

## INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado  
 Menor de edad Nombre el Esposo (a): \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Numero de Licencia: \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_  
Dirección de la Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
**Celular:** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ Cual es el mejor  
método para comunicarnos con usted: \_\_\_\_\_ Nombre de Contacto en Caso de  
Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ A Quien Debemos de  
Agradecer que nos Hayan Recomendado: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

Nombre: \_\_\_\_\_ Cuál es su Parentesco con el  
Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro  
Social: \_\_\_\_\_ Numero de Licencia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Corre Electronico: \_\_\_\_\_

### INFORMATION DE SEGURO DENTAL

	Compañía Primaria	Compañía Secundaria
Nombre de la Compañía de Seguro		
<b>Telefono:</b>		
Numero de póliza de seguro:		
Nombre del Asegurado (a):		
Fecha de Nacimiento:		
Numero de Grupo:		
Nombre del Empleador:		
Parentesco con el Asegurado (a):	Si mismo _____ Esposo (a) _____ Hijo (a) _____ Otro _____	Si mismo _____ Esposo (a) _____ Hijo (a) _____ Otro _____

## HISTORIAL DENTAL

Le gusta su sonrisa? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ si hubiera algo, que es lo que le gustaría cambiar de su sonrisa?

---

Cuál es la razón de su cita?: \_\_\_\_\_

Cuando fue su última visita al dentista?: \_\_\_\_\_ Cual fue el tratamiento?: \_\_\_\_\_

Está interesado en blanqueamiento dental? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Algunos de sus dientes o mulas se mueven? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cuando fue la última vez que le tomaron rayos-x? \_\_\_\_\_ Tiene algún dolor en su Boca?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Alguna vez ha Tenido dolor en su mandíbula? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### MARQUE SI USTED TIENE LOS SIGUIENTES:

Si  No  Mal Aliento Si  No  Rechina sus dientes Si  No  Acumulación Comida entre los Dientes

Si  No  Encías Sangrantes Si  No  Dientes flojos o empastes rotos Si  No  Sensibilidad a lo Dulce

Si  No  Chasquido o Crujido Mandibular Si  No  Tratamiento a las encillas Si  No  Llagas en la boca

Si  No  Sensibilidad al Morder Si  No  Sensibilidad a lo frío Si  No  Sensibilidad al calor

Con que frecuencia usa el hilo dental? \_\_\_\_\_ Con que frecuencia se cepilla los  
dientes? \_\_\_\_\_.

## HISTORIAL DE SALUD

Nombre de su Médico General: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de su última consulta: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido un enfermedad seria u operación?  Si  No Describe \_\_\_\_\_

Alguna vez ha sido hospitalizado(a)?  Si  No Describe \_\_\_\_\_

Tiene articulaciones artificiales, clavos de metal?  Si  No Describa \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tomado Phen –Fen?  Si  No

Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva o cualquier otro medicamento que contenga Bifosfonatos?  Yes  No

Si lo tomo, diga cuándo? \_\_\_\_\_ Esta usted tomando alguna medicina/droga/medicamentos que no  
necesite una receta?  Yes  No Si respondió si, denos una lista de las medicinas que toma:

---

### ES USTED SENSIBLE O ALERGICO A ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS?

Si  No  Penicilina Si  No  Tetraciclina Si  No  Erythromycina Si  No  Aspirina Si  No  Codeína

Si  No  Sulfa Si  No  Látex Si  No  Anestesia Dental

O cualquier otro medicamento? \_\_\_\_\_

Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema que no se haya mencionado que podría ser importante que  
lo sepamos? \_\_\_\_\_

(Mujeres) Esta embarazada?  Si  No si lo está, cuantos meses \_\_\_\_\_ Esta usted amamantando?  Sí  No

## MARQUE SI USTED HA TENIDO O TIENE ALGUNO DE LO SIGUIENTE

- |   |   |  |
|---|---|--|
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sida                            | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tratamientos de cortisona   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> HIV                        |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Terapia de Radiación            | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anemia                      | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diabetes                   |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Presión arterial Alta           | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática            | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Artritis, Reumatismo       |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar        | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hepatitis                   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sinusitis                  |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epilepsia                   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula      |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral                | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desmayos o Mareos          |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedad al Riñón             | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pies Hinchados              | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Asma                       |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Glaucoma                        | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Lupus                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata           |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cáncer/Quimioterapia            | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón           | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedad al Hígado       |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Convulsiones                    | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dependencia Química         | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza          |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas con la Tiroides       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorio      | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Herpes                     |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sufre de los Nervios            | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tuberculosis                | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Marcapaso                  |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hábito de Tabaco                | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tos persistente             | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico   |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea              | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hemofilia/Sangrado Anormal  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedad al Corazón congénita |   |  |

Certifico que la información proporcionada es correcta y completa. Si tengo algún cambio en mi estado de salud o cambios a mis medicamentos, informare al proveedor de salud dental en mi próxima cita. Soy responsable de cualquier error de omisión de información. Doy mi consentimiento para todas las evaluaciones incluyendo exámenes, radiografías y otras pruebas que puedan ser necesarias para hacer el diagnóstico de acuerdo a la opinión del proveedor.

