

ID _____ Chart ID _____

Nombre _____ Apellido _____ Segundo nombre _____

Paciente es Titular de la póliza Parte responsable Nombre preferido _____

Parte responsable (Si alguien que no sea el paciente)

Dirección _____ Segunda dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Fecha de nacimiento _____
 Telefono de casa _____ Número de seguro social _____
 Teléfono móvil _____ Lic. Conduccion _____
 Teléfono del trabajo _____ Referido por _____

La Parte Responsable es también el Titular de la Póliza del Paciente Titular principal de la póliza de seguro Póliza de seguro secundaria

Información para el paciente :: Sección 1

Dirección _____ Segunda dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Fecha de nacimiento _____
 Telefono de casa _____ Número de seguro social _____
 Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____
 Teléfono del trabajo _____ Lic. Conduccion _____
 Sexo Femenina Masculino Estado civil Casado Soltero Divorciado Separado Viudo

Información del seguro primario

Nombre del asegurado _____ Relación con el asegurado Yo Esposo/a Niño/a Otro/a
 Seguridad social asegurada _____ Fecha de nacimiento asegurada _____
 Empleador _____ Compañía aseguradora _____
 Dirección del empleador _____ Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Segunda dirección _____
 Rem. Benefits _____,00 Rem. Deduc _____,00 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información del seguro secundario

Nombre del asegurado _____ Relación con el asegurado Yo Esposo/a Niño/a Otro/a
 Seguridad social asegurada _____ Fecha de nacimiento asegurada _____
 Empleador _____ Compañía aseguradora _____
 Dirección del empleador _____ Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Segunda dirección _____
 Rem. Benefits _____,00 Rem. Deduc _____,00 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información sobre tarifas y seguros

Todos los honorarios se deben pagar en el momento en que se prestan los servicios. Aceptamos todas las principales tarjetas de crédito. Su seguro dental es un contrato entre usted y su compañía aseguradora y los términos del contrato varían según los términos de la póliza. El pago final de todos los cargos es responsabilidad del paciente y, en caso de que sea necesario que esta cuenta se entregue a un abogado o una agencia de cobros, autorizo a dicho abogado a obtener mi informe crediticio y comprendo que seré responsable de cualquier cargo en el que incurra, incluidos los honorarios razonables de los abogados, los costos judiciales y los gastos de cobro.

LIBERACIÓN Y CESIÓN

Por la presente autorizo el pago directo a Jessica Eagan DDS de todos los beneficios aplicables y de otro modo pagaderos a mí por parte de mi compañía de seguros u otro tercero pagador, por los servicios prestados por Jessica Eagan DDS. Entiendo que soy financieramente responsable de todos y cada uno de los cargos que la compañía de seguros se niegue a pagar. Por la presente autorizo la divulgación de registros dentales según se considere necesario para el pago de los beneficios.

Firma del paciente/garante _____ Fecha _____

Nombre del Paciente _____ **Fecha de nacimiento** _____

Aunque el personal odontológico trata principalmente la zona de la boca y sus alrededores, la boca es parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener o los medicamentos que esté tomando podrían tener una importante relación con la atención odontológica que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

- ¿Está bajo el cuidado de un médico en este momento? Sí No Si es así, por favor explique _____
- ¿Alguna vez ha estado hospitalizado o ha tenido una operación importante? Sí No Si es así, por favor explique _____
- ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Sí No Si es así, por favor explique _____
- ¿Está tomando algún medicamento, píldora o fármaco? Sí No Si es así, por favor explique _____
- ¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux? Sí No Si es así, por favor explique _____
- ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bisfosfonatos? Sí No Si es así, por favor explique _____
- ¿Sigue alguna dieta especial? Sí No
- ¿Consume tabaco? Sí No
- ¿Consume sustancias controladas? Sí No

Mujeres: Eres
 Embarazada / intentando quedar embarazada Sí No ¿Tomando anticonceptivos orales? Sí No Enfermería? Sí No

