

**A nuestros pacientes:** La información que nos brinden nos permitirá brindarles atención de alta calidad. Responda todas las preguntas de la manera más completa y precisa posible e infórmenos lo antes posible si cambia alguna información pertinente.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			Fecha de hoy: / /
Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	
Teléfono Residencial*:	Teléfono Celular/Texto*:	Teléfono del trabajo*:	
Dirección de correo electrónico*:			Referido por:
Dirección Residencial:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de Nacimiento: / /	Género:	Estado Familiar: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Menor	
Número de Seguro Social:	Estado de emisión (Licencia de Conducir):		Vencimiento:
Nombre del contacto de emergencia:	Relación:	Teléfono:	
<p><i>Si está completando este formulario para otra persona, proporcione su nombre y relación con el paciente. Si ejecuta este formulario como representante personal de un paciente, usted garantiza que tiene pleno derecho y autoridad legal para dar su consentimiento para la realización de cualquier procedimiento en este paciente. Si por algún motivo ya no tiene dicho derecho y autoridad legal, debe notificarnos inmediatamente por escrito a <a href="mailto:info@lakelucernedentistry.com">info@lakelucernedentistry.com</a>.</i></p> <p>Nombre: _____ Relación: _____</p>			
<p><b>*AVISO IMPORTANTE DE HIPAA:</b> Al firmar este formulario, nos da permiso para enviar información de citas, facturación o tratamiento dental por teléfono, mensaje de texto, correo de voz o correo electrónico según sea necesario. Usted reconoce que existe cierto nivel de riesgo de que terceros puedan leer correos electrónicos no cifrados. Usted es consciente de que puede retirar este consentimiento en cualquier momento llamando al 407-425-4901 o enviando un correo electrónico a <a href="mailto:info@lakelucernedentistry.com">info@lakelucernedentistry.com</a>.</p>			
HISTORIA DENTAL Y SÍNTOMAS			
¿Cuál es el motivo de tu visita de hoy?			
¿Actualmente siente algún dolor o molestia dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿dónde?			
¿Cuándo fue su último examen dental? / / ¿Qué se hizo en esa cita?			
¿Cuándo fue la última vez que le tomaron radiografías dentales?			
Por favor marque sólo las casillas que correspondan a Ud.			
¿Es difícil abrir la boca? .....	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido una lesión grave en la cabeza/boca?.....	<input type="checkbox"/>
¿Duele masticar, morder o tragar? .....	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, describa qué pasó y cuándo pasó: _____	
¿Sangran las encías cuando cepillas? .....	<input type="checkbox"/>	_____	
¿Ha tenido tratamiento periodontal (raspado)?.....	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido problemas con tratamiento dental antes?.....	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido llagas o crecimientos en la boca? .....	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, describa qué pasó y cuándo pasó: _____	
¿Aprietos o rechinas los dientes? .....	<input type="checkbox"/>	_____	
¿Su mandíbula hace clic, o le duele? .....	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido algún problema con la anestesia dental? .....	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dolores de oído o de cuello?.....	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, describa qué pasó _____	
¿El tratamiento dental te pone nervioso?.....	<input type="checkbox"/>	¿Estás descontento/a con tu sonrisa? .....	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún trastorno respiratorio durante el sueño? .....	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿por qué? Por favor marque todo lo que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Respirar por la boca <input type="checkbox"/> Roncar <input type="checkbox"/> Dificultad respirando		<input type="checkbox"/> El color de los dientes <input type="checkbox"/> La forma <input type="checkbox"/> La posición <input type="checkbox"/> Otro	
MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS/SUSTANCIAS			
Por favor marque sus respuestas a las siguientes preguntas:			Si No ?
¿Estás tomando <b>anticoagulantes</b> ? (Coumadin, Warfarin, Rivaroxaban (Xarelto®), Dabigatran (Pradaxa®), Clopidogrel (Plavix®), Heparin o Aspirina)?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿qué medicamento está tomando? _____			
¿Está tomando algún medicamento para <b>osteoporosis</b> o enfermedad de Paget? .....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Drogas comunes incl. Alendronate (Fosamax®), Risedronate (Actonel®), Ibandronate (Boniva®), Zolendronate (Reclast®) y Denosumab (Prolia®).			
En caso afirmativo, ¿qué medicamento está tomando? _____ Por cuantos años? _____			
¿Está tomando medicamentos <b>intravenosos</b> para dolor de huesos, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas de mieloma o cáncer metastásico? .....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Drogas comunes incl. Denosumab (Xgeva®), Pamidronate (Aredia®) o Zolendronate (Zometa®).			
En caso afirmativo, ¿qué medicamento está tomando? _____ Por cuantos años? _____			
¿Estás tomando <b>reemplazo hormonal</b> ?.....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Por favor marque sus respuestas a las siguientes preguntas:**