Fecha

Firma

Firma del Padre/Guardián (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Firma del Dentista: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, el suscrito, tengo seguro con \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguro(s)

Y traspaso directamente a THE KILZI DENTAL CORP todos los beneficios, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea manuales o electrónicamente. **Toda arreglo de pago debe de ser efectuado por adelantado antes de su cita.** Una copia del estimado de la responsabilidad financiera para cada paciente será determinado antes del cada tratamiento dental. Cualquier recomendación de tratamiento está basado en que es lo mejor para su salud dental; el tratamiento no es recomendado basado en cuanto cubrirá su seguro dental. Hacemos lo mejor por darle un estimado en cuanto Cubrirá su seguro, pero no podemos garantizar que su seguro pagara lo estimado, no está bajo nuestro control lo que ellos decidan pagar. Es nuestra política de coleccionar el estimado de su pago por el tratamiento el día de su cita. He leído y entiendo las condiciones mencionadas sobre los tratamientos y los pagos, Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para empezar tratamiento.

Fecha

Firma del Paciente



**POLITICA DE CANCELATION Y AUSENCIA DE SUS CITAS,** Nosotros valoramos y respetamos su tiempo y esperamos que el paciente muestre el mismo respeto a nuestros profesionales dentales. Nuestra oficina requiere aviso de 24 horas para cancelaciones o se le cobrará **\$15 dólares** al paciente por una cita no atendida. Este derecho debe pagarse antes de que pueda continuar el tratamiento. El "NO" venir a su cita no lo libera de la responsabilidad del tiempo que le fue asignado especialmente para usted. Entendemos que pueden haber situaciones de emergencia o circunstancias inusuales, pero las cancelaciones constantes o simplemente no venir, no van con nuestro modo de operación donde las citas se reservan especialmente para usted.

Iniciales: \_\_\_\_\_

### POLITICA DE PAGO POR TRATAMIENTOS DENTALES

Es necesario pagar en su totalidad el día del servicio. Para los pacientes que tienen cobertura de seguro dental, el copago estimado se pagará el día del servicio. Aceptamos efectivo (cash), cheques, Visa, MasterCard, Discover, Tarjetas de Débito. También ofrecemos un programa de crédito a través de una agencia llamada En CareCredit. En ciertos casos, CareCredit puede ofrecer una tasa de cero intereses que le proporciona al paciente un plan flexible de pago y también puede utilizarse para una variedad de otros servicios de atención de la salud Como una cortesía, procesamos sus reclamos de seguros y estimamos el importe no cubierto por su seguro. Todos los cargos incurridos durante el tratamiento son responsabilidad del paciente, independientemente de la cobertura de seguro. Cualquier saldo atrasado más de 90 días se enviará a una compañía de colecciones No actuamos como un representante de su compañía de seguro. He leído y he entendido la política financiera anterior.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

He recibido una copia de la hoja informativa sobre Materiales Dentales como lo ha requerido la ley.

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

### Revisión del Historial Medico

Ha habido algún cambio en su salud desde nuestra última cita dental?  Sí  No

Si contestó "Sí", explique por favor

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha Paciente o firma del Guardián

\_\_\_\_\_

Date Dentist Signature

### Revisión del Historial Medico

Ha habido algún cambio en su salud desde nuestra última cita dental?  Sí  No

Si contestó "Sí", explique por favor

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha Paciente o firma del Guardián

\_\_\_\_\_

Date Dentist Signature



## AUTORIZACION PARA LA REVELACION DE LA INFORMACION DE SALUD CONFORME CON LA LEY DE HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) provee salvaguardias para proteger su privacidad. La implementación de los requisitos de HIPAA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de las políticas han sido observadas en nuestra oficina durante años. Este formulario es una versión "amigable". Un texto más completo se publica en la oficina.

