



Oakwood Family Dental

3885 Mundy Mill Rd, Suite 116
Oakwood, GA 30566
Phone: (470) 577 - 9777
Fax: (470) 208 - 2390

Dr. Khushbu Mody, DDS

Fecha de Hoy _____

Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección Física _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Estado Civil _____ SS# _____ E-mail _____

Casa# () _____ Trabajo # () _____ Ext. _____ Cel # _____

Ocupación _____ Empleador _____

Nombre de Cónyuge o padres _____ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____

Ocupación de Cónyuge o Padres _____ Empleador de Cónyuge o Padres _____

Numero a Contactar () _____

PERSONA RESPONSABLE DE CUENTA

Marque si es la misma y continúe con la próxima sección

Nombre _____ SS# o ID# _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleador _____ Tel de Empleador () _____

SEGURO DENTAL

Nombre de Empleado _____ Fecha de Nacimiento _____

Compañía de seguro _____ Servicio al Cliente # _____

Empleador _____ Numero de Grupo _____

CONOCIENDO A NUESTROS PACIENTES

Favor de listar los nombres de sus familiares que sean pacientes: Nombres:

Como escucho de nuestra oficina? Facebook Pagina Web Correo Sign Google

Otro _____ Conocidos/Familia _____

Persona a contactar en caso de emergencia

Nombre _____ Teléfono () _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Gracias por confiar en nosotros con su cuidado dental. Prometemos hacer todo lo posible para proporcionarle el mejor cuidado disponible. Si tiene alguna pregunta por favor no dude en preguntarnos.



Oakwood Family Dental
 3885 Mundy Mill Rd, Suite 116
 Oakwood, GA 30566
 Phone: (470) 577 - 9777
 Fax: (470) 208 - 2390

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIAL MEDICO

¿Tienes un Médico Primario? S o N
 ¿Está actualmente bajo el cuidado de algún Medico Primario? S o N

Nombre del Medico Primario: _____

Teléfono del Medico Primario #: _____

¿ACTUALMENTE COMO ESTA SU CONDICION DE SALUD?:

BIEN JUSTA POBRE
 ¿Fuma o usa algún medio de tabaco? S o N

¿Tiene implantes, válvulas, varillas o clavijas? S o N

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

(Favor marcar las que apliquen)

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| S N Abuso de Alcohol/Drogas | S N VIH/SDA |
| S N Anemia | S N Problemas con los Riñones |
| S N Artritis | S N Enfermedad del Hígado |
| S N Articulaciones artificiales | S N Presión Arterial baja |
| S N Asma/COPD | S N Enfermedad Pulmonar |
| S N Problemas con sangrado | S N Prolepsis de válvula mitral |
| S N Transfusión de Sangre | S N Osteoporosis |
| S N Cáncer | S N Marcapasos/ cirugía del corazón |
| S N Defecto Cardíaco congénito | S N Neumonía |
| S N Diabetes | S N Problemas Psiquiátricos |
| S N Dificultad al respirar | S N Radiación/ Quimio |
| S N Enfisema | S N Fiebre Reumática |
| S N Desmayos/Mareos | S N Convulsiones/ Epilepsia |
| S N Migrañas | S N Células falciformes |
| S N Ataque al corazón | S N Problema sinusal |
| S N Soplo Cardíaco | S N Infarto cerebral |
| S N Herpes/Culebrilla | S N Tiroides |
| S N Hepatitis A B C | S N Ulceras en el estomago |

ESTA USANDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

- | | | |
|--|---|---|
| ¿Antibióticos? | S | N |
| ¿Anticoagulantes? | S | N |
| ¿Aspirina o drogas como Motrin, Aleve, Ibuprofeno? | S | N |
| ¿Medicación para alta presión? | S | N |
| ¿Esteroides (Cortisona, Predisona, ETC)? | S | N |
| ¿Insulina o medicamentos antidiabéticos orales? | S | N |
| ¿Quimioterapia? | S | N |
| ¿Toma o alguna vez ha tomado Bisfosfonato para la osteoporosis? | | |
| ¿Miolema múltiple u otros canceres? (Reclast, Fosamax, Actonel, Boniva, Aredia, Zometa)? | S | N |
| ¿Alguna vez le han aconsejado que no tome algún medicamento? | S | N |

Favor de listar cualquier uso de medicamento que esté usando, incluyendo medicamentos recetados, drogas dietéticas, medicamentos sin recetas, remedios herbales o holísticos, Vitaminas o minerales:

Continuación

¿Eres alérgica/o a alguno de los siguientes? (Favor de circular)

- | | | |
|--------------|-----------------|------------------------|
| Aspirina | Codeína | Penicilina/Amoxicilina |
| Tetraciclina | Prendas | Metales |
| Químicos | Anestesia Local | Látex |
| | | Otro: _____ |

PARA MUJERES: ¿Usa algún anticonceptivo? Y N

Es importante que sepa que los antibióticos y otros medicamentos pueden interferir con la efectividad de pastillas anticonceptivas. Favor de consultar con su doctor.

¿Está embarazada? S N #Semanas: _____
 ¿Amamantas? S N

HISTORIAL DENTAL

¿Razón primordial por su visita de hoy?

¿Actualmente tienes dolor? S N

¿Requiere antibióticos antes de algún tratamiento dental? S N

Historial Dental: BIEN JUSTO POBRE

Cuando fue su última evaluación dental? _____

¿Ha tenido algún problema serio relacionado con algún trabajo dental? S N

Cepillo Dental 1 2 3 Veces Diarias

¿Usa hilo dental regularmente? S N 1 2 3 Veces Diarias

¿Alguna vez ha sido informado o tratado por lo siguiente?

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| S N ¿Le sangran las encías? | S N Movilidad en los dientes |
| S N Mal sabor/olor | S N Cáncer oral/biopsia |
| S N Herpes labias/Ulceras | S N Cirugía ósea |
| S N Limpieza profunda | S N Mandíbula haciendo clic |
| S N Enfermedad en las encías | S N Abrasión a causa del cepillo |
| S N Sensible al caliente/frio | S N Rechina su mandíbula |

Entiendo la importancia de completar este formulario con la verdad y completar mi historial médico para asistir a mi dentista en proveer el mejor cuidado posible. Tuve la oportunidad de discutir mi historial médico/Dental con mi Dentista.

Firma de Paciente o Encargado: _____

Fecha: _____

Firma de Dentista: _____

Confirmación de Recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad

Yo entiendo que bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Salud del 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad en lo que se refiere a la protección de información relacionada a mi salud. Yo entiendo que esta información puede ser utilizada para:

1. Planificar y dirigir tratamiento, al igual para facilitar la comunicación entre proveedores múltiples cuyo involucramiento en mi área de tratamiento sea directo e indirecto.
2. Obtener pago de pagadores de tercero
3. Conducir operaciones de su cuidado de salud, como por ejemplo asesorías de calidad y certificados médicos.

Yo he recibido, leído y entiendo su Aviso de derechos de Privacidad, el cual contiene una descripción más completa de los usos y el acceso a mi información de salud. También entiendo que esta organización tiene el derecho a cambiar su Aviso de Derechos de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar a esta organización cuando desee para obtener una copia actualizada de su Aviso de Derechos de Privacidad.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito que ustedes restrinjan, el uso de o el acceso a, mi información privada para tratamiento, pago u operación de mi cuidado de salud. También entiendo que ustedes no están en obligación de acudir a mi solicitud a dicha restricción, pero que si están de acuerdo, que entonces deben respetar dichas restricciones.

Firma: _____ Fecha: _____

Formulario de Autorización a Información

Podemos compartir información de su salud a un miembro de la familia, amistades, u otra persona las medidas necesarias para ayudar con su cuidado de salud o con pagos de su cuidado de salud, a menos que no se especifique lo contrario.

Favor de listar a personas en específico con quien quiera que se comparta su información:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

(Ejemplo: Esposa, Compañía de Seguro, etc...)

