

# Formulario para la Historia de Salud

ADA American Dental Association®

America's leading advocate for oral health

Email:

Fecha de hoy:

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre: <i>Apellido</i>	Nombre <i>2o Nombre</i>	Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i> ( )	Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i> ( )
Dirrección: <i>Dirrección postal</i>	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Ocupación:	Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:      Sexo: M   F
SS# o ID del Paciente:	Contacto en Emergencias:	Parentesco:	Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ( )      Teléfono celular: <i>Incluya código del área</i> ( )
Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?			
<i>Su Nombre</i>		<i>Parentesco</i>	
<b>Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:</b>		<i>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</i>	
Tuberculosis activa .....		Sí No NS	
Tos persistente de más de 3 semanas de duración .....		□ □ □	
Tos que produce sangre .....		□ □ □	
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis.....		□ □ □	
<b>Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.</b>			

## Información Dental *En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.*

	Sí No NS		Sí No NS
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental? .....	□ □ □	Sufre de dolor de oídos o del cuello? .....	□ □ □
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?.....	□ □ □	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula? .....	□ □ □
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?.....	□ □ □	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?.....	□ □ □
Sufre de boca seca? .....	□ □ □	Tiene lesiones o úlceras en su boca? .....	□ □ □
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?.....	□ □ □	Usa dentaduras (placas) completas o parciales? .....	□ □ □
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?.....	□ □ □	Participa en actividades enérgicas de recreación? .....	□ □ □
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?.....	□ □ □	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?.....	□ □ □
Está fluorada el agua que llega a su casa? .....	□ □ □	Fecha de su último examen dental:	
Bebe usted agua embotellada o filtrada? .....	□ □ □	Qué le hicieron en esa ocasión?	
Si es así, con qué frecuencia? <i>Marque su respuesta con un círculo:</i>		Fecha de su última radiografía dental:	
A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE			
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?.....	□ □ □		
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?			
Cómo se siente con su sonrisa?			

## Información Médica *Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.*

	Sí No NS		Sí No NS
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico? .....	□ □ □	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?.....	□ □ □
Médico:	Teléfono: <i>Incluya código del área</i>	Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?	
<i>Nombre</i>	( )		
Dirrección/Ciudad/Estado/Código:		Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?.....	
Se encuentra usted sano/a? .....	□ □ □	□ □ □	
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?.....	□ □ □	Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:	
Si es así, qué condición le están tratando?		_____	
		_____	
		_____	
		_____	
Fecha de su último examen médico:			

# Información Médica

Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

<b>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>					
Usa lentes de contacto?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>Articulaciones Artificiales.</b> Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____									
Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____									
<b>Alergias.</b> Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas <b>afirmativas</b> , especifique el tipo de reacción.		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>					
Anestésicos locales .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Aspirina .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Penicilina u otros antibióticos .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sulfas .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Codeína u otros narcóticos .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Usa sustancias reguladas (drogas)?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? .....									
Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA									
Bebe bebidas alcohólicas?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? .....									
Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? .....									
<b>SÓLO MUJERES</b> Está usted:									
Embarazada? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Número de semanas: _____									
Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Amamantando? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Metales .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Látex (goma) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Yodo .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Polen (fiebre del heno)/estacional .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Animales .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Alimentos .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Otros .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.</b>									
<b>Sí</b>		<b>No</b>	<b>NS</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>			
Válvula cardíaca artificial (prótesis) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Previa endocarditis infecciosa .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en corazón transplantado .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)					Asma .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECC cianótica, sin reparar .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparada en los últimos 6 meses (completamente) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECC reparada con defectos residuales .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.					Tuberculosis .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sí</b>		<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de pecho por esfuerzo .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterioesclerosis .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de alimentación .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daño en las válvulas cardíacas ...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malnutrición .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo en el corazón .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo G.E./ardor persistente ..		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones de la tiroides .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros defectos congénitos del corazón .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la válvula mitral .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: .....				
Fiebre reumática .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teléfono: Incluya código del área ( ) .....				
Enfermedad cardíaca reumática .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangramiento anormal .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explique por favor: .....				
Anemia .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Transfusión sanguínea .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Si es así, fecha: _____									
Hemofilia .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
SIDA o infección por VIH .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Artritis .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

**NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.**

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/Apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A**

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## La política financiera

Le agradece la Dentista Reed que elija proporcionarnos su cuidado dental. Apreciamos su confianza y esperamos en el futuro trabajar con usted. Para prevenir cualquier malentendido y mejorar el servicio a usted, preguntamos que todos los pacientes lean y firmen nuestra política financiera. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor pregunte a miembros del equipo de esta oficina.

**Verificar Seguro:** Como cortesía a usted, verificaremos su seguro para las ventajas de elegibilidad antes de su cita, así como en cualquier momento usted nos notifique de un cambio en su cobertura las compañías de seguros no garantizan que el pago basó en la información que nos proporcionan. Usted es en última instancia responsable de saber si hay algunos períodos de espera para el trabajo que se realizará. Cualquier cantidad en su recomendado tratamiento que no sea cubierta por su seguro, a excepción de descuentos contractuales del honorario, es su responsabilidad financiera.

**Información del seguro:** el nuevo seguro, así como cambios en seguro se debe proporcionar a esta oficina antes de una cita. La falta de proporcionar la información correcta y actual del seguro puede dar lugar a la cuenta entera que es su responsabilidad.

**Cambios en la información personal:** los cambios en su dirección o números de teléfono se deben proporcionar inmediatamente. si esta oficina no puede contactarlo por teléfono o enviar su balance atrasado, su cuenta será enviada a una agencia de colección.

**Peticiones a la información adicional:** Éstos se deben responder inmediatamente. Tales peticiones incluyen la prueba del estado a tiempo completo del estudiante de universidad y la prueba de la inscripción continuada en un régimen de seguros. La falta de proporcionar esta información a la compañía de seguros de una manera oportuna puede dar lugar al balance entero que es su responsabilidad.

**El pago:** es debido a la hora de servicio. Además, si usted tiene un equilibrio el seguir de un pago del seguro de una visita anterior, usted se esperará que pague esa cantidad también. Planes del pago: Vea por favor a nuestros miembros del equipo del mostrador para los detalles.

**Balances:** Si su equilibrio de la cuenta excede 30 días, usted recibirá un aviso que le informa que su cuenta es atrasada. Si usted no paga su balance ni arregla un plan del pago en el plazo de 10 días, su cuenta será enviada a una agencia de colección. Si sucede esto, una colección el costo de 39% del balance será agregada a su balance de la cuenta. La agencia de colección divulgará el balance sin pagar a las oficinas principales de la tarjeta de crédito.

**Cheques devueltos:** habrá un honorario \$30 para los cheques devueltos. La cantidad del cheque más el honorario debe ser pagada en el plazo de 10 días de la notificación por orden de dinero, efectivo, o tarjeta de crédito. Cuando un cheque es devuelto una vez, esta oficina ya no aceptará cheques personales para pago.

**Cancelación de Citas:** Solicitamos 24 horas de aviso si usted está cancelando una cita. Habrá un honorario \$50 para las cancelaciones hechas sin 24 horas de aviso y para las citas falladas. Se cargará \$50 a su cuenta, y no se permitirá hacer ninguna otra cita para sus miembros de la familia hasta que se pague por completo. Gracias por leer esta información.

Firme por favor abajo de su comprensión de conocimiento de la política financiera de la compañía.

