



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 febres/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
- Úlcera
- Enfermedad venérea

Por favor enumere TODOS sus medicamentos: _____
