



FORMULARIO DE INSCRIPCION

PATIENT INFORMATION					
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac: / /	Numero de Seguro Social:
Dirección:		Ciudad, Estado:		Código Postal:	Condado:
Teléfono de casa: ()		Teléfono Celular: ()		Correo electrónico:	
Raza (Circular uno) Blanco/ Americano Negro o Africano/ Indio Americano o native de Alaska/ Asia/ Hawaiano o Islas del Pacifico/ Multirracial/ Otros:				Origen etnico: Hispano o de Origen Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros:			Necesita interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Es Usted Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Médico Primario:			Dentista:		
INFORMACION DEL ENCARGADO / PARTIDARIO					
Nombre del responsable:		Fecha de Naci: / /	Relacion / parentesco de la parte responsable al Paciente: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Padre / Encargado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro:		
Dirección (Si es diferente a la del Paciente):			Ciudad, Estado:		Código Postal:
Teléfono de casa: ()		Teléfono Celular: ()		Es esta persona un paciente aqui? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Nombre de amigo o familiar que no habite con usted:		Relacion con el Paciente:	Teléfono de casa: ()	Teléfono Celular: ()	
INFORMACION DE SEGURO MEDICO					
(Proporcione informacion completa de su Seguro Medico sin importar el tipo de servicio utilizado. Proporcionar TODAS las tarjetas a la recepcionista.)					
Seguro médico Primario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Nombre del suscriptor:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
Seguro médico Secundario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Subscriber Name:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
Seguro Dental Primario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Nombre del suscriptor:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
Seguro Dental Secundario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Nombre del suscriptor:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
COMO UNA INSTALACION FEDERAL, ESTAMOS OBLIGADOS A HACER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS					
INGRESO ANUAL – Por favor circule, junto al tamaño de su familia, el Rango de Ingresos que mejor ADAPTE a su hogar.					
Tamaño de la Familia					
1	\$0 - \$12880	\$12881 - \$19320	\$19321 - \$22540	\$22541- \$25760	\$25761 y mas
2	\$0 - \$17420	\$17421 - \$26130	\$26131 - \$30485	\$30486 - \$34840	\$34841 y mas
3	\$0 - \$21960	\$21961 - \$32940	\$32941 - \$38430	\$38431 - \$43920	\$43921 y mas
4	\$0 - \$26500	\$26501 - \$39750	\$39751 - \$46375	\$46376 - \$53000	\$53001 y mas
5	\$0 - \$31040	\$31041 - \$46560	\$46561 - \$54320	\$54321 - \$62080	\$62081 y mas
6	\$0 - \$35580	\$35581 - \$53370	\$53371 - \$62265	\$62266 - \$71160	\$71161 y mas
7	\$0 - \$40120	\$40121 - \$60180	\$60181 - \$70210	\$70211 - \$80240	\$80241 y mas
8	\$0 - \$44660	\$44661 - \$66990	\$66991 - \$78155	\$78156 - \$89320	\$89321 y mas
Para pacientes de 12 años y más					
IDENTIDAD DE GENERO – Cual es su sentimiento interno de su genero? Piensa de usted mismo como: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino (Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino (Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Niego a Responder					
ORIENTACION SEXUAL – Como identifica su atraccion fisica y emocional hacia los demas? Piensa de Usted mismo como: <input type="checkbox"/> Heterosexual (no gay o lesbiana) <input type="checkbox"/> Homosexual (Gay o lesbiana) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Niego a Responder					
Mi firma asegura y confirma que la informacion es exacta y verdadera de acuerdo a mi conocimiento:					
Firma del Paciente o Encargado:				Fecha:	



POLITICA GENERAL Y CONSENTIMIENTO

HORA DE LA CITAS

Todo paciente nuevo esta obligado a registrarse por lo menos 30 minutos antes de su cita. Esto permite al paciente tiempo para completar los trámites necesarios y al personal tener al paciente en la sala de examen al momento de la cita.

Todo paciente establecido esta obligado a registrarse al menos 20 minutos antes de su cita. Esto permitirá que el paciente tenga tiempo de actualizar cualquier información necesaria y permite al personal tener al paciente en la sala de examen a la hora de la cita. Esto permitirá una visita mucho más suave y oportuna.

Usted recibirá una llamada telefónica que le recuerda su cita dos días antes de su visita programada. Es importante que proporcione un número de teléfono actualizado y nos informe de cualquier cambio para poder llamarle y recordarle su visita.

Cualquier paciente que no se registre con el personal en el tiempo indicado anteriormente, tendrá que ser reprogramado. Todo menor de edad (17 años y menores) deben estar acompañado por uno de los padres o tutor legal en todas las citas.

ACUERDO FINANCIERO

Se espera pago al momento del servicio. Si el pago no se hace en el momento de la cita, la cita será reprogramado para otra fecha acordada por el paciente la cual va a ser capaz de pagar por los servicios a ser prestados.

Si ha proporcionado seguro medico, este consentimiento autoriza a CHCCMO compartir la información médica necesaria para procesar sus reclamos. Además, autoriza el pago de beneficios del seguro directamente a CHCCMO. Usted entiende que es responsable de cualquier copago, coseguro, deducibles o servicios no cubiertos.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir atención considerada aconsejable de parte de un proveedor de CHCCMO. Tal tratamiento puede incluir, pero no se limita al examen y pruebas de diagnóstico básico.

Doy fe que tengo la autoridad legal para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y actuar en nombre del paciente, si el paciente es un menor o incapacitado.

OBJETOS PERSONALES DE VALOR

Reconozco que CHCCMO no es responsable de cualquier propiedad personal que lleve dentro de las instalaciones del CHCCMO.

CITAS PERDIDAS

El Centro de Salud Comunitario de Missouri Central se dedica a servir a los miembros de nuestra comunidad. Nuestra política de cita perdida se aplica estrictamente porque, ya que deseamos proveer atención oportuna y de calidad a nuestros pacientes, pero esto se hace difícil cuando los pacientes pierden citas programadas.

Se le notificará de una cita perdida en uno de los siguientes métodos; llamada telefónica o carta.

Valoramos a la familia y entendemos que a menudo es más fácil programar todas las citas en el mismo día. En caso de que pierda citas en donde varios miembros esten programados, se le dara cita a cada miembro en días diferentes. Si un niño requiere tratamiento, es importante mantener estas citas para que puedan recibir la atención necesaria. Incapacidad de llevar a un niño para cualquier tratamiento se considera negligencia. CHCCMO esta obligado a reportar casos sospechosos de negligencia a las autoridades correspondientes.

Continúa en la siguiente página...

*MEDICINA FAMILIAR / PEDIATRIA / OBSTETRICIA /
GINECOLOGIA / SALUD MENTAL*

Se le permitirán 3 no-show (no presentarse a la cita) para los tipos de citas anteriores, desde ese momento no se le permitirá programar citas por el período de 1 año. A usted se le podrá otorgar atención de manera emergente como un walk-in (sin cita), sin garantía de ser visto.

DENTAL

Para las visitas al dentista, una cita perdida se define de la siguiente forma:

1. Cualquier cita programada para la cual el paciente no se presenta
2. Cualquier cita cancelada con menos de 24 horas de anticipación
3. Llegar a una cita 10 minutos o más tarde, debe reprogramar la cita.
4. Llegar a la cita sin pagos correspondiente resultara en reprogramar una nueva cita.
5. Menor de edad que se presenta sin acompañante adulto mencionados en el papeleo del paciente.

Una vez que pierda su cita inicial, cualquier cita futura será cancelada y reprogramada. No se permitirá que ningún paciente acumule 2 citas perdidas dentro de un período de 6 meses para programar una cita para un período de 6 meses. Durante ese tiempo el paciente puede buscar atención médica a través de "citas del mismo día" solamente; tendrá que llamar a la oficina el día que desea recibir atención médica y ver si hay citas disponibles para poder ayudarle.

Si un paciente se reincorpore a verse después de su período de 6 meses o programado para una misma visita de un día y se acumula otra cita perdida, entonces no será capaz de programar una cita por 1 año y ser visto sólo por necesidades dentales emergentes bajo nuestro programa limitado .

He leído y entiendo las políticas y consentimientos incluidos en este formulario.

FIRMA del Paciente, Padre o tutor legal

FECHA



Centro de Salud Comunitario de Missouri Central

ACUERDO HIPAA

Entiendo que bajo la Ley de 1996 (“HIPAA”) y portabilidad de seguro de salud, tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida (PHI). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducta, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el tratamiento de forma directa e indirecta
- Obtener el pago de terceros pagadores
- Llevar a cabo las operaciones de cuidados de salud, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas

Entiendo que puedo solicitar una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi PHI. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Por favor lista alguna de las personas que le gustaría tener acceso a sus registros médicos. Cualquiera que no esté incluido en este formulario no será capaz de acceder a cualquier información sobre su atención médica.

