

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:		Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i>		Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i>	
Apellido	Nombre	2o Nombre	()	()	()
Dirección:			Ciudad:	Estado:	Código postal:
<i>Dirección postal</i>					
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>		
Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:			<i>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</i>		SÍ No NS
Tuberculosis activa					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tos persistente de más de 3 semanas de duración					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tos que produce sangre					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.					

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de dolor de oídos o del cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre de boca seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene lesiones o úlceras en su boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa dentaduras (placas) completas o parciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participa en actividades enérgicas de recreación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está fluorada el agua que llega a su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen dental:			
Bebe usted agua embotellada o filtrada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico:	Teléfono: <i>Incluya código del área</i>			Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
Nombre	()						
Dirección/Ciudad/Estado/Código:				Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se encuentra usted sano/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:			
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
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.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)		Sí	No	NS		Sí	No	NS
Usa lentes de contacto?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa sustancias reguladas (drogas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?		<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"/>
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación?					Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA			
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"/>	Bebe bebidas alcohólicas?	<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"/>	Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas?			
Fecha del comienzo del Tratamiento:					Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana?			
					SÓLO MUJERES 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"/>

Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a:		Sí	No	NS	Sí	No	NS
En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.					Metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestésicos locales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex (goma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polen (fiebre del heno)/estacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.

Sí	No	NS	Sí	No	NS	Sí	No	NS		
Válvula cardíaca artificial (prótesis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<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"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	<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"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)				Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques epilépticos	<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"/>	Alteraciones neurológicas	<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"/>	Si es así, especifique:		
ECC reparada con defectos residuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones del sueño	<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"/>	Usted ronca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No	NS	Sí	No	NS	Sí	No	NS	
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de pecho por esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique:		
Arterioesclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección:		
Daño en las válvulas cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudor nocturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo G.E./ardor persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación persistente de los ganglios del cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/jaquecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros defectos congénitos del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso severa o rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								Orina en forma excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?

Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____ Teléfono: Incluye código del área ()

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?

Explique por favor: _____

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: _____

Por favor, solo inicie y firme en las áreas destacadas

Consentimiento Dental General

Nombre del Paciente: _____

1. EXAMEN Y RADIOGRAFIAS

Entiendo que la consulta o visita inicial puede requerir radiografías para poder completar el diagnóstico y plan de tratamiento (Iniciales _____)

2. DROGAS, MEDICAMENTOS Y SEDANTES

Me han informado y entiendo o que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas resultando en enrojecimiento, inflamación o hinchazón de los tejidos, dolor, comezón, vómito, y/o choque anafiláctico (severa reacción alérgica).

También pueden causar somnolencia y falta de conocimiento y coordinación que pueden ser exacerbados por el uso de alcohol u otras drogas.

Entiendo y Acepto. Que no debo operar o manejar ningún vehículo o artefacto peligroso por lo menos por 12 horas o hasta que completamente recuperando de los efectos de la anestesia, medicamentos y drogas que me pueden haber administrado en la oficina para mi tratamiento.

Entiendo que el no tomar las medicinas prescritas en la manera indicada puede presentar riesgos de infecciones y/o dolores continuos o agravados y resistencia potencial tratamiento eficaz de mi estado. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales. (Iniciales _____)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el curso del tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a condiciones encontradas en los dientes en el transcurso del tratamiento que no fueron descubiertas durante el examen, siendo el más común el tratamiento de conducto después de procedimientos rutinarios restaurativos. Autorizo al dentista a hacer cualquier cambio y/o adidura que sean necesarios. (Iniciales _____)

4. FUNCIONAMIENTO DEFICIENTE DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR (TMD)

Entiendo que síntomas tales como chasquidos, tronidos, dislocación o dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la mandíbula Interior (cerca del oído) después del tratamiento dental de rutina en el cual la boca la debe mantenerse en posición abierta. Aun cuando los síntomas de TMD asociados con el tratamiento dental son usualmente de naturaleza transitoria y bien tolerados por la mayoría de los pacientes, comprendo que si llegara a surgir la necesidad de tratamiento, yo seré derivado a un especialista para tratamiento, el costo del mismo será de mi responsabilidad. (Iniciales _____)

