

Marc A. Collman, DDS / Richard K. Wangsgard, DMD  
2251 N 400 E  
North Ogden, Ut 84414  
801-782-9544 Fax: 801-786-0557

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**I. Garante**

Nombre del padre, si el paciente es menor de edad \_\_\_\_\_

Sexo: M / F Estado civil: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nro. de seg. soc. #: \_\_\_\_\_ Nro. de licencia de Conductores \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico appt. recordatorio: Y N

Casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Texto appt. recordatorio: Y N

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_

Nombre de Cónyuge: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nro. de seg. soc. #: \_\_\_\_\_ Nro. de licencia de Conductores #: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono en casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Notificación de emergencia: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Seguro**

Seguor dental principal: \_\_\_\_\_ Tomador (de un Seguro): \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de efectividad \_\_\_\_\_

Seguor dental secundario: \_\_\_\_\_ Tomador (de un Seguro): \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Asignación de beneficios**

Autorizo el pago de beneficios al nombre proveedor profesionales de prestación de servicios.

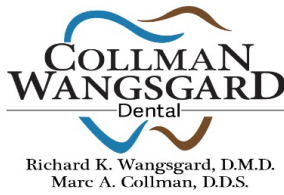
**Comunicado de seguros de la información**

Autorizo la liberación de la información necesaria para procesar esta solicitud dental.

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

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





# CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

## SECCIÓN A: PACIENTE DANDO EL CONSENTIMIENTO

NOMBRE(S) DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

## SECCIÓN B: PARA EL PACIENTE – POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

**PROPÓSITO DEL CONSENTIMIENTO:** Al firmar este formulario, usted consentirá nuestro uso y divulgación de su información protegida de salud para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago, facturación de seguros y operaciones de salud.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Usted tiene el derecho de leer nuestro aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de salud, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información protegida de la salud y de otros asuntos importantes sobre su información protegida de la salud. Una copia de nuestro aviso acompaña este consentimiento. Le animamos a leerlo cuidadosamente y completamente antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un aviso revisado de prácticas de privacidad, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información médica protegida que mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento poniéndose en contacto con:

PERSON DE CONTACTO: Dr. Richard Wangsgard  
TELÉFONO: 801-782-9544 FAX: 801-786-0557  
DIRECCIÓN: 2251 North 400 East North Ogden Utah 84414

**DERECHO A REVOCAR:** Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos un aviso por escrito de su revocación presentada a la persona de contacto listada arriba. Por favor entienda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que tomemos en dependencia de este consentimiento antes de que recibamos su revocación, y que podemos negar tratamiento o continuar su tratamiento si usted revoca este consentimiento.

### FIRMA

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad completa de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, estoy dando mi consentimiento a su uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago, facturación de seguros y operaciones de atención médica.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Si este consentimiento es firmado por un representante personal en nombre del paciente, completa lo siguiente :

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PERSONAL \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE(S) \_\_\_\_\_

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLO.  
EL consentimiento será guardado en el registro dental del paciente.



## HISTORIA MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS SI O NO Y PROVEE LAS RESPUESTAS DONDE SEA NECESARIO;

1. Usted considera que tiene una buena salud? Si No
2. Esta o ha estado bajo el cuidado medico dentro del ultimo ano? Si No  
Si lo ha estado especifique por queha sido tratado \_\_\_\_\_
3. Usted toma algun medicamento, incluyendo pastillas para elcontrol prenatal? Si No  
Por favor especifique nombre y proposito del medicamento: \_\_\_\_\_

---

4. Usted tiene o ha tenido algun problema de corazon o sangre? Si No
5. Alguna vez le han dicho que tiene murmullo en el Corazon? Si No
6. Usted requiere ser premedicado con antibioticos poruna condicion cardiac, valvula artificial o articulacion artificial? Si No
7. Usted tiene o ha tenido tension arterial alta? Si No
8. Usted sangra o se moratea facilmente? Si No
9. Ha sido diagnosticado alguna vez con HIV positivo o SIDA? Si No
10. Alguna vez ha tenido hepatitis o enfermedad del higado? Si No
11. Alguna vez ha tenido: fiebre reumatica\_\_\_\_ Asma\_\_\_\_ desorden de la sangre\_\_\_\_; Si No  
Diabetes\_\_\_\_ reumatismo\_\_\_\_ arthritis\_\_\_\_ tuberculosis\_\_\_\_ enfermedad venerea\_\_\_\_ ataque cardiac\_\_\_\_  
enfermedad del rinon\_\_\_\_ desordenes del sistema inmunologico\_\_\_\_ otras enfermedades\_\_\_\_  
Especifique: \_\_\_\_\_
12. Alguna vez ha tenido una reaccion inusual o es alergico a alguno de los siguientes: Si No  
Penicilina\_\_\_\_ Aspirina\_\_\_\_ Acetaminofen\_\_\_\_ Ibuprofeno\_\_\_\_ Codeina\_\_\_\_; Barbituricos\_\_\_\_ Sulfas\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_
13. Esta sujeto a desmayarse? Si No
14. Alguna vez ha tenido una reaccion severa a los tratamientos dentales o a los anestesioc locales? Si No
15. Es usted alergico a algun anestésico local? Si No
16. Usted tiene alguna otra alergi? Describala \_\_\_\_\_ Si No
17. Alguna vez ha tenido un ataque nervioso o ha estado en tratamiento psiquiatrico? Si No
18. Alguna vez ha sido tratado por alcoholism o drogadiccion? Si No
19. Esta usted embarazada? Si No
20. Tiene dolor? Si No
21. La ultima vez que vio aun Odontologo? \_\_\_\_\_
22. Quien fue su ultimo Odontologo? \_\_\_\_\_
23. Usted cree que sus dientes estan afectando su salud? Si No
24. Tiene o ha tenido sangrado de la encia o es esta sensible? Si No
25. Alguna vez ha tomado PhenFen o algun medicamento para controlar el apetito? Si No
26. Alguna vez ha tomado alcohol o ha fumado ? Si No
27. Algun vez ha tomado Fosamax, Boniva o algun otro medicamento prescrito para reducir la reabsorcion de los huesos como la Osteoporosis o algun otro medicamento para la metastasis de cancer de hueso? Si No