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?
 Aspirina Penicilina Codeína Anestésicos locales Acrílico Metal Medicamentos a base de sulfamidas
 Otro Si es así, por favor explique: _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

<input type="checkbox"/> SIDA / VIH positivo <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Anafilaxia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Angina de pecho <input type="checkbox"/> Artritis/gota <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial <input type="checkbox"/> Articulación artificial <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Problema respiratorio <input type="checkbox"/> Se forman moretones con facilidad <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho <input type="checkbox"/> Herpes labial/ampollas febriles <input type="checkbox"/> Trastorno cardíaco congénito <input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Medicamento con cortisona <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Adicción a las drogas <input type="checkbox"/> Fácilmente sinuoso <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo <input type="checkbox"/> Sed excesiva Desmayo <input type="checkbox"/> Hechizos/mareos <input type="checkbox"/> Tos frecuente <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes <input type="checkbox"/> Herpes genital <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Ataque/Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco <input type="checkbox"/> Problemas/enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Urticaria o sarpullido <input type="checkbox"/> Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Problemas renales <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> Dolor TATM <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Tratamientos de radiación <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente <input type="checkbox"/> Diálisis renal <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Reumatismo <input type="checkbox"/> Escarlatina <input type="checkbox"/> Herpes zóster <input type="checkbox"/> Enfermedad de células ciliadas <input type="checkbox"/> Problemas sinusales <input type="checkbox"/> Espina bífida <input type="checkbox"/> Enfermedades del estomago <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Hinchazón de las extremidades <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Amigdalitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Tumores o crecimientos <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea <input type="checkbox"/> Ictericia amarilla
--	--	--	--

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? Sí No
 Si es así, por favor explique _____

Hasta donde yo sé, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental sobre cualquier cambio en mi estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ **Fecha** _____



2340 Coral Way | Miami, FL 33145/ T: (305) 856-1178 F: (305)-239-9452

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Por la presente autorizo a la Dra. Jessica Eagan y sus asistentes a realizarme todos los procedimientos dentales necesarios.

Solicito y autorizo al Doctor a hacer lo que considere aconsejable si surge alguna condición imprevista en el curso de estas operaciones y procedimientos designados que requieran, a su juicio, procedimientos adicionales o diferentes a los ahora contemplados.

Doy mi consentimiento para el tratamiento anterior después de haber sido informado de los riesgos, ventajas y desventajas de los tratamientos y las consecuencias si se retuviera este tratamiento.

Además, doy mi consentimiento para la administración de anestesia local, antibióticos, analgésicos o cualquier otro medicamento que se considere necesario en mi caso, y entiendo que existe un ligero elemento de riesgo inherente a la administración de cualquier medicamento o anestesia. El riesgo incluye respuesta adversa al medicamento (por ejemplo, reacciones alérgicas), paro cardíaco y aspiración, y tromboflebitis (es decir, irritación e hinchazón de una vena), dolor, decoloración y lesión de los vasos sanguíneos y nervios que pueden ser causados por inyecciones de cualquier medicamento o drogas.

Estoy informado y entiendo plenamente que inherentes a cualquier tipo de cirugía existen ciertas complicaciones inevitables. En la cirugía oral, las complicaciones más comunes incluyen sangrado postoperatorio, hinchazón o hematomas, malestar, rigidez de la mandíbula, pérdida o aflojamiento de las restauraciones dentales. Las complicaciones menos comunes pueden incluir infección, pérdida o lesión de dientes y tejidos blandos adyacentes, alteraciones nerviosas (por ejemplo, entumecimiento en los tejidos de la boca y los labios), fracturas de mandíbula, exposición de los senos nasales y deglución o aspiración de dientes y restauraciones, y pequeños fragmentos de raíz que quedan en el mandíbula que podría requerir una cirugía extensa para su extracción.

Me doy cuenta de que a pesar de las posibles complicaciones y riesgos, la cirugía/tratamiento contemplado es necesario y deseado por mí. Soy consciente de que la práctica de la odontología y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías sobre los resultados de la operación o procedimiento.

