

Fecha:	Remitido por:	Dentista general:	Diente Núm.:

Paciente				
	APELLIDO	PRIMERO	Apodo	Inicial del segundo nombre

F. NAC.	NSS	☐ MASCULINO	☐ FEMENINO	☐ MENOR*

Dirección: Calle	Apto./Suite	☐ SOLTERO	☐ CASADO	☐ DIVORCIADO	☐ VIUDO

Ciudad	Estado	CP

Tel. celular	Tel. particular	Tel. del trabajo

Correo electrónico	Empleador

En caso de emergencia, proporcione los datos de su familiar más cercano o de la persona de contacto designada:

Nombre	Parentesco	Núm. de teléfono

Nombre de la parte responsable _____ Parentesco con el paciente _____
 Fecha de nacimiento _____ NSS _____ Núm. de teléfono _____
 Dirección (Ciudad, Estado, CP) _____

Médico de atención primaria _____ Teléfono del médico _____

Nombre de la farmacia _____ Teléfono de la farmacia _____

Dirección de la farmacia _____

¿Ha sido operado alguna vez? ☐ Sí ☐ NO En caso afirmativo, describa: _____

Medicamentos con receta médica o de libre venta que toma actualmente: _____

¿Es alérgico al látex? ☐ Sí ☐ NO

Ha tenido alguna reacción alérgica o adversa a: ¿Anestesia? ☐ Sí ☐ NO ¿Anestesia dental local? ☐ Sí ☐ NO ¿General/IV? ☐ Sí ☐ NO

¿Es alérgico a algún medicamento? ☐ Sí ☐ NO En caso afirmativo, explique: _____

¿Toma o ha tomado algún medicamento bifosfonato? (P. ej.: Boniva, Fosamax) ☐ Sí ☐ NO

¿Toma o ha tomado anticoagulantes? (Coumadin, inhibidores plaquetarios o terapia con aspirina) ☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo, ¿por qué? _____

☐ Anemia ☐ Artritis, Reumatismo ☐ Válvula cardíaca artificial ☐ Articulaciones artificiales ☐ Asma ☐ Problemas de espalda ☐ Trastorno hemorrágico ☐ Cáncer ☐ Dependencia química ☐ Quimioterapia ☐ Problemas circulatorios ☐ Tratamiento con cortisona ☐ Diabetes	☐ Epilepsia ☐ Desmayos ☐ Glaucoma ☐ Cefaleas o migrañas ☐ Soplo cardíaco ☐ Problemas cardíacos ☐ Hemofilia ☐ Hepatitis ☐ Hipertensión arterial ☐ VIH/SIDA ☐ Dolor mandibular o trastorno temporomandibular (TMD)	☐ Enfermedad renal ☐ Prolapso de la válvula mitral ☐ Marcapasos ☐ Radioterapia ☐ Enfermedad respiratoria ☐ Fiebre reumática	☐ Dificultad para respirar ☐ Apnea del sueño ☐ Accidente cerebrovascular ☐ Problemas de la tiroides ☐ Tuberculosis ☐ Úlcera ☐ Otra _____
Para mujeres ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ NO En caso afirmativo, ¿de cuántos meses? _____ ¿Está amamantando? ☐ Sí ☐ NO ¿Sospecha que está embarazada? ☐ Sí ☐ NO ¿Toma pastillas anticonceptivas? ☐ Sí ☐ NO			

Fecha

CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN SOBRE ENDODONCIA

El tratamiento endodóntico (tratamiento del conducto radicular) consiste en limpiar, dar forma, desinfectar y rellenar el conducto radicular de un diente dañado o enfermo. El conducto es el espacio dentro de la raíz que contiene tejido en desarrollo. Aunque este tejido se extrae, las células vivas permanecen en el exterior de la raíz y el cuerpo sigue reconociendo el diente como vivo después del tratamiento. Es posible que se necesiten varias visitas para completar el tratamiento.

Este formulario sirve como su consentimiento para que un proveedor de Commonwealth Endodontics lo evalúe y/o trate como paciente. Es posible que el tratamiento no se inicie hoy. Sin embargo, es importante que se le informe sobre los procedimientos que se están considerando y todos los resultados posibles, independientemente de que el tratamiento se realice en esta visita. Por favor, revise lo siguiente:

1. Tasa de éxito y limitaciones

La terapia de conducto radicular tiene una tasa de éxito del 90 al 95%; el éxito del retratamiento es del 80 al 85%. La endodoncia no es una ciencia exacta y no se puede garantizar el éxito del tratamiento. Es posible que se necesite un tratamiento adicional o una extracción si surgen problemas después del tratamiento.