Yo, _____, doy mi permiso para que el personal del Centro de Salud de la Comunidad para analizar toda la información médica con:

Nombre	Relación con paciente

Nombre (Imprimir): _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Optar en Intercambio de Información Medica (HIE)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Codigo Postal: _____ Teléfono: _____

Por la presente autorizo a Community Health Center of Central Missouri que obtenga todos mis registros médicos e información médica, incluyendo los registros que se refieren a cualquier condición física o mental, estado psicológico, evaluación psiquiátrica y el tratamiento, psicoterapia, orientación, adicción a las drogas, el estado de infección , VIH / SIDA, las pruebas genéticas, o tratamiento para el abuso de drogas o alcohol, aun cuando tal información está protegida por la ley federal, desde y hacia los siguientes HIEs:

- **Alianza Instituto de Información Sanitaria del (TIGER)**
- **Carequality / SureScripts**

El propósito de esta descripción es para propósitos de tratamiento de la salud, el cambio de los proveedores y la continuidad de la asistencia sanitaria. Autorizo específicamente la divulgación de mi información médica desde y hacia los hospitales HIE anteriores en un formato electrónico.

Reconocimiento de entendimiento:

-Entiendo que esta autorización (la HIE) permite a múltiples profesionales de salud vincular los registros médicos via electrónica. Cuando voy a un proveedor de atención médica fuera, Community Health Center of Central Missouri puede ser capaz de compartir y/u obtener mis registros médicos a través de la HIE. Todos los proveedores deben tener suficiente información personal sobre mí para demostrar que tienen una relación de tratamiento conmigo antes que se permita el acceso a mi información.

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Community Health Center of Central Missouri, y que será efectiva en la fecha recibida. Sin embargo, no tendrá ningún efecto sobre las medidas ya adoptadas por mis proveedores de atención médica en virtud de esta autorización por escrito para divulgar mi información médica.

Firma del paciente o tutor legal: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Presenciado por: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Medicamentos

Farmacia de Preferencia: _____

Liste los medicamentos actuales (incluyendo sin receta, vitaminas, y anticonseptivos)

¿Está actualmente siendo tratado por otro proveedor con cualquiera de estos medicamentos? Sí No

Si afirmativo, indique el proveedor (s): _____

alergias

Ninguna Alergia

Liste cualquier alergia y su reacción alérgica.

Historial médico

Seleccione la casilla de verificación junto a cualquiera de las siguientes condiciones si usted tiene un historial, e indique el año que fue diagnosticado/a.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> alergias _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon _____ |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis _____ | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido _____ | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, migraña _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipertrofia Prostática Benigna _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazon _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre _____ | <input type="checkbox"/> Hep/enfermedad del Hígado _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Hipertension _____ | |
| <input type="checkbox"/> EPOC _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal _____ | |
| <input type="checkbox"/> Depresión _____ | | |

Historia quirúrgica

Seleccione la casilla de verificación para cualquier cirugía que haya tenido y el año que se realizo.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Corazón, stent (malla) _____ | <input type="checkbox"/> vesícula biliar removida _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía Articulacion (ORIF) _____ |
| <input type="checkbox"/> Apéndice Removido _____ | <input type="checkbox"/> Colon Removido _____ | <input type="checkbox"/> tiroidectomía _____ |
| <input type="checkbox"/> La artroscopia _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía del colon _____ | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda _____ | <input type="checkbox"/> Derivación Gastrica _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre _____ | <input type="checkbox"/> Reparacion de Hernia _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Derivación Cardíaca _____ | <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Tunel Carpiano _____ | <input type="checkbox"/> reemplazo de rodilla _____ | |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> LASIK _____ | |
| <input type="checkbox"/> La extracción de cataratas _____ | | |

Continuado en la página siguiente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac

Familia

Padre Vivo Fallecido - ¿Causa? _____

Madre Viva Fallecida - ¿Causa? _____

Algunos de sus pariente ha tenido?(Marque y Mencione quién)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD _____ | <input type="checkbox"/> Deficiencia Auditiva _____ |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo _____ | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón _____ |
| <input type="checkbox"/> alergias _____ | <input type="checkbox"/> Alta presion sanguinea _____ |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del intestino irritable _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje _____ |
| <input type="checkbox"/> Sangre Trastorno _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Migrañas _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión _____ | <input type="checkbox"/> Obesidad _____ |
| <input type="checkbox"/> De desarrollo Retrasar _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon _____ |
| <input type="checkbox"/> Eczema _____ | <input type="checkbox"/> convulsiones _____ |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____ | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad genética _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides _____ |

Diagnóstico / Estudios

Si usted ha tenido alguna de las siguientes, indicar la fecha más reciente / año realizado y donde se llevo a cabo.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> mamografía _____ | <input type="checkbox"/> La colonoscopia _____ |
| <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Solo mujeres: Último Periodo menstrual __/__/__