He proporcionado un historial médico y personal lo más preciso y completo posible, incluidos los antibióticos, fármacos, medicamentos y alimentos a los que soy alérgico. Seguiré todas y cada una de las instrucciones que me hayan sido explicadas y dirigidas y permitiré los procedimientos de diagnóstico prescritos.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas y explicaciones receptivas para todas las preguntas sobre mi condición médica, tratamientos y procedimientos contemplados y alternativos, y el riesgo y complicaciones potenciales de los tratamientos y procedimientos contemplados y alternativos, antes de firmar este forma.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



JESSICA EAGAN DDS

Cosmetic Dentistry | Implant Dentistry | Family Dentistry

2340 Coral Way | Miami, FL 33145 / T: (305) 856-1178 F: (305)-239-9452

ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de prácticas de privacidad, que describe cómo mi información de salud puede usarse o divulgarse según la ley federal. Por la presente doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud para los propósitos y actividades bajo la ley federal de privacidad. Soy consciente de que el Aviso puede modificarse en cualquier momento. Puedo obtener una copia revisada llamando a la oficina al (305) 856-1178.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

Representante Legal del Paciente (si aplica)

Firma del Representante Legal

Fecha

Sólo para uso en consultorio dental

Intentamos obtener un ACUSE de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el ACUSE de recibo porque:

- El individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación impidieron obtener el RECONOCIMIENTO
- Una situación de emergencia nos impidió obtener RECONOCIMIENTO
- Otro (especifique)

•••••

JESSICA EAGAN

Cosmetic Dentistry | Implant Dentistry | Family Dentistry **DDS**

2340 Coral Way | Miami, FL 33145/ T: (305) 856-1178 F: (305) 239-9452

Citas canceladas y perdidas

Tenga en cuenta que cada cita otorgada está reservada exclusivamente para usted como paciente. Cualquier cita perdida sin cancelación o reprogramación nos impide satisfacer sus necesidades de atención dental. Si tiene conflictos de horario, estaremos encantados de trabajar con usted para reprogramarlo en un momento conveniente para usted. Se agradecerá mucho una llamada de cancelación 24 horas antes de la fecha de su cita. Si no llama con anticipación, se aplicará un cargo de cancelación de \$50. Este cargo se aplicará a su cuenta y deberá pagarse ANTES de programar cualquier otra cita.

Al firmar a continuación, usted confirma que ha leído y comprendido la siguiente política.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



JESSICA EAGAN DDS

Cosmetic Dentistry | Implant Dentistry | Family Dentistry

2340 Coral Way | Miami, FL 33145/ T: (305) 856-1178 F: (305)-856-1182

Formulario de autorización de fotografía del paciente

Yo _____, por la presente autorizo a Jessica Eagan DDS o cualquiera de sus asignados a tomar fotografías, diapositivas y videos de mis dientes, mandíbula y cara. Entiendo que las fotografías, diapositivas y videos se utilizarán como registro de mi atención y podrán usarse para comunicarme con otros profesionales de atención médica, publicaciones educativas (revistas dentales) y conferencias educativas. El contenido también puede utilizarse con fines publicitarios (incluidas publicaciones en sitios web, publicaciones en Facebook e Instagram, etc.). Además, entiendo que si las fotografías, diapositivas y videos se utilizan en cualquier publicación o como parte de una demostración, no se utilizará mi información de identificación (nombre). No espero compensación, financiera o de otro tipo, por el uso de estas fotografías. Si deseo revocar este consentimiento, puedo hacerlo por escrito.

Por favor ponga sus iniciales en una opción:

_____ Apruebo que mis fotografías se utilicen en cualquiera de las situaciones indicadas anteriormente.

_____ Solo acepto que se muestren mis dientes sin ninguna característica identificativa.

_____ No quiero que se utilicen mis fotografías.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____