

Cualquier metal dentro de su cuerpo de cirugías? (Pernos, tornillos, placas, tubos, malla, etc.): SI _____ NO _____

FARMACIA: _____

DENTAL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

East Central Oklahoma Family Health Center, Inc.

109 South Main Street, Wetumka, OK 74883; 104 East Shurden Industrial Boulevard, Henryetta, OK 74437

Fecha: _____ hora: _____

1. Yo, _____, (el _____

De _____), medio consentir voluntariamente a la atención dental, incluyendo los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, examen dental, incluyendo pero no limitado a trabajos de rutina y administración de la medicación prescrita por el odontólogo.

2. El consentimiento para el tratamiento de una persona designada por el higienista o dentista que sea necesario a juicio del dentista.
3. Doy mi consentimiento para el desempeño de la cirugía oral, oral o IV sedación, el uso de óxido nitroso, etc.
4. Doy mi consentimiento para fotografías o radiografías necesarias para el diagnóstico, y con fines educativos.
5. Entiendo que sólo personal debidamente capacitado a hacer estos procedimientos.
6. Entiendo que este formulario de consentimiento será válido y permanecerá en vigor mientras utilizo la clínica, o hasta que sea revocado por escrito.
7. He sido notificado de la política de ECOFHC no cumplir con cualquier DNR. Una copia será proporcionada a otras instalaciones, según sea necesario.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN:

1. Autorizo a la clínica para dar información médica a las compañías de seguros de terceros para efectuar la presentación de reclamaciones de seguros relacionados con el tratamiento médico.
2. También autorizo el pago directamente a East Central de Oklahoma Family Health Center, Inc., pero que no exceda el diagrama habitual para esos servicios.
3. Estoy de acuerdo en pagar el saldo no cubierto por el seguro de la forma acordada en el momento de mi opinión sobre la renta.
4. El historial de pagos también puede ser puesto en libertad.
5. Doy el consentimiento para obtener información con respecto a mis vacunas para ser lanzado a otros proveedores de atención de salud, escuelas, Guarderías, y / o el Departamento de Servicios Humanos.
6. La información autorizada para su liberación puede incluir registros que indican la presencia de una enfermedad contagiosa o venérea que puede incluir, pero no están limitados a, enfermedades como la hepatitis, la sífilis, la gonorrea y el virus de la inmunodeficiencia humana, también conocida como Inmunodeficiencia Adquirida Síndrome (SIDA); y puede incluir información sobre drogas, alcohol y anemia de células falciformes [63 uno mismo 1-502,2 (B)].

Esta forma ha sido completamente explicada y entiendo su contenido.

RECONOCIMIENTO DE LA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD: Una descripción completa de cómo se utilizará su información médica y revelada por esta instalación es en **nuestro aviso de privacidad**. Se incluye una copia en su paquete de bienvenida y se ponen a su disposición.

COMENTARIOS: _____

Firma del paciente o persona autorizada a dar

Firma de la persona que explicar los

Consentimiento para el paciente

contenidos de este Consentimiento

Si el paciente es menor de edad o es incapaz de dar su consentimiento, complete lo siguiente:

A. El paciente es un menor de edad _____ años de edad.

Nombre del Padre _____ madre _____

B. El paciente es incapaz de dar su consentimiento debido a que: _____

EAST CENTRAL OKLAHOMA FAMILY HEALTH CENTER, INC.
Consentimiento de Extracción

La recomendación de extraer uno o más de sus dientes se basa en sus síntomas, el examen de su boca o su elección. Es posible que se requiera un procedimiento quirúrgico para obtener acceso a los dientes que se extraerán. En muchos casos, se hará una incisión en el tejido de la encía y se puede extraer el hueso para acceder. Queremos que esté al tanto de los riesgos y efectos secundarios comúnmente conocidos de este procedimiento.

Debido a la proximidad, los dientes adyacentes a los que se extraerán pueden astillarse o dañarse durante la extracción.

Los nervios que proporcionan sensibilidad a la boca, el mentón, los labios, la lengua y el tejido de las encías pueden correr cerca del área de la extracción. Después de la extracción puede experimentar alguna alteración de la sensibilidad nerviosa normal (picazón, ardor u hormigueo, por ejemplo) por un período de tiempo corto o indefinido. En algunos casos raros, puede experimentar una falta total de sensibilidad durante un período de tiempo que podría ser indefinido.