Social

Uso de Tabaco(Marque uno) Ex-Fumador Nunca usado Uso actual

Indicar forma de tabaco y la frecuencia utilizada como, diario, ocasional (omitir si no es un usuario activo)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> cigarrillos _____ Cuantos paquetes por día? ____ | <input type="checkbox"/> Masticación ____ |
| <input type="checkbox"/> cigarello _____ | <input type="checkbox"/> Sin humo _____ |
| <input type="checkbox"/> Cigarro ____ | <input type="checkbox"/> Rapé _____ |
| <input type="checkbox"/> Pipa _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cigarrillo electrónico | |

Uso de Alcohol No Sí - Frecuencia: Diariamente Semanal Mensual De vez en cuando Raramente

Consumo de drogas Recreativas No Sí -Marijuana La metanfetamina Cocaína Heroína Los opiáceos Otro: _____

Historia confidencial

* Requerido por el gobierno federal, estamos obligados a hacer las siguientes preguntas para los propositos de presentacion de informes. Esto es sólo para uso estadístico y su información personal no será revelada a ningún tercero. Esta sección es opcional.

Identidad de Género - ¿Cuál es su sentido interno de su genero? Piensa de usted mismo como:

- Masculino
- Femenina
- Transgénero masculina / femenina a Masculino
- Transgénero Femenino / Masculino a Femenina
- Otro
- Me niego a reportar

Orientación Sexual - Cómo identifica su atracción física y emocional hacia los demás? Piensa de usted mismo como:

- Heterosexual (no gay o lesbianas)
- Homosexual (Gay o lesbian)
- Bisexual
- Algo Más
- No se
- Me niego a reportar



Consentimiento Informado Para Anestésicos Locales

Nombre: _____

Fecha de nac: _____

Este formulario de consentimiento está diseñado para hacerle consciente de los riesgos involucrados con la anestesia local que se utiliza comúnmente antes del tratamiento dental. Los riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- Los riesgos de los cuales la anestesia pueda afectar a su cuerpo son tales como mareos, náuseas, vómitos, ritmo cardíaco acelerado, ritmo cardíaco lento o varios tipos de reacciones alérgicas. Cualquiera o todos estos pueden requerir tratamiento médico adicional o hospitalización y en casos muy raros podría resultar en la muerte.
- Abertura de boca restringida durante la recuperación, a veces relacionada con el dolor muscular en el sitio de la inyección, que a menudo se resuelve después de unos días, pero puede requerir fisioterapia.
- La anestesia local puede causar entumecimiento prolongado que, en algunos pacientes, puede resultar en lesiones por morder, masticar o succionar un área como el labio, la mejilla, la lengua o cualquier otra área que haya recibido la anestesia.
- Es posible que se lesionen los nervios y pueden causar dolor, entumecimiento, hormigueo u otras alteraciones sensoriales en la barbilla, el labio, la mejilla, las encías o la lengua. Mientras que normalmente el desgaste después de algunas horas, esto puede persistir por varias semanas, meses, o raramente, sea permanente. Si usted todavía está entumecido 24 horas después de su cita, por favor contactese con nosotros y así podemos iniciar el seguimiento apropiado.
- La anestesia local se administra con una aguja muy fina. En casos muy raros estas agujas pueden romperse y ser alojadas en tejido blando, especialmente si un paciente se mueve mientras se le está dando anestesia. Esto puede requerir que el paciente sea visto por un cirujano oral para sacar la aguja.
- La formación de un Hematoma (descoloración grande en la piel) puede causar la descoloración del tejido, hinchazón, dificultades en abertura/cerrar de la quijada, dolor y/o la ticsura.

He leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo que no debo firmar este formulario si todos los artículos, incluyendo todas mis preguntas no han sido explicadas o contestadas a mi satisfacción o si no entiendo ninguna de las palabras contenidas en esta forma.

Firma del Paciente, Padre o tutor legal

Fecha

Relacion con el Paciente

Firma del Testigo

Fecha

Firma del Interprete

Fecha



Consentimiento Informal Para Procedimientos Odontológicos Generales

Nombre: _____

Fecha de nac: _____

Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento dental recomendado por su dentista. Antes de consentir el tratamiento, usted debe considerar cuidadosamente los beneficios y los riesgos comúnmente conocidos por causa del procedimiento recomendado, tratamientos alternativos, o la opción de no recibir tratamiento.

