



Dr. Jason Burkett and Associates

4336 N. McColl Rd.

(956) 686-5577

Consentimiento Para Tratamiento Dental

Usted como paciente o padre del paciente tiene el derecho de ser informado sobre sus condiciones dentales y plan de tratamiento. Esto es para que usted esté informado y pueda elegir dar o no dar su consentimiento.

Yo, _____ (paciente/padre/guardián legal)
voluntariamente elijo a Jason Burkett, D.D.S./Hien T. Ngo, D.D.S. como mi dentista y elijo

_____ (recibir tratamiento dental).

Yo comprendo que con cada tratamiento dental existe el riesgo de infección, desangrado y reacciones alérgicas. Problemas pueden resultar del uso de nitrógeno óxido y anestesia local como irritación, dolor leve, problemas respiratorios, o reacción a la anestesia. Estoy de acuerdo con el uso de anestesia local y de nitrógeno óxido si es necesario para prevenir dolor durante el tratamiento.

He recibido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición dental o la condición dental de mi hijo/hija. He recibido la oportunidad de preguntar sobre los procedimientos que se usarán, entiendo las técnicas necesarias para la cooperación y el comportamiento del paciente. Entiendo que tengo el derecho de elegir otras alternativas de tratamiento. Entiendo también los riesgos si niego el tratamiento. Entiendo que he recibido suficiente información para dar mi consentimiento.

Yo certifico que esta forma ha sido explicada en detalle, y que he leído esta forma o se me ha leído esta forma y que entiendo su contenido.

Firma del Padre/Persona Responsable

Relacion

Fecha

Firma del Doctor

Testigo



Dr. Jason Burkett and Associates

4336 N. McColl Road

(956) 686-5577

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

NOMBRE _____ APELLIDO _____ NOMBRE _____ FECHA: _____

CASADA(O) SOLTERA(O) MENOR H M # SEGURIDAD _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELEFONO DE CASA: _____ TELEFONO DE TRABAJO: _____

CELL: _____ COREO ELECTRÓNICO: _____

LUGAR DE EMPLEO: _____ DIRECCIÓN: _____

¿USTED ES ESTUDIANTE? NOMBRE DE ESCUELA: _____ AÑO ESCOLAR _____

PERSONA RESPONSIBLE POR LA CUENTA – *INDIQUE*: PACIENTE GUARDIAN ESPOSA(O) PADRE MADRE

INFORMACION SOBRE EL SEGURO

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD – DEBE DE COMPLETAR LOS DOS CASILLEROS

ADULTOS – COMPLETE EL CASILLERO CON INFORMACIÓN DE LA PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL

¿COBERTURA DOBLE? TAMBIEN COMPLETE PARA PERSONA ASEGURADA SECUNARIA

PRINCIPAL

Si no tiene aseguranza, complete con la información de la persona responsable

NOMBRE _____

APELLIDO

NOMBRE

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.: _____

TELEFONO DE CASA: _____ TELEFONO DE TRABAJO: _____

CELL: _____ COREO ELECTRÓNICO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ COMO RELACIONADO AL PACIENTE: _____

LUGAR DE EMPLEO: _____ SEGURIDAD DENTAL: _____

SEGURIDAD: _____ #SUBSCRITOR: _____ #GRUPO: _____

PERSONA ASEGURADA SECUNDARIA

NOMBRE _____
APELLIDO _____ NOMBRE _____
DOMICILIO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.: _____
TELEFONO DE CASA: _____ TELEFONO DE TRABAJO: _____
CELL: _____ COREO ELECTRÓNICO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ COMO RELACIONADO AL PACIENTE: _____
LUGAR DE EMPLEO: _____ SEGURIDAD DENTAL: _____
SEGURIDAD: _____ #SUBSCRITOR: _____ #GRUPO: _____

CASO

NOMBRE _____ FECHA: _____
APELLIDO _____ NOMBRE _____
DOMICILIO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.: _____
TELEFONO DE CASA: _____ CELL: _____
¿Alguna vez ha venido algun miembro de su familia a nuestro consultorio? Si No
¿A quién le damos las gracias por recomendarle a nuestro consultorio? _____

MÉTODO DE PAGO

La persona responsable ya tiene cuenta con esta oficina Si No

Pagó entero a cada cita (en efectivo o cheque personal)

Pagó entero con tarjeta VISA MASTERCARD OTRA

Tarjeta: _____ Fecha Exp. _____

Me gustaría discutir los arreglos financieros.

ADICIONAL

Si no pago el saldo total dentro de _____ días después de la fecha de cuenta mensual, un cobro adicional se samara a la cuenta por el period de la cuenta mensual. La cantidad del cobro adicional se calculará en el _____ % por mes (o un cobro minimo de \$ _____ si el saldo es menos de \$ _____) lo cual equivale al _____ % al año aplicado al saldo del mes anterior. Si dejo de hacer un pago, prometo pagar cualesquier interés legal sobre el saldo, junto con los costos de colecta y el cobro razonable de un abogado en el esfuerzo de cobrar lo debido en esta cuenta y en cuentas no pagadas en el futuro.

