... Si No
33. Cualquier otra regulares medicamentos, pastillas, suplementos o drogas? ..... Si No

Anote todos los medicamentos CORRIENTES

10. usted alérgico o tenido una mala reacción por parte de:
    34. Anestesia local (novocaína como las drogas)? Si No f. Codeína u otros narcóticos u opiáceos? Si No
    35. penicilina, amoxicilina, cefalosporina? Si No g. Latex? ..... Si No
    36. Otros antibióticos? ..... Si No h. Otras alergias o reacciones? ..... Si No
    37. Barbitúricos, sedantes ..... Sí No En caso afirmativo, indique:

        _____
    38. aspirina, ibuprofeno, los AINE u otros medicamentos para el dolor? ..... Si No
11. ¿Tiene fiebre alta, erupciones cutáneas frecuentes, etc? ..... Si No
12. ¿Utiliza alcohol? ¿Cuánto al día? _____ .. .. Sí No
13. ¿Qué producto y cuánto por día? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____
14. ¿Te escupen tabaco? ..... ¿Por cuánto tiempo? _____
15. ¿Es usted, o ha sido, en un programa de recuperación de drogas o alcohol? ..... Sí No
16. ¿tiene otras enfermedades, trastornos o problemas no mencionadas aquí que cree que el médico debería saber? ..... Sí No
17. ¿desea hablar con el médico privado de nada? ..... Si No
18. Cualquier comentario adicional? _____
19. **MUJERES**
    1. Está usted tomando anticonceptivos? ..... Si No
    2. ¿Está embarazada, tratando de quedar embarazada o alguna posibilidad de que podría estar embarazada?..... Sí No
    3. ¿Eres LACTANCIA MATERNA? ..... Si No
    4. ¿Está tomando sustitutos hormonales? ..... Si No

Entiendo la importancia de la historia clínica veraz y darse cuenta de que la información incompleta puede tener un efecto adverso en mi tratamiento. Al mejor de mi conocimiento, la información consignada es completa y correcta:

Firma de la persona que completa el Cuestionario de Salud Fecha

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Nombre del Paciente_____ Presión Sanguínea y Pulso: _____/_____

Por favor lea y escriba las iniciales de su nombre en cada uno de los siguientes párrafos.

_____ **1.TRATAMIENTO A HACERSE**

Entiendo que me harán el siguiente tratamiento: Empaste____ Puentes____ Coronas____ Extracción de Dientes____ Extracción de Dientes Impactados____ Anestesia General____ Conducto Radicular____ Otro_____

_____ **2. FARMACOS Y MEDICAMENTOS**

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando el enrojecimiento e inflamación de tejidos, dolor, comezón, vomito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa).

_____ **3. CAMBIOS EN EL PLAN DETRATAMIENTO**

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontradas durante la examinacion, siendo lo más común la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y añadiduras necesarios.

_____ 4. **EXTRACCION DE DIENTES**

Se me han explicado las alternativas a una extracción de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al Dentista extraerme los siguientes dientes _____ y cualquier otro(s) que sea necesario por motivos descritos en el párrafo #3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre remueve toda la infección, si la hay, y puede que necesite tratamiento adicional. Entiendo cuáles son los riesgos de una extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, propagación de la infección, alveolo seco, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un periodo de tiempo indefinido (días o meses), o quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizado si resultan complicaciones durante o después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto.

_____ 5. **CORONAS, PUENTESY CAPERUZAS**

Entiendo que algunas veces no es posible igualar exactamente el color de la dentadura postiza al de a dentadura natural. Además entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarme de que no se caigan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Estoy enterado que la ultima oportunidad para hacer cambios a mi nueva corona, puente o caperuza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré antes de la cementación. Autorizo a dentista a preparar los dientes siguientes para las coronas o un puente: _____.

_____ 6. **DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS 0 PARCIALES**

Estoy enterado de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal, yb porcelana. Se me han explicado los problemas que pueden surgir por usar estos aparatos, incluyendo aflojamiento, dolor, y posible ruptura. Entiendo que la ultima oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré cuando asista a la consulta para probarme los dientes en cera. Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren otra alineación 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 dentadura postiza.