**De qué se trata esto:** En concreto, hay reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su Información de Salud Protegida (ISP). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesario para proporcionarle servicios de oficina. HIPAA le proporciona ciertos derechos y protecciones como paciente. Balanceamos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle un servicio y atención profesional de calidad. Información adicional está disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov)

### Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente será mantenida confidencial a menos que sea necesario para proveer servicios o para asegurar que todas las cuestiones administrativas relacionadas con su atención se manejen adecuadamente. Esto incluye específicamente la Información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, aseguradores de salud, según sea necesario y apropiado para su cuidado. Los archivos de pacientes pueden almacenarse en bastidores de archivos abiertos y no contendrán ninguna codificación que condicione el paciente o información que no es ya una cuestión de registro público. El curso normal de la atención significa que dichos registros pueden dejarse, al menos temporalmente, en áreas administrativas como la oficina central, sala de exámenes, etc. Estos registros no estarán disponibles para personas que no sean el personal de la oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados en la oficina para el manejo de cartas, registros de pacientes, al historial de salud del paciente y otros documentos o información.
2. Es la política de esta oficina para recordar a los pacientes de sus citas. Podemos hacerlo por teléfono, correo electrónico, por correo, o por cualquier medio conveniente para la práctica y/o como lo solicitó usted. Podemos enviarle otras comunicaciones que le informan sobre los cambios en la política de la oficina y o la nueva tecnología que le podría ser informativa.
3. La práctica utiliza un número de vendedores en la conducción de negocio. Estos proveedores pueden tener acceso al historial de salud del paciente, pero debe aceptar respetar las normas de confidencialidad de HIPAA.
4. Usted entiende y acepta inspecciones de la oficina y revisión de documentos que pueden incluir al historial de salud del paciente por agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
5. Usted acepta traer cualquier preocupación o queja con respecto a la privacidad a la atención del gerente de la oficina o del doctor.
6. Su información confidencial no será utilizada con fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios.
7. Estamos de acuerdo en proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para satisfacer mejor las necesidades de la oficina y el paciente.
9. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso de su información médica protegida y de solicitar el cambio en ciertas políticas utilizadas en la oficina con respecto a su historial de salud. Sin embargo, no estamos obligados a alterar o cambiar la política de la oficina para cumplir con su solicitud que no está mencionada en esta forma.

Yo, \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ por este medio doy mi autorización y acepto los términos establecidos en el Formulario de Información de HIPAA y de cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente a partir de hoy.



*Kilzi Dental Corp*

1113 South Main Street, Suite B,  
Corona, CA 92882  
(951)739-0752

## Acuerdo de Política de Cancelación de Citas

Por Favor proporcione a nuestra oficina un aviso de 48 horas para cambiar o cancelar una cita. Las cancelaciones con menos de 24 horas de anticipación son difíciles de llenar, el Dr. Kilzi se compromete a brindar una atención excepcional, y desafortunadamente, cuando un paciente cancela sin previo aviso o simplemente no viene a su cita, evita que se otro paciente sea atendido y deja un agujero de 60 minutos en el horario del Doctor. **Por favor llámenos al (951) 739-0752 a las 2:00 p.m. el día anterior a su cita programada para notificarnos cualquier cambio o cancelación. Para cancelar una cita del día Lunes, llame a nuestra oficina antes de las 2:00 p.m. el día Viernes.** Si no se da una notificación previa, se le cobrará **\$20.00** por la cita perdida. Este cargo no puede ser cobrado al seguro y debe de pagarse antes de la próxima cita programada.

Gracias por brindar a nuestra oficina ya nuestros pacientes esta cortesía. He leído, entiendo y acepto cumplir con la política anterior:

Por favor firme abajo para dar su consentimiento a estos términos.

---

Imprima el nombre del paciente

---

Firma del Paciente ( o Guardian Legal si es menor de 18 años)

---

Fecha

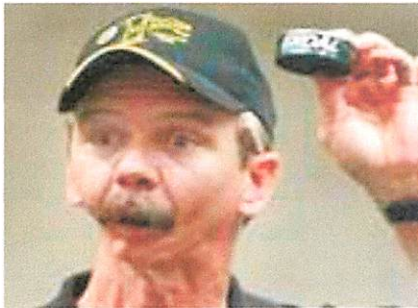




## CONSENTIMIENTO PARA SU EXAMEN DE CANCER ORAL

En nuestra práctica nos esforzamos continuamente para proporcionar mejoras importantes en la atención de salud oral para nuestros pacientes. Nos preocupa el cáncer oral y lo buscamos proporcionar su acceso a un examen y tratamiento científico moderno y efectivo.

**Una de cada 10 personas muere cada hora de cancer oral en los Estados Unidos.**



La detección tardía en cáncer oral es la razón principal por la cual las tasas de mortalidad son tan deprimentes. Como con la mayoría de los otros tipos de cáncer, la edad es el principal factor de riesgo para el cáncer oral. El consumo de tabaco y alcohol son otros factores predisponentes importantes de riesgo pero más del 25 % de las víctimas de cáncer oral no tuvieron estos factores de riesgo en su estilo de vida. Recientemente los científicos han establecido una conexión entre una infección viral del Virus de Papiloma Humano en la boca y la ocurrencia de cáncer oral.