MÉTODO

Con mi firma autorizo pago el directo al Consultorio de los beneficios de seguro en grupo que de otra manera se me enviarían. Entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental. También autorizo la administración por el Consultorio tales medicamentos necesarios y la elaboración de tales procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dentifrice apropiado. La información en esta página y las historias dentales y médicas son exactas, que yo sepa. Otorgo al dentist el derecho de dar estas historias y otra información a personas pagadoras u otros profesionistas medicos. Transfere electronic tambien.

Paciente o Persona Responsable _____

Fecha _____

Numero de Licencia Para Manejar _____



Dr. Jason Burkett and Associates

4336 N. McColl Road

(956) 686-5577

Nombre y apellido del paciente _____

Fecha _____

Razon principal por esta cita dental: Examen Emergencia Consulta

HISTORIA DENTAL

Marque un círculo

¿Tiene usted un problema dental específico? Explique. _____ Sí No

¿Consulta usted con el dentista regularmente? ¿Última consulta? _____ Sí No

¿Cree usted que tiene caries o enfermedad de encías? _____ Sí No

¿Se lava los dientes regularmente y usa hilo dental? Explique. _____ Sí No

¿A veces le sangran las encías? Explique. _____ Sí No

¿A usted le gusta su sonrisa? ¿Por que? _____ Sí No

¿Se le ator la comida entre los dientes? ¿Tiene dientes sueltos? _____ Sí No

¿Quiere usted guardar la dentadura que le queda? _____ Sí No

¿A veces le molesta la coyuntura mandibular? Rechina usted los dientes? _____ Sí No

¿Siempre han sido positivas sus experiencias en el consultorio del dentista? _____ Sí No

¿Fuma o mastica el tabaco? ¿Tiene llagas o tumores en la boca? Explique. _____ Sí No

Nombre de su dentista anterior. (Opcional) _____

Fecha de última radiografía de la boca entera (16 tomas o panorámica). _____

HISTORIA MÉDICA

¿Está Ud. Bajo el cuidado de un médico ahora? _____ Sí No

¿Por que? _____

¿Quién? _____

Telephono: _____

¿Alguna vez se ha hospitalizado o ha tenido una operación mayor? Explique. _____ Sí No

¿Alguna vez se ha lastimado seriamente el cuello o la cabeza? Explique. _____ Sí No

¿Está tomando medicamentos, aspirina, vitamina, herbario, pildoras, o drogas? _____ Sí No

¿Cuales? _____

¿Está siguiendo una dieta especial? _____ Sí No

Explique. _____

¿Tiene alergias a cualquier medicamento o sustancia? Indique abajo. _____ Sí No

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Hule latex Leche

Otro _____

MUJERES (Favor de indicar):

Embarazada/tratando de concebir Sí No
 Lactando Sí No
 Tomando contraceptivos orales Sí No

Explique _____

*Si usted contesta "si" a cualquiera de las condiciones con estrellita en la lista abajo, favor de llamar antes de su cita... tal vez se requiere medicamento previo.

	Si	No		Si	No		Si	No
Enfermedad cardiaca/Cirugía al Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipoglicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Susurro de Corazón*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchamiento de extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitación irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A (infectuosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración corta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se suda de noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden cardíaco congénital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia amarilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso válvula mitral*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia al pollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diálisis renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula artificial cardíaca*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se escupe sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos cardíacos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis o gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derivación de pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor coyuntura mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baja presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiación (Rayos X)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamento cortisone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bacteria inflamación de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coyuntura artificial*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre no explicado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aredia I.V.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venereal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moretones salen con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zometia I.V.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desangramiento excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reciente pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adicción a una(s) droga(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tattos/Penetrante de cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llagas de la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llaga alrededor de la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bajo cuidado de psiquiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias a polen o polvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronchas de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos o vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tomado fen-phen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿Alguna vez ha tenido enfermedad seria no indicada arriba? Sí No
 Explique. _____

¿Quiere usted una consulta con el dentista en privado? _____ Sí No

Que yo sepa, todas las respuestas precedentes son verídicas. Si hay cambios en el estado de mi salud, les dejaré saber al dentista y a los dependientes del consultorio.

X _____ Fecha _____
 FIRMA DEL PACIENTE (padre o guardián)

Revisado por el Doctor: _____ Fecha: _____ BP _____ Pulso _____

Revisión de la historia y conclusiones: _____

MÉDICA

Yo he leído mi HISTORIA MÉDICA fechada _____ y confirm que la misma refleja precisamente mis condiciones anteriores y presentes.

FECHA	EXCEPCIONES	FIRMA DEL PACIENTE	BP	PULSO	REVISADA POR
_____	_____	Ninguna <input type="checkbox"/>	_____	_____	Dr. _____
_____	_____	Ninguna <input type="checkbox"/>	_____	_____	Dr. _____
_____	_____	Ninguna <input type="checkbox"/>	_____	_____	Dr. _____
_____	_____	Ninguna <input type="checkbox"/>	_____	_____	Dr. _____
_____	_____	Ninguna <input type="checkbox"/>	_____	_____	Dr. _____
_____	_____	Ninguna <input type="checkbox"/>	_____	_____	Dr. _____