Firmando a continuación nos está dando permiso para compartir información personal con las personas mencionadas anteriormente. (Si desea hacer algún cambio el paciente tiene que llenar un nuevo formulario en persona).

Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION DE TRABAJO Y POLITICA FINANCIERA

El abajo firmante autoriza a la Doctora a tomar radiografías necesarias, estudiar modelos, fotografías o cualquier medio que la Doctora crea necesario para hacer un diagnóstico exhaustivo adecuado a las necesidades del paciente. También autorizo a la Doctora a practicar cualquier tipo de tratamiento, medicación y terapia que sea necesario. Entiendo que el uso de los agentes anestésicos encarna cierto riesgo. También entiendo que soy responsable por los pagos de servicios dentales previstos en la oficina para mí o mis dependientes al momento de prestarse el servicio a menos que se haya hecho un arreglo financiero.

Firma del Paciente/Padre o Tutor: _____

Fecha: _____

Firma de la Dentista: _____



Oakwood Family Dental
3885 Mundy Mill Rd, Suite 116
Oakwood, GA 30566
Phone: (470) 577 - 9777
Fax: (470) 208 - 2390

Nuestro personal se compromete a brindarle la mejor atención posible! Con su ayuda y comprensión podremos compartir un respeto mutuo que conducirá una relación duradera. Para lograr este objetivo nos gustaría informarle sobre nuestras políticas de pago. Hacemos todo lo posible para explicarle sus necesidades de tratamiento y los costos adelantados para evitar cualquier malentendido. Si tiene alguna pregunta no dude en preguntar. Estamos aquí para servirle.

CITAS PERDIDAS O ROTAS

Nos esforzamos por ver a todos nuestros pacientes a tiempo. Cada cita programada para usted es un tiempo que se ha reservado específicamente para usted. Si necesita cambiar su cita por favor denos un aviso de tres días para que su cita se pueda llenar.

CUALQUIER PERSONA QUE PIERDA O CANCELE UNA CITA CON MENOS DE UN AVISO 48 HORAS SERA SUJETO A UN CARGO DE 25\$ POR HORA PROGRAMADA.

Se pueden considerar excepciones en caso de enfermedad o si se puede llenar el horario de la cita. Si las citas interrumpidas se convierten en un problema crónico, nos reservamos el derecho de despedirlo de la oficina.

POLITICA FINANCIERA DEL PACIENTE

1. El pago vence al momento en que se prestan nuestros servicios, a menos que nuestro personal haya aprobado otro acuerdo de pago. Aceptamos Efectivo, MasterCard, Visa, American Express y Discover. Las visitas de emergencia para todos los pacientes nuevos deben pagarse en su totalidad a menos que se pueda verificar su seguro dental.

2 Balances de más de 30 días están sujetos a cargos con intereses de 1.5% por mes. En caso de que el pago no se realice en un tiempo razonable nuestro abogado será asesorado y se tomara medidas formales de cobro. Usted será responsable de los honorarios de abogados y/o gastos de cobro.

3 Nuestro personal calculara su copago por cada visita y esta cantidad se deberá al momento del servicio.

TODOS LOS CARGOS SON SU RESPONSABILIDAD Y DEBEN PAGARSE EN EL PLAZO DE 45 DIAS DESDE LA FECHA EN QUE LOS SERVICIOS SE PRESTAN SIN IMPORTAR EL SEGURO

4. Autorizo y dirijo los pagos de los beneficios dentales directamente a Oakwood Family Dental LLC y doy mi consentimiento para la divulgación de mi información de mi salud dental protegida para llevar a cabo el pago de los beneficios.

Firma _____ Fecha _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE

Para uso Oficial

Intentamos obtener un reconocimiento escrito de un recibo de nuestras prácticas de privacidad, no se pudo obtener el reconocimiento porque;

El individuo se negó a firmar el formulario de reconocimiento _____

Las barreras de comunicación prohibieron obtener reconocimiento _____

reconocimiento



Oakwood Family Dental
 3885 Mundy Mill Rd, Suite 116
 Oakwood, GA 30566
 Phone: (470) 577 - 9777
 Fax: (470) 208 - 2390

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Nombre de la Dra.: _____ Nombre del Paciente: _____

Lea e inicialé los elementos marcados a continuación, lea y firme en la parte inferior del formulario.