Firma del Paciente o Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_



## Consentimiento General para el tratamiento

Se nos requiere la obtención de su consentimiento para el tratamiento dental o cirugía oral propuesto o contemplado. Por favor, lea este formulario detenidamente y le alentamos a que nos haga cualquier pregunta acerca de cualquier parte que no comprenda completamente. Estaremos encantados de responder

1. Yo autorizo a la oficina de Smile Avenue Family Dental o a cualquiera de sus subsidiarios, asistida por dentistas colegiados y/o auxiliares dentales de su elección para practicar en mi persona, o en mi hijo \_\_\_\_\_, el siguiente tratamiento dental o procedimiento de cirugía oral, incluido la anestesia local aconsejada, radiografías o ayudas para el diagnóstico.
2. En términos generales, los procedimientos dentales pueden incluir uno o más de los siguientes:
  - Limpieza de los dientes y aplicación tópica de fluoruro.
  - Aplicación de material de sellado en los bordes de los dientes
  - Tratamiento de los dientes enfermos o dañados con restauración dental. Dichas restauraciones pueden ser amalgamado (plata) o compuesto (blanco).
  - Coronas de acero inoxidable para niños. Estas son necesarias en aquellos casos que el simple relleno no dará el mejor resultado en una restauración a largo termino o en aquellos casos con caries grandes.
  - El reemplazo de dientes con una prótesis dental (coronas, parciales, etc.)
  - La extracción (el sacado) de uno o más dientes que no puedan ser salvados
  - El tratamiento de tejidos orales enfermos o heridos (duros y/o blandos)
  - El tratamiento de dientes mal dispuestos (torcidos) y/o de anomalías del desarrollo dental
  - El uso de sedantes y/o óxido nítrico para controlar comportamientos de aprensión o disruptivos

Se me ha explicado bien el tratamiento. Comprendo que ninguno de los anteriores procedimientos será llevado a cabo sin su previa discusión conmigo y sin discutir su necesidad y obtener mi consentimiento para proceder con métodos alternativos de tratamiento, si se me ha propuesto y explicado algunos, y sus respectivas ventajas y desventajas. He recibido el consejo de que se esperan resultados positivos: sin embargo, la naturaleza y la posibilidad de complicaciones no puede ser predicha con total exactitud. Así pues, no hay garantía ni expresada ni implícita, que se me pueda dar con respecto al tratamiento. Comprendido así, autorizo al doctor para que pueda realizar cualquier tratamiento necesario que en su juicio sea del mejor interés de mi salud, o la salud de mi hijo, una vez se haya iniciado el tratamiento.

3. Existen algunos riesgos, que aunque sean altamente infrecuentes, son posibles, que están asociados con los procedimientos de cirugía dental o oral, medicamentos y anestésicos. Se nos requiere el nombrar aquí dichos riesgos: falta de sensibilidad, infección, atragantamiento, hinchazón, sangrado, decoloración, náuseas, vómitos, reacciones alérgicas, la pérdida de funcionamiento de órganos y cicatrizado. Comprendo y acepto que dichas complicaciones pueden requerir asistencia médica, hospitalización y en casos extremadamente raros, la muerte.

Yo reconozco que he leído y comprendo perfectamente este consentimiento. He tenido la oportunidad de preguntar cualquier detalle con respecto a este formulario y al tratamiento propuesto. También comprendo que este consentimiento permanecerá efectivo hasta el momento en que yo decida terminarlo. Dicha terminación de mi consentimiento deberá ser por escrito.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# OralID

Shine Light Saves Lives

Consentimiento - Detección De Cáncer Oral

Nuestra oficina SMILE AVENUE FAMILY DENTAL, se esfuerza por llevar a sus pacientes tecnología de vanguardia para proporcionarle los últimos avances en salud bucal. Recientemente hemos introducido un aparato tecnologico para detección del cancer oral. El examen OralID nos permitirá visualizar cualquier anomalía de la mucosa oral, incluyendo el cáncer y la displasia (pre-cáncer) antes de que puedan ser detectados a simple vista. El procedimiento es rápido, indoloro y no se utilizan aclaraciones ni colorantes.