_____ 7. **TRATAMIENTO ENDODONTICO (CONDUCTO RADICULAR)**

Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y que pueden presentarse complicaciones por el tratamiento, y que en ocasiones, se cementan objetos de metal en el diente o se extienden a través del conducto radicular, 10 cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones puede necesitarse de procedimientos quirúrgicos adicionales después de un tratamiento de conducto radicular (apicoectomia).

_____ 8. **PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDOY HUESO)**

Entiendo que tengo una condición grave, que está causando inflamación o pérdida de encías y de hueso, y que puede causar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo cirugía de las encías, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condición periodontal.

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta, y prácticos dentales no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

_____ _____

Firma del Paciente Fecha

_____

Firma del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad

Fort Worth Family Smiles

Thaddeus J. Rowell, DMD
Michelle Davila, DDS

RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD PRÁCTICA Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PACIENTE

Entiendo que bajo el Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usado, pero no es obligatorio para que firme con el fin de:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en el tratamiento que directa e indirectamente .
- obtener el pago de terceros pagadores
- Realizar operaciones de salud normales, como las evaluaciones de calidad y certificados médico me ha informado por su parte de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Me han dado una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que pueda ponerse en contacto con esta organización en cualquier momento a la dirección de arriba para obtener una copia actual del aviso od prácticas de privacidad. Entiendo que puede solicitud por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También entiendo que no están obligados a aceptar mis limitaciones, pero si lo hace de acuerdo, entonces se enlazan a acatar dichas restricciones.
  Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que ha tomado acción confiando en este consentimiento.
  he recibido el Aviso de prácticas de privacidad y me han dado la oportunidad de revisarlo.

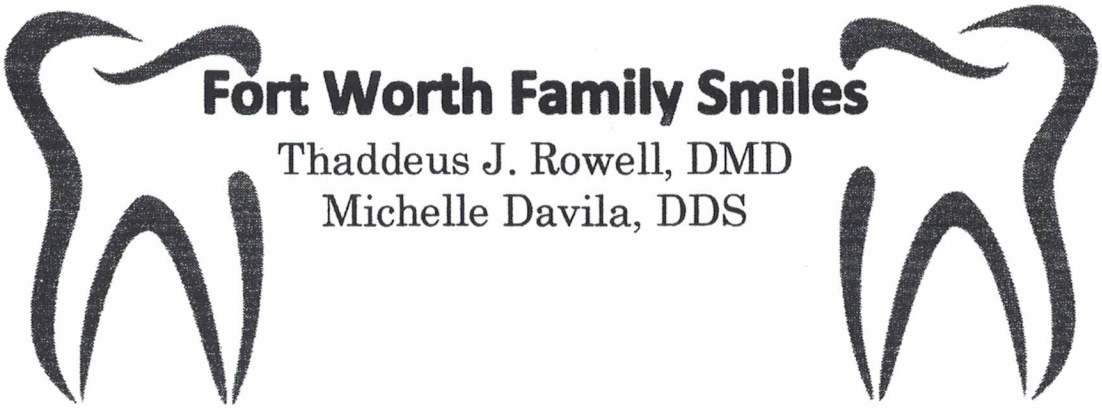
DOB _____

Nombre del paciente _____

Firma del paciente _____

Relación con el Paciente _____

Fecha _____



Aviso a Pacientes Usando Seguros

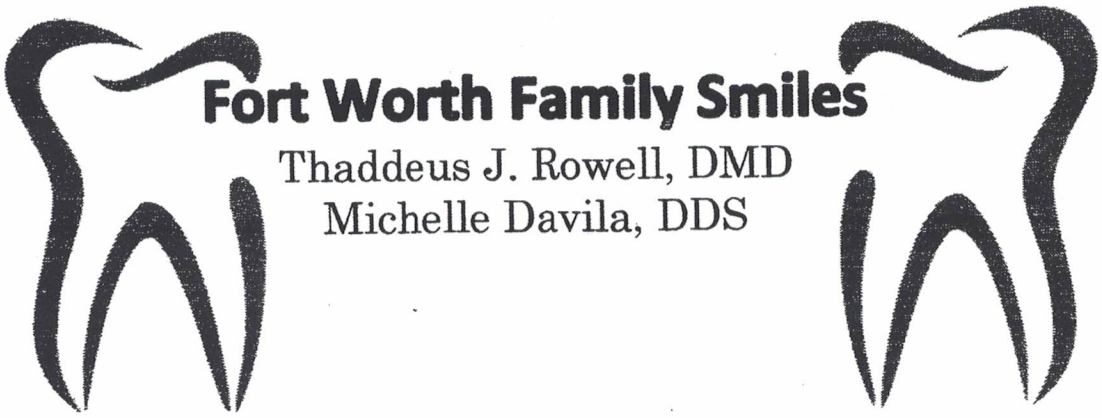
Soy responsable de mi saldo si cualquiera de lo siguiente ocurre:

1. El tratamiento va sobre mi máximo anual My insurance company denies any treatment
2. El tratamiento va sobre mi máximo anual
3. Yo impedir o retrasar el pago por no cumplir con solicitudes de formularios de seguros o de firmas
4. Yo no termine mi tratamiento y resulta en la falta de pago por la compañía de seguros
5. Se incurren en costos de laboratorio debido a la falta de citas
6. Recibir mi cheque del seguro y no enviar a su oficina

Por la presente autorizo pago directamente al anterior llamado a dentista de los beneficios de seguro de grupo lo contrario pagaderos a mí pero no debe exceder las cargas indicadas. Entiendo que soy financieramente responsable por cargos no cubiertos por esta autorización. Por la presente acepta el plan de tratamiento anteriores y autorizo de cualquier información relativa a esta afirmación.

He leído y entiendo mis obligaciones en la aceptación de mi seguro dental como forma de pago.

Paciente, Los Padres o Tutor Firma Fecha



Política Financiera Escrito

Gracias por elegir Fort Worth Family Smiles usted. Nuestra misión principal es ofrecer la mejor y más completa dental, atención disponible. Una parte importante de la misión es hacer el costo de la atención óptima de lo más fácil y manejable para nuestros pacientes como sea posible, ofreciendo varias opciones de pagopago:.

Note por
Fort Worth Family Dentistry requiere el pago al comienzo de su tratamiento. Si decide dejar de atención médica antes de que termine el tratamiento, usted recibirá un reembolso menos el costo de descuentos de la atención recibida.[2]
Para los planes que requieren más de 4 citas, se pueden proporcionar arreglos alternativos del pago.
Para los pacientes con seguro dental somos felices para trabajar con su proveedor para obtener el máximo beneficio y la cuenta directamente una compañía de seguros para su tratamiento.
Existe un cargo de $ 25 se cobra por los pacientes que pierden o cancelar más de 2 veces en un año calendario sin aviso de 24 horas.
Fort Worth Family Dentistry cobra $ 45 por cheques devueltos.
Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar. Estamos aquí para ayudarle a obtener la odontología que desea o necesita.

Paciente, Padre o Tutor Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

[1] Sujeto a aprobación de crédito
[2] Sin embargo, si no recibimos el pago de su compañía de seguros dentro de los 30 días, usted será responsable del pago de sus cuotas de tratamiento y recogida de sus beneficios directamente de su compañía de seguros

Patient Consent Form – Oral Screening

Early Detection with a Painless Exam
Is Your Best Protection

Oral cancer rates are on the rise and the seriousness of this disease cannot be overestimated. To address and reduce the incidence of oral cancer, our practice has instituted a voluntary oral cancer screening in line with our policy of providing the most advanced dental care available to our patients.

People at risk are those who use tobacco and alcohol, as well as anyone over 40 years of age. However, statistics show that in over 25% of oral cancer victims do not exhibit any of these risk factors and this year alone over 30,000 Americans will die of oral cancer. As with any cancer, early detection is the most critical factor in defeating this disease.

Our practice recently incorporated the Velscope into our oral screening standard of care. We find that using the Velscope along with a visual oral cancer examination improves the ability to identify a suspicious area at its earliest stages. Early detection of pre-cancerous tissue can minimize or eliminate the potentially disfiguring effects of oral cancer and possibly save your life the Velscope exam will be offered to you annually.

This enhanced examination is recognized by the American Dental Association code revision committee as CDT-5 procedure code D0431; however, this exam might not be covered by your insurance. The fee for this enhanced examination is $15.00.

Yes. I authorize Dr. Davila to perform my periodic exam along with the standard oral cancer examination. I accept financial responsibility for this enhanced examination.

Print Name:_____

Signature: _____ Date: _____

No. I would prefer not to have the Velscope exam at this time.

Print Name: _____

Signature: _____ Date: _____