En el caso de los dientes de la arcada superior, existe el riesgo de que, después de la extracción, quede un orificio o vía entre el seno y la cavidad oral. Esto se debe a que las raíces de algunos de los dientes superiores terminan justo debajo del piso del seno y, a veces, atraviesan el piso del seno.

Ocasionalmente, se toma la decisión de dejar un pequeño trozo de raíz en la mandíbula después de una extracción en los casos en que su extracción requeriría una cirugía extensa y aumentaría el riesgo de complicaciones.

Después del procedimiento, los músculos de la mandíbula pueden estar rígidos y doloridos. También puede ser difícil abrirlo completamente durante varios días. Esta suele ser una condición temporal en la que el calor húmedo y los analgésicos aliviarán el dolor. Ocasionalmente, la articulación de la mandíbula (TMJ) puede lesionarse debido a la apertura prolongada requerida para el procedimiento. Además, se pueden producir fracturas óseas.

Puede experimentar dolor, hinchazón o sangrado durante un tiempo después de la extracción. Si se presenta alguno de estos problemas, solo deberían durar unos días. Si alguno de estos problemas es más grave o dura más de lo previsto, llame a nuestra oficina de inmediato.

También puede experimentar una condición dolorosa pero inofensiva comúnmente conocida como alvéolo seco. Esto ocurre cuando se desprende el coágulo de sangre protector en el alveolo donde se extrajo el diente. Esto expone e irrita las delicadas terminaciones nerviosas de la cavidad. Esto generalmente es causado por no seguir de cerca las instrucciones postoperatorias dadas. Aunque la condición es temporal y no dañina, es dolorosa. Se puede tratar mediante un procedimiento interno. Se coloca un medicamento en la cavidad que lo calmará y protegerá mientras alivia el dolor.

Si tiene más preguntas, asegúrese de consultar a su profesional dental. Al firmar a continuación, reconoce que ha leído este documento, comprende la información presentada, recibió respuestas satisfactorias a todas sus preguntas, comprende que puede ver a un especialista y está eligiendo ver al dentista tratante y acepta el tratamiento indicado.

Nombre del Paciente (Letra de Imprenta)

Procedimiento

Firma del Paciente, Tutor Legal o Representante Autorizado

Fecha

Testigo de la Firma

Fecha

**EAST CENTRAL OKLAHOMA FAMILY HEALTH CENTER, INC.
HISTORIAL DE SALUD DENTAL**

Los beneficios de una sonrisa feliz y saludable son inconmensurables. Nuestro objetivo es ayudarlo a alcanzar y mantener la máxima salud bucal. Por favor, rellene este formulario en su totalidad. Si necesita ayuda con este formulario, estaremos encantados de ayudarlo. Cuanto mejor nos comuniquemos, mejor podremos cuidar de usted.

Todo sobre usted

Nombre: _____
Prefiero que me llamen: _____
Fecha de nacimiento: _____
Teléfono de casa #: _____
Teléfono móvil #: _____

Fecha: _____
Número de gráfico: _____
Macho: _____ Femenino: _____
Teléfono del trabajo #: _____
Extensión: _____

Otros miembros de la familia atendidos en nuestra clínica dental: _____
Dentista anterior/pasado: _____
Fecha de la última visita dental: _____

En caso de una emergencia, quién debe ser contacto: _____
Nombre: _____
Relación: _____
Número de teléfono de casa o celular: _____
Teléfono del trabajo #: _____

Historia dental:

¿Por qué has venido al dentista hoy?

¿Está experimentando dolor dental? Sí _____ No _____

Explicar: _____

Fecha de la última visita dental: _____

¿Alguna vez ha tenido un problema grave/difícil asociado con algún trabajo dental anterior?

No _____ Sí _____ Explique: _____

¿Experimenta molestias en las articulaciones de la mandíbula (TMJ, TMD)? _____

Su salud dental actual es: Buena: _____ Regular: _____ Mala: _____

¿Te gusta sonreír? _____

¿Te sangran las encías? _____

¿Cuántas veces al día te cepillas? _____

Que tipo de cerdas usas? Duro: _____ Medio: _____ Blando: _____

¿Usas hilo dental? Sí: _____ No: _____ Con qué frecuencia: _____

¿Qué tipo de agua bebes? Embotellado: _____ Ciudad (nombre) _____ Pozo _____

Historial médico

¿Tiene un médico personal? Sí: _____ No: _____ Nombre: _____
Número de teléfono: _____ Fecha de la última visita: _____
Su salud actual es: Buena _____ Regular _____ Mala _____
¿Su médico lo está tratando por una condición específica? Sí _____ No _____
Por favor explique, en caso afirmativo: _____

Enumere todos los medicamentos y dosis actuales: _____

Solo mujeres:

¿Estás embarazada? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, semana # _____
¿Estás amamantando? Sí _____ No _____
¿Estás tomando pastillas anticonceptivas? Sí _____ No _____

Marque cualquier condición que tenga actualmente o haya tenido en el pasado.

Cardiovascular:

Insuficiencia cardíaca _____ Enfermedad o ataque cardíaco _____ Angina de pecho (dolor en el pecho) _____
Presión arterial alta _____ Presión arterial baja _____ Murmullo cardíaco _____
Prolapso de válvula mitral _____ Fiebre reumática _____ Defecto cardíaco congénito _____
Válvula cardíaca artificial _____ Arritmias _____ Marcapasos/desfibrilador cardíaco _____
Trasplante de corazón _____ Cirugía de corazón _____ Uso previo de Phen-fen _____
Accidente cerebrovascular _____ Aneurisma _____ Otros problemas cardíacos _____

Hematológico:

Transfusión de sangre _____ Anemia _____ Hemofilia _____
Leucemia _____ Enfermedad de células falciformes _____ Tendencia a sangrar por más tiempo _____

Neural y sensorial:

Dolor de ojos _____ Problemas de visión _____ Glaucoma o cataratas _____
Dolores de oído _____ Zumbido en los oídos _____ Pérdida auditiva _____
Fuertes dolores de cabeza _____ Desmayos/mareos _____ Epilepsia _____
Nerviosismo _____ Tratamiento psiquiátrico _____ Retraso en el desarrollo _____

Gastrointestinal:

Úlceras estomacales _____ Gastritis _____ Colitis _____
Diarrea persistente _____ Enfermedad hepática _____ Ictericia amarilla _____
Cirrosis _____ Hepatitis _____ Hep A _____ Hep B _____ Hep C _____

Respiratorio:

Fiebre del heno _____ Sinusitis _____ Alergias estacionales _____
Tuberculosis (TB) _____ Dificultad para respirar (EPOC) _____ Oxígeno suplementario _____

Endocrino:

Diabetes _____ Insulinodependiente (IDDM) _____ No insulinodependiente (NIDDM) _____
Enfermedad de la tiroides _____ Hipertiroidismo _____ Hipotiroidismo _____

Enfermedades urinarias/de transmisión sexual:

Orina con frecuencia _____ Problemas de riñón _____ Problemas de vejiga _____
Enfermedad de transmisión sexual (ETS: sífilis, gonorrea, herpes genital) _____
VIH positiva/positivo _____ SIDA (o expuesta/expuesto) _____

Dérmico/Esquelético:

Alergia al látex _____ Lunar anormal _____ Osteoporosis _____
Músculos adoloridos _____ Articulaciones rígidas _____ Artritis _____
Articulación artificial _____ Ampollas de fiebre _____ Úlceras bucales (aftas) _____

Otras condiciones:

Dolores de garganta frecuentes _____ Nódulo linfático agrandado _____ Tumor o cáncer _____
Tratamiento de radiación _____ Quimioterapia _____ Extirpación quirúrgica del tumor _____
Uso de tabaco _____ Tabaco sin humo _____ Cigarrillos/Cigarros _____
de paquetes por día _____ # de años de consumo de tabaco _____ Consumo de alcohol _____
Adicción a las drogas _____ Terapia con esteroides _____ Otras condiciones _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

Aspirina _____ Codeína _____ Penicilina _____ Eritromicina _____
Sulfa _____ Tetraciclina _____ Látex _____ Anestésico dental _____
Otras _____ No se conocen alergias a medicamentos _____

Entiendo que la información que he dado hoy es correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

Autorizo al personal dental a realizar cualquier servicio dental necesario que pueda necesitar durante el diagnóstico y tratamiento con mi consentimiento informado.

Firma del Paciente

Fecha

Revisado Por

Fecha