5. RELLENOS

Entiendo que debo tener cuidado al masticar con los rellenos nuevos durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Entiendo que la sensibilidad es un efecto común de los rellenos nuevos. (Iniciales _____)

6. EXTRACCION DE DIENTES O MUELAS

Me han sido explicadas las alternativas de la extracción (tratamiento de conducto, coronas, cirugía de la encía, etc.) y autorizo al Dentista a extraer los siguientes dientes y/o muelas _____ Y cualquier otro por razones explicitadas en el párrafo 3. Entiendo que el extraer piezas dentales no siempre remueve toda la infección (si existiese), y puede ser necesario un tratamiento adicional. Reconozco los riesgos involucrados en sacar dientes o muelas, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, expansión de la infección, Alveolitis, pérdida de sensación en los dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar un período indefinido o mandíbula fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamientos adicionales por un especialista o aun ser hospitalizado si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, el costo de los cuales son de mi responsabilidad (Iniciales _____)

7. CORONAS, PUENTES Y CEMENTACION

Entiendo que algunas veces no es posible obtener el mismo color de dientes artificiales. Además entiendo que pueda tener que usar coronas Provisionarias que despegan fácilmente y que debo tener mucho cuidado para asegurar que no se caigan o despeguen hasta que las coronas permanentes sean entregadas. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, Puente o casquillo (funda), incluyendo forma, ajuste, tamaño y color, será antes de la cementación. Me ha sido explicado que, en algunos pocos casos, tratamiento cosméticos pueden ocasionar la necesidad de tratamientos endodónticos adicionales que no siempre pueden ser previstos o anticipados. Entiendo que procedimientos cosméticos pueden afectar las superficies dentales y pueden requerir cambios en los procedimientos de limpieza diarios. (Iniciales _____)

8. DENTADURAS – COMPLETAS O PARCIALES

Entiendo que las dentaduras completa o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal y porcelana. Me han explicado los problemas que pueden surgir al usar estos aparatos, tales como desajuste, Dolores, y posible rotura. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura (incluyendo forma, ajuste, tamaño, colocación y color) será durante la visita de prueba del modelo en cera. Entiendo que la mayoría de las dentaduras requieren ajustes de tres a doce meses después de ser colocadas inicialmente. El costo de este procedimiento no está incluido en el precio original de la dentadura. (Iniciales _____)

9. TRATAMIENTO DE ENDODONCIA (TRATAMIENTOS DE CONDUCTO)

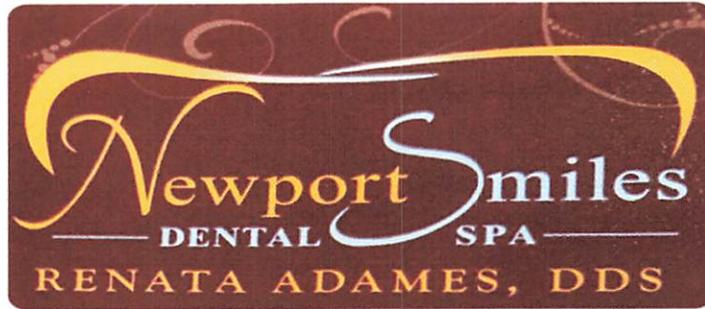
Entiendo que no hay ninguna garantía que el tratamiento de conducto salvará mi diente o muela, y que pueden surgir complicaciones del tratamiento, y que a veces objetos de metal son cementados adentro del diente o se extienden por fuera del diente o muela pero que no afecta necesariamente el éxito del tratamiento. Entiendo que a veces procedimientos quirúrgicos adicionales son necesarios después de un tratamiento de conducto (Apicectomia) (Iniciales _____)

10. TRATAMIENTO PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESOS)

Entiendo que tengo una condición seria que causa inflamación de las encías y/o pérdida de hueso, y que puede llevar a la pérdida de dientes o muelas. Planes de tratamiento alternativos me han sido explicados, incluyendo limpieza sin cirugía, cirugía de encías y/o extracciones. Entiendo que el éxito de cualquier tratamiento Depende en parte de mis esfuerzos en el cepillado diario y en la limpieza habitual de los dientes con hilo dental, en recibir los tratamientos de limpieza indicados, En seguir una dieta sana, en evitar el tabaco y en seguir otras recomendaciones. (Iniciales _____)

Entiendo que el trabajo dental no es 100% exacta y por consiguiente los profesionales de Buena reputación no pueden garantizar propiamente los resultados. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantía o seguridad con respecto al tratamiento dental que he pedido y autorizado. Entiendo que cada Dentista es un profesional individual, también entiendo que SkyView Dentistry & Braces es responsable de mi tratamiento dental. Reconozco que he recibido y entendido las instrucciones post-operativas y me han dado una cita para regresar.

Firma del Paciente o Guardian _____ Relacion con Paciente _____ Fecha: _____
Doctor _____ Date _____



Políza de citas Perdidas

Políza de citas tardes y perdidas En Newport Smiles Dental Spa, confiamos en usted para que cumpla con su cita. Cuando programamos una cita, se reserva una cantidad de tiempo específica especialmente para usted. Muchas oficinas duplican o incluso triplican las citas para evitar daños financieros como resultado de las citas perdidas. Sin embargo, las citas de doble reserva no nos permiten brindar el cuidado y las atenciones necesarias para brindar una odontología de excelente calidad y por esta razón optamos por no hacerlo. Si por alguna razón debe cancelar o cambiar su cita, es importante que avise a nuestra oficina con al menos 48 horas de anticipación para ofrecer ese lugar a otra persona.

- **Primera cita perdida:** Si una cita se pierde o se cancela dentro del período de 48 horas, se le enviará una carta a su casa recordándole nuestra políza y los efectos de su cita pérdida. También nos reservamos el derecho de cobrarle hasta \$ 50 por cada media hora de cita programada. Si usted es un paciente asegurado por el estado con un seguro como denti-cal o Cal Optima, su visita se informa al seguro.

- **Segunda cita perdida:** Después de su segunda cita perdida, se le enviará otra carta a su casa notificándole de un cambio en el estado de su cuenta. Para que pueda programar una cita futura con nuestros médicos, debe realizar un depósito. El depósito es el 50% del costo de ese tratamiento de citas o \$ 50, lo que sea mayor. A su llegada, esta tarifa se acredita al costo del tratamiento del paciente. Si el paciente no se presenta a la cita, el depósito no es reembolsable. Si

elige no pagar el depósito, tiene la opción de ser incluido en una lista con poca antelación y se le notificará de las oportunidades de programación de último momento.

Tenga en cuenta que para aquellos que tienen un seguro financiado por el estado, se informará nuevamente al seguro después de 3 citas perdidas, el estado puede suspender su seguro por un año. Es su responsabilidad llevar a todos los asegurados a sus citas y a las limpiezas preventivas cada 6 meses.

Para todas las citas de higiene / preventivas después de la segunda cita perdida, el paciente será incluido en una lista de aviso corto y se le notificará cuando haya una cancelación o apertura en el horario. No se pueden programar citas de higiene con anticipación hasta que la cuenta del paciente vuelva a estar al día. La decisión de volver a poner la cuenta del paciente en buen estado queda a discreción exclusiva del gerente de la oficina. Entendemos que ocurren verdaderas emergencias. Si este es el caso, envíenos una nota del médico u otra prueba adecuada y la cita perdida se eliminará de su registro de cuentas.

Llegada tardía: cuando reservamos tiempo para usted, necesitamos todo ese tiempo para brindarle un trabajo de la mejor calidad posible. Cuando llega tarde, disminuye nuestra capacidad para lograrlo. Si llega más de 15 minutos tarde, es posible que se re programe su cita para satisfacer las necesidades de quienes lleguen a tiempo a su visita reservada previamente. Si esto sucede, se considerará una cita perdida. Si su cita es a las 5 am o 5 pm, debe notificar a la oficina si va a llegar tarde ya que su cita es el comienzo o es la última programada para el día. Esto nos dará la oportunidad de brindar tratamiento a otra persona.

He leído la política anterior. Entiendo y acepto cumplir con los términos enumerados.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Newport Smiles Dental Spa 570 W 19th Street Costa Mesa Ca 92627 949-642-1033