2. Tratamiento previo

El tratamiento endodóntico iniciado o completado en otros consultorios puede tener resultados diferentes a los esperados en condiciones óptimas.

3. Se requiere restauración

Después del tratamiento, póngase en contacto con su dentista general lo antes posible para programar una restauración permanente. Su dentista restaurador colocará un empaste o una corona en el diente. El empaste que le colocamos es solo temporal.

4. Posibles complicaciones

Los riesgos incluyen: hinchazón, dolor, infección, trismo (apertura limitada), decoloración del tejido, fractura dental, separación del instrumento, perforación de la raíz, llenado insuficiente o excesivo de los conductos, afectación de los senos paranasales, daño a los trabajos dentales existentes, conductos bloqueados o curvados, reabsorción o calcificaciones.

Se utiliza anestesia local para adormecer la zona. Aunque es poco frecuente, las complicaciones pueden incluir hinchazón, sangrado, infección, entumecimiento o hormigueo prolongado (posiblemente permanente), calambres musculares, trismo, taquicardia y reacciones alérgicas.

5. Restauraciones existentes (coronas, puentes, incrustaciones/recubrimientos)

Es posible que estas restauraciones deban sustituirse después del tratamiento si hay caries o si la restauración se ve comprometida durante el acceso. En la mayoría de los casos (95 %), el tratamiento puede completarse sin problemas a través de las restauraciones existentes. Sin embargo, si se producen daños, el paciente es responsable de los gastos de sustitución. Commonwealth Endodontics no se hace responsable de la fabricación ni del pago de nuevas restauraciones.

Nota: Todos los servicios de Commonwealth Endodontics, incluida la terapia de conducto radicular, el retratamiento y la apicectomía, no son reembolsables.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto los riesgos mencionados anteriormente. Doy mi consentimiento para ser evaluado por un proveedor de Commonwealth Endodontics y entiendo que, si acepto el plan de tratamiento propuesto y decido continuar, estoy dando mi consentimiento para que se realice el tratamiento endodóntico, incluido el uso de los anestésicos, medicamentos y servicios que se consideren necesarios. El tratamiento endodóntico sigue las prácticas clínicas aceptadas y se pueden tomar imágenes digitales antes, durante y después del tratamiento. También autorizo la divulgación de mi historial dental a mi dentista y/o compañía de seguros.

Firma del paciente o su representante legal

Fecha

Commonwealth Endodontics

POLÍTICAS DE SEGURO, PAGO Y CONDUCTA

En Commonwealth Endodontics, nos comprometemos a brindar una atención excepcional en un entorno seguro, respetuoso y profesional. Para ello, le pedimos su comprensión y cooperación con las siguientes políticas.

CÓDIGO DE CONDUCTA DEL PACIENTE

Se espera que los pacientes y sus acompañantes traten al personal y a otras personas con cortesía, se comuniquen de manera respetuosa y sigan todas las políticas del consultorio. No se tolerará el abuso verbal, las amenazas, el lenguaje vulgar ni el comportamiento perturbador, y podrán dar lugar a la expulsión inmediata del consultorio. Los pacientes expulsados deberán organizar su propia atención médica en el futuro. Si tiene alguna inquietud, hable con nuestro equipo de manera respetuosa; estamos aquí para ayudarlo.

ACUERDO FINANCIERO Y RECONOCIMIENTO

Lea y escriba sus iniciales junto a la opción que corresponda a su caso:

_____ **Sin seguro dental:** Entiendo que el pago total de todos los servicios prestados debe realizarse en la fecha de la prestación del servicio.

_____ **Con seguro dental:** Entiendo que CWE presentará las reclamaciones en mi nombre. Soy responsable de los copagos estimados en el momento de la prestación del servicio y de cualquier saldo no cubierto por el seguro.

Como cortesía, CWE verifica la cobertura del seguro y proporciona un **cálculo estimado** antes de su visita. **Esto no es una garantía de pago.** El contrato del seguro es entre el paciente, su empleador y la aseguradora; CWE no es parte del mismo. Se facturará cualquier saldo restante después de que se procese el seguro. Los pagos en exceso se reembolsarán mediante cheque.

Lea y escriba sus Iniciales para reconocer lo siguiente:

_____ Si una vez iniciado el tratamiento se considera que un diente no se puede salvar, se cobrará una tarifa por tratamiento inoperable de \$537, que sustituirá el coste total del tratamiento y deberá abonarse el mismo día. Es posible que el seguro no cubra este servicio o que lo reembolse a una tarifa inferior a la del tratamiento previsto.