Encontramos que el uso de ViziLite Plus junto con un examen visual de cáncer oral mejora nuestra capacidad de identificar áreas sospechosas que pueden haberse perdido durante el examen convencional. La detección temprana de tejido precanceroso puede minimizar o eliminar los efectos potencialmente desfigurantes del cáncer oral y posiblemente salvar su vida. ViziLite Plus es un examen sin dolor que nos da una mejor oportunidad de encontrar cualquier anomalía oral que pueda tener en una etapa temprana.

El seguro dental puede no cubrir el examen ViziLite Plus. Sin embargo, esta oficina está feliz de verificar su cobertura para usted. **El costo del examen mejorado es de \$ 55.00 now \$50.00.**

**Sí.** Autorizo al Doctor a realizar el examen ViziLite Plus junto con el examen estándar de cáncer oral. Acepto la responsabilidad financiera del examen.

Escriba su nombre: \_\_\_\_\_

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

**No.** Preferiría no tener el examen ViziLite Plus en este momento.

Escriba su nombre: \_\_\_\_\_

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

# Cáncer bucal

**California Dental Association**  
1201 K Street, Sacramento, CA 95814  
800.CDA.SMILE cda.org



Este año se diagnosticará a más de 34,000 estadounidenses con cáncer bucal o faríngeo. Este tipo de cáncer causará más de 8,000 muertes, provocando la muerte de aproximadamente una persona cada hora, cada día. De los 34,000 individuos recién diagnosticados, sólo la mitad sobrevivirá en 5 años.

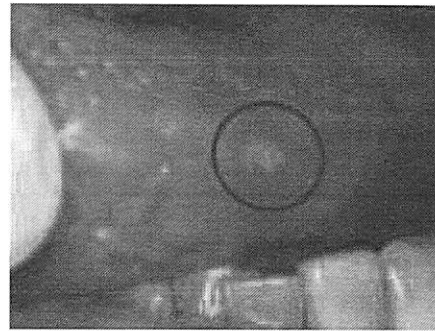
Las dos vías más comunes por medio de las cuales las personas desarrollan cáncer bucal es por el uso de tabaco y alcohol o por la exposición al Virus del Papiloma Humano (VPH) (human papilloma virus), el mismo virus que es responsable de la mayoría de los casos de cáncer cervical.

A menudo, el cáncer bucal comienza con una mancha o úlcera blanca o roja pequeña, en la boca, que con frecuencia pasa desapercibida hasta que hace metástasis o se propaga a otra parte del cuerpo. El cáncer puede afectar cualquier área de la boca, incluyendo los labios, las encías, el revestimiento de la mejilla, la lengua y las partes duras o blandas del paladar. Si se detecta pronto, los pacientes con cáncer bucal tienen una tasa de supervivencia del 80% al 90%. Los profesionales de atención dental pueden actuar como la primera línea de defensa en la detección temprana del cáncer bucal. Como parte de un examen bucal de rutina, un dentista miembro de la CDA realiza también una evaluación para detectar cáncer bucal.

Saber cuales son los primeros indicios de este tipo de cáncer puede aumentar la supervivencia. Tales indicios incluyen:

- Una llaga o úlcera que sangra fácilmente o que no sana
- Cambio del color de los tejidos bucales
- Un bulto, engrosamiento, punto áspero, costra o un área pequeña erosionada
- Dolor, sensibilidad o entumecimiento en cualquier parte de la boca o los labios
- Dificultad para masticar, tragar, hablar o mover la mandíbula o la lengua
- Cambio en la mordida o en la manera en la que los dientes se ajustan

Aunque el cáncer bucal se ha observado en individuos que no tienen factores de riesgo, la enfermedad se presenta con más frecuencia en personas que usan tabaco en alguna forma (tabaco). El alcohol, sumado al tabaco, aumenta el riesgo aún más. El cáncer bucal ocurre



con mayor frecuencia en personas de más de 40 años y en aquellos que han tenido una exposición prolongada al sol. Es posible que seguir una dieta con un alto contenido de frutas y verduras ayude a prevenir el cáncer.

Si nota alguna mancha inusual en la boca, contacte a su dentista miembro de la CDA inmediatamente para que le haga un examen. Asegúrese de notar por cuánto tiempo ha tenido la mancha y si ha crecido o si ha cambiado de color o consistencia. Recuerde, la detección temprana es la mejor estrategia para la supervivencia.

## Información en línea sobre dejar de fumar

Center for Disease Control and Prevention  
US Surgeons General's tobacco-cessation  
Smokefree.gov

## Línea telefónica de apoyo

800.QUITNOW (800.784.8669)  
800.NOBTUTTS (800.662.8887)