



Doy mi consentimiento para los procedimientos de diagnóstico y tratamiento mutuamente acordados por mí/ (para mi hijo) y el dentista necesarios para el cuidado dental adecuado. Doy mi consentimiento para que el higienista realice una limpieza, fluoruro y radiografías sin que el médico esté presente en el edificio, siempre que el paciente haya sido atendido con el médico durante el último año. Doy mi consentimiento para que haya estudiantes u otro personal en la sala con fines de capacitación. Doy mi consentimiento para que el dentista use y divulgue mis registros o los registros de mi hijo para llevar a cabo el tratamiento para obtener el pago y para aquellas actividades y operaciones de atención médica que estén relacionadas con el tratamiento o el pago.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor \_\_\_\_\_

***Acuse de recibo del paciente del aviso de HIPAA de prácticas de privacidad***

***Formulario de consentimiento/autorización/liberación***

Mi firma también servirá como divulgación de registros en caso de que solicite que se envíen a otros médicos/consultorios.

\_\_\_\_\_  
***Nombre impreso del paciente***                      ***Firma del paciente***                      ***Fecha***

*Por favor escriba y firme el nombre del tutor/representante legal y su relación, si corresponde.*

**Enumere cualquier otra parte que pueda tener acceso a su información de salud.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo de nacimiento:  MASCULINO  FEMENINO

Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  En pareja  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a

\*SI EL(LA) PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS O TIENE UN TUTOR LEGAL\*

Nombre del padre, la madre o el tutor legal: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono particular/celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **Información de salud**

#### **Por favor marque todo lo que le corresponde a continuación:**

##### **Alergias:**

- Aspirina
- Codeína
- Anestésicos dentales
- Amoxicilina
- Látex
- Metales
- Penicilina
- Tetraciclina
- Otro: \_\_\_\_\_
- ¿Fuma o consume tabaco?

##### **Sólo para mujeres:**

- ¿Estás tomando anticonceptivos?
- ¿Estás embarazada? \_\_\_\_\_ semanas
- ¿Estás amamantando?

- Sangrado anormal
- Abuso de alcohol/drogas
- Alergias
- Anemia
- Artritis
- Articulación artificial o Año \_\_\_\_\_
- Válvula cardíaca artificial o Año \_\_\_\_\_
- Asma
- Endocarditis bacteriana
- Anticoagulante
- Cáncer/Quimioterapia
- Dolor en el pecho
- Enfermedad cardíaca congénita
- Diabetes
- Enfisema
- Desmayos
- Ampollas febriles/herpes labial
- Dolores de cabeza frecuentes
- VIH/SIDA
- Ataque al corazón o Año \_\_\_\_\_
- Cirugía del corazón
- Hemofilia
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Presión arterial alta
- Problemas renales
- Enfermedad hepática
- Presión arterial baja
- Válvula mitral
- Pneumocistis

- Pre-Med B/4 Apt.
- Problemas psiquiátricos
- Problemas respiratorios
- Convulsiones/epilepsia
- Herpes zóster
- Problemas sinusales
- Apnea del sueño/ronquidos
- Accidente cerebrovascular
- Problemas de ATM/TMD
- Toma hierbas/suplementos
- Problemas de tiroides
- Extirpación de amígdalas/adenoides
- Tuberculosis
- Úlceras
- Enfermedad venérea

**Por favor enumere TODOS sus medicamentos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_