¿Consumes algún <b>tabaco o productos con nicotina</b> (cigarrillos, puros, rapé, masticables, bidis)?.....	SÍ	No	?
¿Utilizas <b>productos de vapeo</b> ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántas bebidas alcohólicas tomas por semana? _____			
¿Utiliza sustancias controladas (drogas) como la marihuana por motivos medicinales o recreativos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿qué sustancias? _____ En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Varias veces x semana <input type="checkbox"/> Infrecuente			
¿La sustancia fue recetada por un médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, para qué? _____			
¿Toma otros medicamentos recetados o de venta libre, incl. vitaminas, hierbas o suplementos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, enumérelos aquí e incl. cuánto y con qué frecuencia usas cada uno. _____			

**SOLO MUJERES:**

¿Tomas <b>pastillas anticonceptivas</b> ?.....	SÍ	No	?
¿ <b>Embarazada</b> ? En caso afirmativo, nro. de semanas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ <b>Amamantando</b> ? En caso afirmativo, nro. de semanas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ALERGIAS** Por favor marque sus respuestas a las siguientes preguntas.

<b>¿Eres alérgico/a o ha tenido una reacción alérgica a:</b>	<b>SÍ</b>	<b>No</b>	<b>?</b>		<b>SÍ</b>	<b>No</b>	<b>?</b>
Aspirina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogas Sulfa como Sulfamethoxazole-Trimethoprim (Septra,			
Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bactrim), Erythromycin-Sulfisoxazole, Sulfasalazine (Azulfidine),			
Codeína o Otro narcótico .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erythromycin-Sulfisoxazole (Eryzole, Pediazole) Glyburide (Diabeta,			
Fiebre del heno/alergias estacionales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glynase PresTabs), Dapsone, Sumatriptan (Imitrex), Celecoxib (Celebrex),			
Yodo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hydrochlorothiazide (Microzide) y Furosemide (Lasix) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goma de Látex .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Anestésicos locales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Describe cualquier respuesta Si, incl. información sobre tu			
Penicilina o otro antibiótico .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	experiencia. _____			

**HISTORIA MÉDICA Y QUIRÚRGICA**

Fecha del último examen físico:    /    /                      ¿Cuál es tu presión arterial (sistólica, diastólica) normal? \_\_\_\_\_

Nombre de tu Doctor: \_\_\_\_\_ Numero de tu Doctor: \_\_\_\_\_

**Por favor marque sus respuestas a las siguientes preguntas:**

¿Estás bien de salud?.....	Si	No	?
¿Está siendo atendido/a por una afección crónica? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han recomendado anteriormente que tome antibióticos antes de realizarse un trabajo dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido una operación por enfermedad grave o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido cirugía de reemplazo (total o parcial) de articulaciones (cadera, rodilla, hombro, codo, dedo, etc.)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han realizado un reemplazo de válvula cardíaca o una cirugía cardíaca?? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido un trasplante de órgano o de médula ósea/células madre?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha viajado internacionalmente en los últimos 30 días? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido fiebre (100.4 F o más) en las últimas 72 horas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, explique: _____			

**ANTECEDENTES MÉDICOS ESPECÍFICOS** Por favor marque sus respuestas a las siguientes preguntas:

<b>¿Tiene o le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones?</b>			
<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>?</b>	
<b>Salud del corazón (cardíaca)</b>			
Marcapasos/Desfibrilador .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula cardíaca artificial (prótesis) ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocarditis infecciosa previa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (CC)..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sin reparo, cianótico CC .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparado ultimos 6 meses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparado con defectos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriosclerosis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriopatía coronaria .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cáncer</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo: _____			
Fecha diagnosticado: _____			
Quimioterapia: _____			
Tratamiento radiación _____			
<b>Salud Circulatoria</b>			
Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha: _____			
Hemofilia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presion Alta/Baja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Salud digestiva</b>			
Enfermedad gastrointestinal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acidez/Reflujo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera estomacal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vision</b>			
Glaucoma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Otro</b>			
Artritis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor crónico .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Tipo I o II) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden alimenticio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Válvulas cardíacas dañadas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Cerebro (Neurológico)/Salud Mental</b>	Frecuentes infecciones ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ansiedad ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tipo de infección: _____
Soplo cardíaco/trastorno de ritmo ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depresión ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis, Ictericia, enfermedad hepática ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca reumática..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Epilepsia ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencia ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ataque cerebrovascular ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problema mental.... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problemas de riñón ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Salud Respiratoria</b>	Desorden neuro..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desnutrición ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Asma (COPD)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PTSD ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Osteoporosis ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bronquitis ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dano cerebral..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Emfisema ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Enfermedad autoinmune</b>	Infección de transmisión sexual ITS ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Problemas sinusales..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIDA o HIV ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problema de tiroide..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tuberculosis ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lupus ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no esté en la lista? Si es así, explique:

**SÍNTOMAS MÉDICOS/GENERAL** Marque sus respuestas a las siguientes preguntas:

En los últimos 30 días, ¿há tenido:			Sí			No			?		
Dolor u opresión en el pecho .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad respiratoria....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómito, diarrea, escalofríos, sudores nocturnos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente (>3 semanas) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre alta >101.5F.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas o dolor de cabeza intenso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposición a la tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio de vision.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Latidos cardíacos rápidos/irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de consciencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

**FIRMAS, RECONOCIMIENTOS Y CONSENTIMIENTOS IMPORTANTES DEL PACIENTE**

**Política de cancelación, no presentación y reembolso (Debe ser firmada por todos los pacientes)**

Todas las citas dentales deben reconfirmarse 24 horas antes para evitar cancelación. Una vez confirmado, es posible que se requiera una autorización de tarjeta de crédito de \$1/por minuto (\$60/hora, \$120/2 horas, \$240/4 horas, etc.). Esta tarifa se reembolsará en su totalidad en la fecha de su visita, a menos que cancele o no se presente. Se permiten cambios de citas confirmadas con 24 horas de antelación sin penalización. Requerimos un depósito del 50% para procedimientos mayores programados. Se realizarán reembolsos completos por cualquier procedimiento cancelado menos los gastos de cancelación (si los hubiera). Si el consultorio incurrió en costos de laboratorio, planificación o materiales en preparación para su procedimiento, usted también será responsable de esos costos. Las promociones agrupadas no se pueden desagregar. Si obtiene precios preferenciales para los servicios combinados y luego cancela, se le cobrarán las tarifas usuales y habituales por cualquier servicio ya prestado. Las solicitudes de reembolso pueden tardar hasta 10 días hábiles en procesarse. Al firmar a continuación, reconozco que entiendo y acepto estas políticas.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Autorización de fotografía/vídeo (Debe ser firmada por todos los pacientes)**

En relación con los servicios dentales prestados, doy mi consentimiento para que se tomen fotografías o videos de mí para el uso explícito de investigación, educación, capacitación o ciencia dental, siempre que en dicha publicación o uso no seré personalmente reconocible ni identificado/a por nombre. Renuncio a todos los derechos sobre cualquier reclamo de pago o regalías en relación con estas fotografías/videos.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Declaración de privacidad para pacientes (Debe ser firmada por todos los pacientes)**

La información personal para nuestros propósitos es la necesaria para administrar esta práctica dental, incluida toda la información que haya proporcionado en formularios, visitas al consultorio o durante el curso normal de las comunicaciones con nuestro personal dental. Estamos comprometidos a proteger su información personal y hemos establecido medidas de capacitación y seguridad para administrar y salvaguardar adecuadamente sus datos contra pérdida, robo y acceso no autorizado. El acceso a sus datos se realizará según la "necesidad de saber" y se limitará únicamente a lo que sea necesario para el destinatario. Las personas que se consideran "necesarias de saber" pueden incluir otros dentistas, proveedores de atención médica, proveedores de seguros o consultores con fines educativos (por ejemplo, para garantizar que se estén administrando las mejores prácticas). Nuestra oficina utiliza un sistema automatizado de recordatorio de citas por correo electrónico y mensaje de texto que le enviará mensajes con su consentimiento. Conservaremos su información personal durante el período necesario para continuar brindándole atención y para su administración relacionada. Destruiremos su información de manera segura cuando ya no sea necesaria para cumplir con las regulaciones o estatutos federales. En cualquier momento puede solicitar ver los registros que tenemos y solicitar modificaciones en la información. Cuando lo solicite, le proporcionaremos acceso dentro de un plazo razonable. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído esta Declaración de privacidad, según lo dispuesto por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA").

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Guía para nuevos pacientes (Debe ser firmada por todos los pacientes)**

Al firmar a continuación, reconozco que recibí la Guía Para Pacientes Nuevos, entiendo las políticas que contiene y acepto cumplirlas.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Consentimientos relacionados con el seguro dentario (Debe ser firmada por todos los pacientes con Seguro)**

En la medida en que lo permita la ley, autorizo que los pagos de cualquier beneficio dental que de otro modo me correspondería a mí se realicen al consultorio dental. Entiendo que es posible que el seguro dental no cubra todos los honorarios; y que los beneficios estimados o preautorizados no están garantizados. Acepto pagar cualquier saldo no pagado por el seguro dentro de los 60 días posteriores a la fecha del servicio. Según los estatutos de Florida, se puede cobrar un cargo por servicio del 1,5 % mensual (18 % anual) sobre saldos vencidos con más de 30 días. Los saldos del seguro se consideran vencidos si no se pagan dentro de los 60 días posteriores a la fecha del servicio. Si el consultorio dental incurre en cargos de cobro relacionados con cualquier saldo impago o moroso, seré responsable de dichos cargos, ya sea que se presente una demanda o no. El consultorio dental puede cancelar o negar cualquier tratamiento si mi cuenta de paciente está en mora.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Autorización para la divulgación de registros médicos a partes externas (Opcional)**

Autorizo la divulgación de información de mis registros de tratamiento a:

Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Autorizo que se divulgue la siguiente información:

- Toda información sobre mi tratamiento
- Radiografías, Fotos, y otros archivos diagnósticos
- Información financiera
- Todo

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Certifico que he leído y entiendo la información contenida en este formulario. Doy fe de que las preguntas han sido respondidas según mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento al consultorio dental y a su personal para realizar un examen y diagnosticar mi condición. También autorizo al consultorio dental a administrar dichos medicamentos y realizar los procedimientos terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dental adecuado. Sé que la odontología no es una ciencia exacta y que el consultorio dental o cualquier persona empleada o contratada allí no da ni puede dar ninguna garantía sobre los resultados que se pueden obtener. Entiendo que debo cumplir con todas las citas, procedimientos y atención continua especificadas y que no hacerlo puede afectar negativamente mi tratamiento. El tratamiento adicional (o retratamiento) necesario debido a mi incumplimiento probablemente implicará tarifas adicionales. El consultorio dental no ejerce control sobre los servicios profesionales individuales de ninguno de sus dentistas o higienistas tratantes; por lo tanto, sé que debo responsabilizar únicamente al dentista tratante por cualquier tratamiento realizado. Acepto eximir de responsabilidad a Lake Lucerne Lifestyle Dentistry (también conocido como Gustavo De Oliveira, DMD, PA). Este consentimiento estará vigente hasta que se cancele o hasta que finalice la atención en el consultorio dental.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA SER LLENADO POR EL DENTISTA**

Comentarios:

Para Uso de Oficina:  Alerta Medica  Premedicar  Alergias  Anestesia

Revisado Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_