Similar a otros cánceres, la detección temprana del cáncer oral es crítica. Los estudios han demostrado que la detección temprana del cáncer oral con tecnologías como el OralID mejora dramáticamente la supervivencia de la enfermedad. Si se detecta cáncer oral en sus etapas posteriores, lo que ocurre típicamente durante un examen convencional de cáncer oral, las probabilidades de supervivencia se reducen drásticamente.

## ¿Quién está en riesgo?

- Personas mayores de 17 años
- Consumidores de tabaco
- Consumidores de alcohol
- Personas con infección por VPH

Si tiene alguna pregunta acerca de los factores de riesgo, por favor siéntase libre de hablar con nuestro personal de higiene. Examinamos a todos nuestros pacientes con el Oralid para reducir la mortalidad de la detección tardía de la etapa.

Nuestra oficina carga \$25 por el exam con el OralID. Nosotros intentaremos facturar su seguro, pero usted será responsable por cualquier cantidad no pagada o negación por su compañía de seguro.

---

Firma

---

Nombre

---

Fecha



# Política de Oficina:

En Smile Avenue Family dental, nuestra misión es proporcionarle a usted y a su familia la más alta calidad de atención dental. Para mantener un ambiente agradable y seguro y asegurar que usted y su familia obtienen la atención que usted merece, estamos implementando las siguientes políticas de oficina:

1. Por favor, pague por los servicios antes de iniciar el tratamiento.
2. Por favor, no entrar en el pasillo de la oficina hasta llamado.
3. Solamente el paciente que es tratado, y un huésped acompañado se permiten en el operatorio (sala de tratamiento).
4. No se permitirá ningún niño en el operatorio a menos que sea tratado.
5. Por favor absténgase de usar el teléfono celular y la grabación de video mientras está en el operativo.
6. Por favor, use zapatos mientras está en la oficina.
7. Por favor, mantenga a los niños corriendo en la oficina y manténgase fuera de todas las heces y el médico'sillas de s.
8. Por favor, no permita que los niños pequeños estén solos en el baño.

---

Firma del Padre/Guardián Fecha



Ph: 281-824-3043 Fax: 281-824-4042 Email: [dr.reed@smileave.com](mailto:dr.reed@smileave.com)

## Confirmación De Citas

Para mejor servir a todos nuestros pacientes y poder acomodar a los pacientes que tienen una verdadera necesidad de nuestros servicios, hemos implementado ciertas pautas para confirmar una cita.

Confirmar citas tan pronto como sea posible o puede ser cancelada y contados contra usted. Si tiene muchas cancelaciones podemos elegir a no seguir haciéndole citas.

- 1. \_\_\_\_ Para citas es posible que reciba una llamada, texto o correo electrónico, para confirmar la cita. Si recibe estas notificaciones por favor llámenos lo más pronto posible para confirmar. Citas que no fueron confirmadas un día antes de la fecha de la cita serán rotas para poder acomodar otros pacientes que tienen necesidad de ver a la dentista.*
- 2. \_\_\_\_ Llámenos para informarnos de cualquier cambio de dirección o número de teléfono. Si recibimos vuelta de correo o no lo podemos contactar por teléfono su cita será cancelada. Citas que no fueron confirmadas un día antes de la fecha de la cita serán rotas para poder acomodar otros pacientes que tienen necesidad de ver a la dentista.*
- 3. \_\_\_\_ Cada cita cancelada con menos de 24 horas de anticipo serán sujetas a un cobro de \$50.00, igual citas que no son canceladas y no se presenta a la cita serán sujetas a un cobro de \$50.00. Después de la segunda vez que no se presenta a la cita sin dar notificación tendrá que pre pagar para la cita y el cobro de los \$50.00 que fueron agregados a su cuenta. Después de la segunda vez que no se presenta a la cita es posible que ya no le hagamos mas citas i lo o la despedamos como paciente.*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma de guardian: \_\_\_\_\_

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