Condiciones de pago adicionales: Condiciones de pago adicionales: Entiendo que si no pago a tiempo, mi cuenta puede ser enviada a cobranza. Seré responsable de todos los gastos relacionados, incluidos los gastos de facturación, abogados y tribunales. Las cuentas pendientes de pago después de tres estados de cuenta pueden incurrir en un cargo administrativo de \$200. Los cheques devueltos están sujetos a un cargo de \$40.

He leído y comprendo perfectamente las políticas de seguro, pago y conducta anteriores.

Firma del paciente o su representante legal

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE RADIOGRAFÍAS DENTALES Y/O IMÁGENES DIGITALES Y REVISIONES

Para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), necesitamos su permiso para utilizar ciertos materiales. Su privacidad es importante para nosotros y valoramos su derecho a controlar cómo se utiliza su información.

Información de paciente

Nombre (en letra de molde): _____

Fecha de notificación: _____

Opciones de consentimiento (*Seleccione SÍ o NO para cada opción a continuación*):

Uso de radiografías dentales e imágenes digitales

Da su consentimiento para que Commonwealth Endodontics utilice radiografías dentales y/o imágenes digitales de sus dientes para:

- Registros dentales
- Investigación y educación (p. ej., lecturas, publicaciones)
- Mercadotecnia (p. ej., sitio web, redes sociales)

- ☐ **SÍ, doy mi consentimiento**
- ☐ **NO, no doy mi consentimiento**

Uso de las opiniones de los pacientes

¿Da su consentimiento para que Commonwealth Endodontics utilice su opinión con fines de marketing (p. ej., redes sociales, sitio web)? Las opiniones no incluirán información médica personal.

- ☐ **SÍ, doy mi consentimiento**
- ☐ **NO, no doy mi consentimiento**

Además, entiendo que si se utilizan las radiografías dentales, las imágenes digitales y/o las opiniones, mi nombre u otra información que me identifique se mantendrá confidencial. No espero ninguna compensación, económica o de otro tipo, por el uso de estas radiografías dentales, imágenes digitales u opiniones. Entiendo que puedo revocar mi permiso en cualquier momento notificándolo por escrito a Commonwealth Endodontics.

Firma del paciente o su representante legal

Fecha

¡Gracias por ayudarnos a mejorar la atención al paciente y compartir experiencias respetando su privacidad!

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Firma: _____

Fecha: _____

De conformidad con los reglamentos de privacidad de HIPAA, enumere los amigos o familiares a quienes autoriza a compartir su información médica protegida (PHI):

NOMBRE	PARENTESCO	NÚM. DE TELÉFONO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Hemos intentado obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no ha sido posible obtenerlo por los siguientes motivos:

- ☐ La persona se ha negado a firmar
- ☐ Las barreras de comunicación han impedido obtener el acuse de recibo
- ☐ Una situación de emergencia nos ha impedido obtener el acuse de recibo
- ☐ Otro (especifique)

EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Nombre/apodo del paciente: _____

Fecha: _____

1. ¿Cuál es el principal motivo de su consulta? _____

2. ¿Siente actualmente algún dolor y/o hinchazón? **Sí** ____ **No** ____

En caso afirmativo, especifique: **Dolor** ____ **Hinchazón** ____ **Ambos** ____

3. ¿Puede localizar el diente que le causa dolor? **Derecho** ____ **Izquierdo** ____ **Superior** ____ **Inferior** ____

4. ¿Cuándo notó los síntomas por primera vez? Hace ____ día(s), ____ semana(s), ____ mes(es), o ____ año(s).

5. Sus Síntomas aparecieron: **Repentinamente** ____ **Gradualmente** ____

Califique su dolor en una escala del 1 al 10: _____

6. ¿Alguna vez ha tenido dolor en *este diente* con alguno de los siguientes? **Calor** ____ **Frío** ____ **Presión al morder** ____

7. ¿Rechina o aprieta los dientes? **Sí** ____ **No** ____ ¿Usa el protector dental en la noche? **Sí** ____ **No** ____

8. ¿Se le ha realizado recientemente alguna restauración (empaste o corona) en este diente? **Sí** ____ **No** ____

9. ¿Está tomando antibióticos para este diente? **Sí** ____ **No** ____

En caso afirmativo, indique cuándo comenzó a tomar el antibiótico: _____