

Hoja de Registro
Escriba Legiblemente

Darren B. Earl, D.M.D.
321 N. Mall Drive, F-102
St. George, Ut 84790
435-656-4550

Información del Paciente

Nombre del Paciente (Apellido, Primer Nombre, Inicial): _____

Nombre de Soltera/o u Otro Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Cuál es la dirección donde recibes correo?

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

No. de Teléfono _____ No. de Celular _____

No. del Trabajo _____

Fecha de Nacimiento _____ No. de Seguro Social _____ - _____ - _____

Estado Civil: Soltero/a _____ Casado/a _____ Otro _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Correo Electrónico _____

Raza: Blanco(a) de descendencia Latino/Hispano _____ Negro(a) de descendencia Latino/Hispano _____

Indio(a) Americano o Nativo(a) de Alaska de descendencia Latino/Hispano _____ Mas de una raza _____

Reúso/rechazo responder _____ Caucásico (Blanco) _____ Afro-Americano (Negro) _____

Americano Nativo _____ Oriental _____

Idioma de preferencia: Español Inglés Otro _____

Farmacia de preferencia: _____

Usted es veterano de las fuerzas Armadas de Los Estados Unidos? Sí No

Persona Responsable Por la Cuenta

Nombre Completo _____

Fecha de Nacimiento _____ No. de Seguro Social _____ - _____ - _____

No. de Teléfono _____ Relación con el Paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____

Relación al paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

No. de Teléfono _____ No. de Celular _____

Información de su Aseguranza

Tiene seguro médico? Sí No

Seguro Médico Principal _____

Seguro Médico Secundario _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historia Médica y Dental

¿Cuánto tiempo desde que he visto a un Dentista? _____

¿Nombre de su Dentista anterior? _____

¿Cuál es la razón de su visita? _____

¿Está Ud. preocupado sobre el tratamiento Dental? Sí No

¿Ha tenido algún tratamiento periodontal (enferías)? Sí No

¿Sus enferías le sangran o se sienten sensibles? Sí No

¿Están sus dientes sensibles a lo caliente, frío o dulce? Sí No

¿Está usted conforme con la apariencia de sus dientes? Sí No

¿Rechina o Aprieta sus dientes? Sí No

¿Tiene Dolores de cabeza, oído o cuello? Sí No

¿Tiene dientes manchados que le molesten? Sí No

¿Fuma o usa tabaco de mascar? Sí No

¿Le gustaría que su sonrisa luzca mejor o diferente? Sí No

¿Usa hilo dental regularmente? Sí No

Para Mujeres: ¿Está embarazada? Sí No

¿Se encuentra bajo tratamiento Médico? Sí No

Explique _____

Nombre del Médico _____

¿Qué medicamentos está tomando? _____

Ha tomado o está tomando Foxamax, Actonel, Boniva, o cualquier otra medicina prescrita para disminuir la fragilidad de los huesos, en el caso de la Osteoporosis u otra medicina prescrita para el Cáncer de Huesos Metastásico?

Sí No

Marque cualquiera de los siguientes problemas que usted haya tenido o tiene actualmente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas o Ataque del Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta Presión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lesiones Congénitas del Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Angina de Pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre de Polen | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergias/Ronchas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derrame |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cirugía del Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Descenso de la Válvula Mitrál | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Válvula Artificial del Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento de Radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Articulación Artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úceras |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA/VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Roncar |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades Venéreas | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Medicina de Cortisona | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Adicción a Drogas | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de Riñón | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hemofilia (Hemorragias) | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia o Convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ampollas/Fuego | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cirugía Cosmética | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento Psiquiátrico | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor Mandibular | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pérdida de Peso | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sueño Intranquilo | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Falta de Respiración al Dormir | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores de Cabeza de Noche y Mañana | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se duerme a menudo durante el día | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se moretea/malluga fácilmente | |

¿Es usted alérgico o ha tenido una mala reacción a alguno de los siguientes medicamentos?

