

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> <i>Nombre</i> <i>2o Nombre</i>		Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i> ()		Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i> ()	
Dirección: <i>Dirección postal</i>		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Ocupación:	Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F O	
SS# o ID del Paciente: <i>Innecesario</i>	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: (Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)

	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 energéticas 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: <i>Nombre</i>				Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ()							
Dirección/Ciudad/Estado/Código:							
Se encuentra usted sano/a?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?.....	<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:			
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	Metales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción.					Látex (goma).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestésicos locales.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polen (fiebre del heno)/estacional.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfas.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos.....		<input type="checkbox"/>	<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"/>
					Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Dolores de pecho por esfuerzo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique:.....		
					Dolor crónico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Diabetes Tipo I o II.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección:.....		
					Trastornos de alimentación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones renales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Malnutrición.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudor nocturno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Enfermedad gastrointestinal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis.....	<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"/>
					Úlceras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/jaquecas.....	<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?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó:.....	Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ()		
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"/>
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: _____

HIPAA – PATIENT CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

*HIPAA – CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACION PERSONAL DE SALUD Y CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

I acknowledge that I have been provided with A PLUS DENTIST, LLC., "Notice of Privacy Practices", and I am giving my consent for the use and disclosure of Protect Health Information as required and / or permitted by law.

**Confirmo que se me ha proveído con la "Nota De Practicas De Privacidad" de A PLUS DENTIST, LLC., y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.*

Patient Name: (please print)

**Nombre Del Paciente: (nombre en letra de molde por favor)*

Patient Signature (or legal representative; proof may be requested)

**Firma Del Paciente: (o representante legal; prueba puede ser requerida)*

Date:

**Fecha:*

EMAIL/TEXT MESSAGE TO MOBILE PHONE CONSENT FORM *CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO/MENSAJES DE TEXTO A MOVIL

Purpose: This form is used to obtain your consent to communicate with you by email/mobile text messaging regarding your Protected Health Information. A PLUS DENTIST, LLC., (APD) offers patients the opportunity to communicate by email/mobile text messaging. Transmitting patient information by email/mobile text messaging has a number of risks that patients should consider before granting consent to use email/mobile text messaging for these purposes. APD will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email/mobile text messaging information sent and received. However, APD cannot guarantee the security and confidentiality of email/mobile text messaging communication and will not be liable for inadvertent disclosure of confidential information.

I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with communication of email/mobile text messaging between APD and I, and consent to the conditions outlined herein. Any questions I may have had were answered.

***Propósito:** Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil en referencia a su Información de Salud Protegida. A PLUS DENTIST, LLC., (APD) ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. Transmitir información vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. APD usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, APD no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil entre APD y yo, y consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Patient Acknowledgment & Agreement / *Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

My Consented Email Address is:

**Mi Correo Electrónico Consentido Es:*

My Consented Mobile Number For Text Messaging is:

**Mi Numero Móvil Para Mensaje De Texto Consentido Es:*

Patient Signature:

**Firma del Paciente*

Date:

**Fecha*

IN CASE OF EMERGENCY: Please call 911 or proceed to the nearest emergency room. Do not use this way of communication for that purpose.
***EN CASO DE EMERGENCIA: Por favor llame al 911 or proceda al centro de emergencia mas cercano. No use esta forma de comunicación para este propósito.**

Rev.09/19

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Del Paciente:

Fecha De Nacimiento:

No. De Seguro Social:

No. De Teléfono:

Dirección:

PROPORCIONAR A

Yo autorizo a **A PLUS DENTIST, LLC**; a proporcionar la información de salud como se indica a continuación: a ser liberada y para propósito de formas alternas de comunicación confidencial el uso de la siguiente dirección de correo electrónico:

Nombre De Persona/Organización:

Dirección:

No. De Teléfono:

Correo Electrónico:

Fechas De Record Médico Proporsionadas:

A PLUS DENTIST, LLC., (APD) Ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico. Transmitir información vía correo electrónico tiene numeroso riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **APD** usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico. De todas formas, **APD** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico yo consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

PROPOSITO DE ENTREGA

Continuidad De La Atención

Legal

Otros Propósitos *(especifique aqui)*

Seguro

Uso Personal

INFORMACIÓN A SER RELEVADA

Record Medico Completo

Reportes De Operativo

Reportes De Radiología

Reportes De Patología

Informes de Laboratorio

Otro *(especifique aqui)*

AUTORIZACIONES ESPECIFICAS

La siguiente información no puede ser relevada sin la especifica autorización dada marcando las casilla(s) siguientes:

Abuso o Tratamiento De Droga/Alcohol

Información De Pruebas Genéticas

Resultados o Diagnósticos De VIH/SIDA, Enfermedades De Trasmisión Sexual

Tratamientos De Salud Mental o Notas De Psicoterapia
(Relevar Notas De Psicoterapia requiere una autorización por separado)

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando la acción ya ha sido tomada. Esta autorización y consentimiento vencerá a un año de la firma del presente formulario. Su cuidado de salud (o pagos por el mismo) no podrán ser afectados firme o no esta autorización. Una vez que su información sea entregada, la misma ya no estará resguardada por las leyes.)

Firma De Paciente:

(Guardián/Representante Legal)

Fecha:

Nombre:

(Letra De Molde)

Relación Sí No Es El Paciente:

****Si no es la firma del paciente, una copia del documento legal verificando que es el representante del paciente tiene que ser acompañada con este formulario.**

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION FROM OTHER HEALTHCARE FACILITIES

PATIENT INFORMATION

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Social Security No: _____ Telephone No: _____

Address: _____

REQUEST TO

Name of Healthcare Facility from which Records are Requested: _____

Telephone No.: _____ Fax No.: _____

Address: _____

Dates of Treatment Requested: _____ Reason For Disclosure: _____

I hereby authorize **A PLUS DENTIST, LLC**; to obtain the health information indicated below **AND** for the purpose of alternative means of confidential communication the use of their email address. APD offers patients the opportunity to communicate by email. Transmitting patient information by email has a number of risks that patients should consider before granting consent to use email for these purposes. APD will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email information sent and received. However, APD cannot guarantee the security and confidentiality of email communication and will not be liable for inadvertent disclosure of confidential information. I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with communication via email and consent to the conditions outlined herein. Any questions I may have had were answered.

Mail Information To: **A PLUS DENTIST, LLC** Address: **14277 SW 42 ST MIAMI, FL 33155**

Or Fax To: **786.703.6194** Email: **Adentist14277@gmail.com**

INFORMATION TO BE RELEASED

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Complete Medical Record

<input type="checkbox"/> Radiology Reports

<input type="checkbox"/> Lab Reports

<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Other (please specify) | <input type="checkbox"/> Operative Reports

<input type="checkbox"/> Pathology Reports

<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> |
|---|--|

SPECIFIC AUTHORIZATIONS

The Following Information will not be released unless you specifically authorize it by marking the relevant box(es) below:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Drug/Alcohol Abuse or Treatment

<input type="checkbox"/> HIV/AIDS, Sexually Transmitted Disease (STD) Test Results or Diagnoses | <input type="checkbox"/> Genetic Testing Information

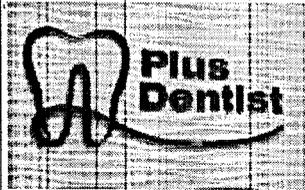
<input type="checkbox"/> Mental Health Treatment or Psychotherapy Notes
<i>(The release of Psychotherapy Notes require a separate authorization)</i> |
|---|---|

This consent is subject to revocation at any time except to the extent the action has been taken thereon. This authorization and consent will expire one year from the date of authorization written below. Your health care (or payment for care) will not be affected by whether or not you sign this authorization. Once your health care information is released, redisclosure of your healthcare information by the recipient may no longer be protected by law.

Patient Signature: _____ Date Signed: _____
(Guardian/Legal Representative)

Print Name: _____ Relationship If Other Than Patient: _____
(Please Print)

**If other than the patient's signature, a copy of legal paperwork verifying the patient's personal representative MUST accompany the request (i.e. court appointed guardian, durable power of attorney for health care). For a deceased patient: A death certificate coupled with executor or administrator of estate paperwork must accompany authorization. Exception: parent signing for patient under the age of 18. **For a deceased patient, a court entry or order appointing a fiduciary, executor, or administrator or letters of appointment received from Probate Court must accompany an authorization signed by the named individual. If the estate has not been probated, a death certificate is required coupled with the documents naming the administrator or executor of the estate.



14277 SW 42ND STREET
MIAMI, FL 33175
305-222-9219 PHONE
305-222-9119 FAX

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Por favor lea y escriba las iniciales de su nombre en cada uno de los siguientes párrafos, lea y firme la sección al pie de esta forma.

Nombre del paciente _____

TRATAMIENTO A HACERSE: Entiendo que me harán el siguiente tratamiento: Empaste _____
Puentes _____ Coronas _____ Extracción de Dientes _____ Extracción de Dientes _____
Impactados _____ Conducto Radicular _____ Iniciales _____

FARMACOS Y MEDICAMENTOS: Entiendo que los antibióticos, 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). Iniciales _____

CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO: 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 examinación, siendo lo mas común a terapia de conducto radicular, seguido d procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y añadiduras necesarios. Iniciales _____

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 infección, si la hay, puede que se necesite tratamiento adicional. Entiendo cuales son los riesgos de una extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, propagación de la infección, alveolo indefinido (días o mese), o quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizado si resulta complicaciones durante o después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto.

Iniciales _____

CORONAS, PUENTES Y CAPERUZAS: Entiendo que algunas veces no es posible igualar exactamente el color de la 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 última 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 cimentación. Iniciales _____

DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS O PARCIALES: Estoy enterado de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal, y/o porcelana. Se me han explicado los problemas que pueden surgir por usar estos aparatos, incluyendo aflojamiento, dolor, y posible ruptura. Entiendo que la última 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. Iniciales _____

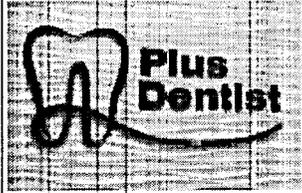
TRATAMIENTO ENDODONTICO (CONDUCTO RADICULAR): Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y que pueden presentarse complicaciones por el tratamiento, y que en ocasiones, se cementan objetos de metal en el diente o se extienden a través del conducto radicular, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento de conducto radicular (apicoectomía). Iniciales _____

PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y 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. Iniciales _____

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, prácticos acreditados no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado 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.

Fecha: _____

Firma del paciente: _____



14277 SW 42ND STREET
MIAMI, FL 33175
305-222-9219 PHONE
305-222-9119 FAX

PHOTO VIDEO CONSENT

I, _____ authorize A Plus Dentist, Dr Yannelys Martin, and staff to take pictures and videos of my face, mandible, and teeth.

I understand that the photographs and videos will be used for my dental care.

PERMISO PARA TOMAR FOTOGRAFIAS Y VIDEOS

Yo, _____ autorizo por medio de este documento, a A Plus Dentist, Dra Yannelys Martin y su personal para tomar fotografías y videos de mi cara, mandibula, y dientes. Entiendo que estas fotografías y videos seran utilizados como un registro de mi cuidado dental.

Patient Signature: _____

Dr Signature: _____

Date: _____