1. **Rayos-X** (Iniciales _____)

2. **DROGAS Y MEDICAMENTOS**

Entiendo que antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y/o anafilácticos choque (reacción alérgica severa. (Iniciales _____)

3. **CAMBIOS EN PLAN DE TRATAMIENTO** _____

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes que no fueron descubiertos durante el examen, lo más común es la terapia del conducto radicular después de la restauración de rutina. Doy permiso a mi dentista para cualquier procedimiento, cambios y adiciones según sea necesario (Iniciales _____)

4. **ELIMINACION DE DIENTES#** _____

Se me han explicado las alternativas a la extracción (tratamiento de conducto, terapia, coronas y cirugía periodontal etc.) y autorizo al dentista a extraer los siguientes dientes y cualquier otro necesario por los motivos del párrafo 3. Entiendo que quitar los dientes no siempre elimina toda la infección, si está presente, y puede ser necesario recibir tratamiento adicional. Entiendo los riesgos que conlleva la extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, propagación de infección, alveolo seco, pérdida de sensibilidad en mi diente, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que pueden durar por un periodo de tiempo indefinido (días o meses) o fracturado mandíbula. Entiendo que es posible que necesite un tratamiento adicional por parte de un especialista o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento cuyo costo es mi responsabilidad (Iniciales _____)

5. **CORONAS, PUENTES, ENLAYAS, INLAYS #'s** _____

Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de dientes naturales exactamente a los dientes artificiales. Además entiendo para que pueda usar coronas temporales, que pueden desprenderse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarme de que se mantienen hasta que se entreguen las coronas permanentes. Me doy cuenta que de la final oportunidad de hacer cambios en mi nueva corona, puente o gorra (incluyendo forma, ajuste, tamaño y color) se realizara antes de la cementación. (Iniciales _____)

6. **DENTADURAS, COMPLETAS O PARCIALES**

Me doy cuenta de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal y/o porcelana. Los problemas de usar estos me han explicado los electrodomésticos, incluida la soltura, dolor, y posible rotura. Sé que la oportunidad final para realizar cambios en mis nuevas dentaduras postizas (incluyendo forma, tamaño, colocación y color) será la visita de prueba "dientes en cera". Yo comprendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren rebase aproximadamente tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de esto no está incluido en la tarifa inicial de la dentadura postiza. (Iniciales _____)

7. **TRATAMIENTO ENDODONTICO #'s** _____

Sé que no hay garantía de que el tratamiento del conducto radicular salve mi diente, y que pueden ocurrir complicaciones por el tratamiento, y que ocasionalmente se cementan objetos metálicos en el diente o se extienden a través de la raíz, lo que no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que ocasionalmente procedimientos quirúrgicos adicionales pueden ser necesarios después de una endodoncia. (Iniciales _____)

8. **PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)**

Entiendo que tengo una infección en mis encías que no puede ser tratada con una limpieza "regular". Sé que es necesaria una limpieza más profunda para controlar mi infección. También entiendo que necesitare limpiezas de mantenimiento cada 3 o 4 meses, según lo recomendado por mi higienista/ medico, dependiendo de mi progreso y de que tan bien tengo que hacer mi cuidado higiénico en mi hogar Todas mis preguntas han sido respondidas con respecto a mi tratamiento de encías. (Iniciales _____)

9. **RELLENOS #'s** _____

Entiendo que se debe tener cuidado al masticar empastes especialmente durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Entiendo que una sensibilidad significativa es un efecto secundario común de un relleno recién colocado. (Iniciales _____)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar completamente resultados. Reconozco que ninguna garantía ha sido hecha por nadie con respecto al tratamiento dental que yo he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer este formulario y hacer mis preguntas. Mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto.

Firma de el/la paciente _____ Fecha _____

Firma de padre/madre o encargado si el paciente es menor _____ Fecha _____