No consienta al tratamiento a menos, y hasta que usted discuta los beneficios, los riesgos, y las posibles complicaciones con su dentista y todas sus preguntas sean respondidas. Al consentir el tratamiento, usted está reconociendo su voluntad de aceptar riesgos y complicaciones conocidos, no importa cuán leve sea la probabilidad de ocurrencia.

Es muy importante que usted proporcione a su dentista información precisa antes, durante y después del tratamiento. Es igualmente importante que siga los consejos y recomendaciones de su dentista con respecto a los medicamentos, las instrucciones de pre y post tratamiento, los referidos a otros dentistas o especialistas, y seguimiento para las citas programadas. Si usted no sigue el consejo de su dentista, usted puede aumentar las probabilidades de un resultado deficiente.

Ciertas afecciones cardíacas pueden crear un riesgo de complicaciones graves o fatales. Si usted tiene una afección cardíaca o soplo cardíaco, avise a su dentista inmediatamente para que pueda consultar con su médico (o de!ta!paciente) si es necesario.

El paciente es una parte importante del equipo de tratamiento. Además de cumplir con las instrucciones proveídas por esta oficina, es importante reportar cualquier problema o complicación que experimente para que pueda ser atendido por el dentista.

Si usted es una mujer que está tomando pastillas anticonceptivas, debe considerar el hecho de que los antibióticos pueden hacer que los anticonceptivos sean menos eficaces. Por favor consulte con su médico antes de tomar medicamentos anticonceptivos por si su dentista decide recetar o si ya está tomando algún antibiótico.

Este formulario está diseñado para proporcionarle una visión general de los riesgos y complicaciones potenciales de su o el procedimiento dental del paciente mencionado anteriormente. No firme este formulario ni acepte el tratamiento hasta que haya leído, entendido y aceptado cada término de este consentimiento para los procedimientos dentales generales. Por favor discuta con el dentista los posibles beneficios, riesgos y complicaciones del tratamiento recomendado. Asegúrese de que sus preguntas hayan sido respondidas a su satisfacción por el dentista antes de comenzar el tratamiento y firmar este consentimiento informal para los procedimientos dentales generales.

Procedimientos Dentales: El paciente con el nombre anterior (o _____, padre o guardian legal de! paciente nombrado anteriormente), autoriza a CHCCMO y su personal dental para realizar los siguientes procedimientos dentales y/o tratamiento en el paciente, incluyendo, pero no limitado a: examinación dental, profilaxis dental, tratamiento de! fluoruro, radiografias, restauraciones, terapia periodontal tal como escalamiento y cepillado de raiz, terapia pulpar primaria del diente, colocación de las coronas de acero inoxidable en la dentición primaria o permanente, alveoplastia, extracciones, Frenectomia, coronas, puentes, terapia endodonticas, mantenimiento del espacio, fabricación de aplicaciones desprendibles, y _____.

Riesgos de! procedimiento dental: Incluye, pero no se limitan a dolor, hinchazón y malestar, infección, sangrado, lesion del nervio, coagulos de sangre, dientes rotas o agrietados, reacciones alergicas, dolor de la boca, labios, encias y dientes, entumecimiento, fiebre, nauseas y vómitos.

Exposición ocupacional: Doy mi consentimiento a dar una muestra de sangre o del paciente mencionado para realizar pruebas que incluyen, pero no se limitan a, el VIH y los anticuerpos de la hepatitis. Entiendo que el examen de sangre sólo se realizara si un trabajador de la salud tiene una perforacion de aguja accidental o una exposición de la membrana mucosa a la sangre y el liquido corporal del paciente. Entiendo que el examen se llevara a cabo en el orden de mi o el equipo medico de! paciente mencionado anteriormente y los resultados se daran a conocer al dentista. La clinica dental de CHCCMO proporcionara los resultados de tales pruebas a mi y a cualquier otra entidad segun requerido por la ley. Autorizo la liberación de los datos apropiados necesarios para procesar las pruebas. Entiendo que no habra ningun costo para mi por este analisis de sangre.

Ninguna garantía: Entiendo que no se ha hecho ninguna garantía en cuanto al resultado final de cualquier procedimiento.

Consentimiento de! paciente: He leído y entiendo completamente este consentimiento. Reconozco que el dentista ha explicado los riesgos comunmente conocidos como resultado del procedimiento recomendado, tratamientos alternativos o la opción de ningun tratamiento. Entiendo que no debo firmar este formulario si todos los artículos, incluyendo todas mis preguntas no han sido explicadas o contestadas a mi satisfacción o si no entiendo ninguna de las palabras contenidas en esta forma.

Firma del Paciente, Padre o tutor legal

Fecha

Relacion con el Paciente

Firma del Testigo

Fecha

Firma del Interprete

Fecha