- | | |
|--------------|---|
| Aspirina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anestesia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Eritromicina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Codeína | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Penicilina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
- OTRA _____

PROCEDIMIENTO PARA PROCEDER

Yo autorizo al Dr. Darren Earl 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 anestésicos locales puede causar una reaccion desagradable o efectos secundarios los cuales pueden incluir pero no estar limitados al amoretamiento, hematoma, estimulación 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 (inhhalada dentro el 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

(Rev. 7/99)

POLIZA OFICIAL FINANCIERA Y DECLARACION FEDERAL FIABLE

Como condicion de su tratamiento por parte de esta oficina, se deben hacer arreglos financieros antes de empezar el tratamiento. La practica depende del reembolso de nuestro pacientes por el costo ocurrido en su atencion para permanecer viable. Sin embargo la responsabilidad financiera de cada paciente debe ser determinada antes del tratamiento. Todos los servicios por emergencias dentales, o cualquier servicio dental hecho sin un arreglo financiero previo deben ser pagados en efectivo al tiempo de que el servicio es rendido. Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todo los servicios dentales hechos son directamente cobrados al paciente y que es directamente responsable de pagar por todos los servicios dentales. Esta oficina le ayudara hacer las formas para los seguros o les ayudara en hacer cobros a las companias de seguro y acreditara tal cobro recibido a la cuenta del paciente. De todas maneras esta oficina no puede rendir servicios asumiendo que los cargos van hacer completamente pagados por la compania de seguros.

Un cargo mensual del 18% sera adicionado al balance no pagado y sera puesto a toda las cuentas que excedan 60 dias desde la fecha del servicio a menos que un arreglo financiero se haga previamente. Yo entiendo que la cuota estimada por mi tratamiento dental solo puede ser extendida por un periodo de 6 meses desde la fecha del examen.

En consideracion del servicio dental profesional que se me ha dado (o por mi requerimiento a mi hijo menor o pupilo) por el odontologo. Estoy de cuerdo en pagar el costo del servicio dental proveido por el odontologo o el empleado al tiempo que los servicios fueron prestados o dentro de 5 dias si el credito se ha extendido por el odontologo. En el evento de que mi cuenta no sea pagada estoy de acuerdo en pagar mi balance mas la suma de recargo por la agencia de coleccion a la cual se me ha enviado tambien estoy de acuerdo a pagar los costos del abogado y la corte si fuera necesario. Yo autorizo a dar la informacion financiera de mi cuenta incluyendo cargos, pagos e intereses al odontologo y su agencia de coleccion al igual que el abogado que lleva las colecciones si esto fuera necesario.

Yo doy permiso para que me llamen en mi casa o a mi trabajo para discutir asuntos relacionados con esta forma. Tambien estoy de acuerdo que su oficina me deje mensajes concernientes a citas o resultados.

Este acuerdo remplaza cualquier acuerdo firmado anteriormente incluyendo mediaciones o arbitraje yo estoy consiente que los acuerdos anteriores quedan invalidos y anulados.

Yo autorizo al odontologo y sus designados a dar informacion financiera identificable y descripcion del tratamiento e informacion ya sea electronicamente, fax o por escrito a mi seguro o cualquier identidad que requiera obtener esta informacion.

Estoy consiente que he recibido una copia de las polizas privadas de esta oficina. Estoy de acuerdo en revelar al odontologo nombres de las personas a las que autorizo para descuir mi cuidado dental. Yo certifico que he contestado todas las preguntas en ambos lados de esta forma y con lo mejor de mi conocimiento. Estoy de acuerdo en cumplir las condiciones en este documento.

Firma del paciente

Fecha

Relacion con el paciente

(Rev. 7/09)



DR. DARREN EARL *Helping patients Develop healthy smiles*

321 N. Mall Dr. # F-102 St. George UT. 84790 Phone (435) 656-4550

Favor de leer cuidadosamente la Noticia de las Prácticas de Privacidad.

Este aviso describe cómo la información médica acerca de USTED puede ser usada y dada, y cómo USTED puede tener acceso a esta información.

_____ (nombre del paciente), me han dado una copia de los derechos de privacidad de la clínica y tengo oportunidad de hacer preguntas acerca de esta información y sus usos.

REVELACION OPCIONAL:

Yo por la presente autorizo al Centro de Salud Comunitario de divulgar y:

Enviar mi información médica a la dirección siguiente:

Recibir mi información médica de las direcciones siguientes:

Autorizo: _____ (esposo(a), etc.) a tener acceso a mi expediente médico ya sea verbal o escrito por un periodo de seis meses:

Firma del Paciente

Fecha

Representante Legal del Paciente

Fecha