YO CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS A ESTE CUESTIONARIO SON PRECISAS A LO MEJOR DE MI CAPACIDAD, DESDE QUE UN CAMBIO EN MI CONDICION MEDICA O EN MEDICAMENTOS QUE TOME PUEDEN AFECTAR MI TRATAMIENTO DENTAL. YO ENTIENDO LA IMPORTANCIA Y ESTOY DE ACUERDO EN TOMAR LA RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR AL ODONTOLOGO DE CUALQUIER CAMBIO EN MI SIGUIENTE CITA.

Firma \_\_\_\_\_

(Paciente o representante legal)

Fecha \_\_\_\_\_



## PROCEDIMIENTO PARA PROCEDER

Yo autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ y/o asociados o asistentes los cuales sean designados a ejecutar los procedimientos que hayan sido considerados necesarios o recomendados para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otro individuo por el cual yo sea responsable. incluyendo los preparativos y/o administracion de cualquier sedacion ( incluyendo oxido nitroso), analgesicos, terapeuticos y/o otros agentes farmaceuticos, incluyendo aquellos relacionados a la restauracion, paleativos, terapeuticos o tramientos quirurgicos.

Yo entiendo que la administracion de anestesicos locales puede causar una reaccion desagradable o efectos secundarios los cuales pueden incluir pero no estar limitados al amoretamiento, hematoma, estimulacion cardiaca, dolor en los musculos, y temporal o radamente adormesimiento permanente. Yo entiendo que ocasionalmente las agujas pueden partirse y es necesario una operacion quirurgica. Ocasionalmente algunas gotas de anestesia pueden tocar los ojos y los tejidos de la cara y causar irritacion temporal.

Yo entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos preventivos tales como limpiezas y odontologia basica incluyendo obturaciones de todo tipo, los dientes pueden quedar sensibles o un poco adoloridos durante y despues de completar el tratamiento. Materiales dentales y medicamentos pueden desencadenar reacciones alergicas o sensibilidad.

Despues de citas de larga duracion la mandibula y los musculos pueden estar adoloridos o sensibles. Mantener la boca abierta puede predisponer o precipitar un desorden temporomandibular. Encia y tejidos alrededor pueden estar sensibles o adoloridos durante y/o despues del tratamiento aunque es raro es posible que la lengua, mejillas y otros tejidos orales sean accidentalmente cortados o lacerados durante el procedimiento dental rutinario. En algunos casos suturas o tratamientos adicionales pueden ser requeridos.

Yo entiendo que como parte del los articulos de tratamiento dental incluyendo pero no limitado a coronas, instrumentos pequenos, componentes de la pieza de alta velocidad, etc. Puede ser aspirada (inhalaada dentro del sistema respiratorio) o tragada. Estas situaciones inusuales pueden requerir una serie de radiografias que van ha ser tomadas por el medico o el hospital y puede en raros casos requerir una broncoscopia u otros procedimientos para asegurarse es seguramente removido.

Yo entiendo que nesecito revelar a el odontologo cualquier orden medica de medicamentos que este tomando actualmente o que halla tomado en el pasado, tal es como Phen-fen. Yo entiendo que tomando los medicamentos para prevencion de la osteoporosis, tales como Fosamax, Boniva, o Actonel, puede resultar en complicaciones de una mala cicatrizacion del hueso de la mandibula seguido de una cirujia oral o una extraccion de diente.

Yo asumo voluntariamente cualquiera y todo los riesgos posibles, incluyendo los riesgos de danos substancial y lesiones serias, si cualquiera estuviera asociada con prevencion general y procedimientos del tratamiento operativo en espera de obtener los resultados deseados los cuales pueden o no ser alcanzados para mi beneficio o el beneficio de mi hijo menor o tutelado. Yo entiendo que la indole y el proposito de los procedimientos me han sido explicados si fuere necesario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente, Representante Legal o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha