



**Registro:**

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

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
M / F

Dirreccion: \_\_\_\_\_

Estado: S ( ) C ( ) D ( ) V ( )

**Parte responsable:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esposo(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Firma de la parte responsable	Fecha	Relación
-------------------------------	-------	----------

**Números de teléfono:**

Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_

**Relación:** \_\_\_\_\_ **Casa:** \_\_\_\_\_ **Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo(a)? \_\_\_\_\_

# Formulario de historial médico dental

Nombre \_\_\_\_\_ dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Esposo(a) \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Médico General \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_ Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Comentarios</b>
¿Algún problema respiratorio o respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Asma? (En caso afirmativo, responda a, b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(a) ¿Es usted dependiente de los esteroides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(b) ¿Utiliza un inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Problemas de los senos nasales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Alergias estacionales o fiebre del heno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Obstrucciones de las vías respiratorias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Dificultad con la intubación durante la anestesia general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Un hábito de fumar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Historia de la tuberculosis? (tuberculosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Alta presión sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Presión arterial baja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Angina de pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Infarto de miocardio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Carrera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Arteriopatía coronaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Arritmias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Fiebre reumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Soplo cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Defectos cardíacos congénitos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Prolapso de la válvula mitral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Válvulas cardíacas artificiales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Marcapasos? (en caso afirmativo, responda a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(a) ¿Deben evitarse los dispositivos electrónicos??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Cirugía de corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Necesita antibióticos antes del tratamiento dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Discrasias sanguíneas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Anemia falciforme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Problemas tiroideos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Diabetes? (si es así responda C.A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(a) Si es diabético necesita insulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(b) Si es diabético está bien controlado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(c) Si es diabético, ¿está tomando medicamentos orales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Enfermedad del hígado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Hepatitis A?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Hepatitis C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Úlcera de estómago o duodenal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ERGE? (Enfermedad por reflujo gastroesofágico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Colitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Nefropatía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Cálculos renales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Glaucoma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Comentarios</u>
¿Cáncer? (En caso afirmativo, responda el anuncio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(a) ¿Qué tipo de cáncer tenía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(b) ¿Quimioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(c) ¿Radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(d) Otro tratamiento para el cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Traumatismo facial o de mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Escoliosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Problemas de huesos, articulaciones o músculos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Articulaciones artificiales o prótesis colocadas quirúrgicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Artritis? Si es así, ¿cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Algún problema con la anestesia local?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Desmayo con anestesia local?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Alergia a la anestesia local? Si es así, ¿qué pasó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Dificultad para adormecerse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Historia de parestesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Desórdenes neurológicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Problemas mentales o emocionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Abuso de alcohol o sustancias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>DENTAL</b>			
¿Siente dolor en la boca en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Le sangran las encías? ¿Cuándo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Alguna vez ha tenido dolor de boca agudo o boca de "trinchera"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Se da cuenta de que tiene mal sabor u olor en la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Tiene problemas con los frecuentes "forúnculos de las encías"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herpes labial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Herpes oral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Xerostomía? (boca seca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Su madre, padre, hermano o hermana perdió todos sus dientes naturales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Alguna vez ha tenido un dolor de muelas severo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Le molesta la sensibilidad dental? ¿Caliente, frío o dulce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿La comida se queda atrapada entre los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿El sarro y la mancha vuelven rápidamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Las caries se desarrollan rápidamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Puedes masticar satisfactoriamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Mastica en ambos lados de la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Tiene algún hábito bucal en particular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Eres consciente de algún hábito con tu lengua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Aprieta o rechina los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Te despiertas por la mañana con los dientes juntos, ¿Mandíbula cansada, sensación de entumecimiento en los dientes o dolor en la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Tus dientes se juntan de manera uniforme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Tiene los dientes doloridos, flojos o movidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Está consciente de dientes o empastes altos o ásperos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Alguna vez ha tenido dolor al abrir o cerrar la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Alguna vez se le sale la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Alguna vez le han extraído algún diente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Alguna vez le reemplazaron un diente faltante o le reemplazaron un diente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Comentarios</u>
<b>Alegrías</b>			
¿Alergia al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Alergia al níquel, acrílico u otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Es alérgico a algún medicamento o alimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Mujeres</b>			
¿Embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Toma píldoras anticonceptivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
VIH positivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ha tenido alguna infección en las últimas 2 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Tiene algún problema médico no mencionado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre, y los productos a base de hierbas que está tomando actualmente:**

Medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**¿Ha tenido algún medicamento que haya tenido que suspender porque experimentó efectos secundarios?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR DENTISTA:**

**Implicaciones dentales con respecto a la medicación / historial dental:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Alguno de los medicamentos anteriores afecta el intervalo QT?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del dentista \_\_\_\_\_

Nombre impreso) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para uso de DMD (notas)

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

# Smiles By Design: Consentimiento para el Tratamiento

Jacob Turner, DMD, PC  
100 Andrew St, Suite A  
Albertville, AL 35950  
(256)878-9200

- 1) Por la presente autorizo al médico o al personal designado a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y cualquier otra ayuda de diagnóstico que el médico considere apropiada para hacer un diagnóstico completo de las necesidades dentales de (nombre del paciente)  
\_\_\_\_\_
- 2) Tras dicho diagnóstico, autorizo al médico a realizar todos los tratamientos recomendados mutuamente acordados por mí y a emplear la asistencia necesaria para brindar la atención adecuada.
- 3) Acepto el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos según sea necesario. Entiendo perfectamente que el uso de agentes anestésicos conlleva ciertos riesgos. Entiendo que puedo pedir un relato completo de los posibles riesgos o complicaciones.
- 4) Por último, acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes. Entiendo que el pago vence en el momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos. En caso de que los pagos no se reciban en las fechas acordadas, entiendo que se puede agregar un cargo por mora del 1.5% (18% APR) a mi cuenta. Si mi cuenta se vuelve morosa y requiere los servicios de una agencia de cobranza o honorarios de abogado, seré responsable de todos los honorarios de cobranza razonables, honorarios de abogados y todos los costos judiciales de cobranza.

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre o parte responsable \_\_\_\_\_

Relación al paciente \_\_\_\_\_

## **Smiles By Design**

Jacob Turner, DMD, PC  
100 Andrew St, Suite A  
Albertville, AL 35950

### **Autorizacion para la asignacion de beneficios y reclamaciones de presentacion**

Autorizo al proveedor de atencion medica mencionado anteriormente a presentar reclamos de pago por servicios de atencion medica nombrados a continuacion, en mi nombre y asigno a dicho proveedor los beneficios de seguro grupal que de otro modo me serian pagados, pero que no excedan los cargos actuales del proveedor por los servicios cubiertos. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo por beneficios de seguro que no cubra.

Plan de Seguro #1:

---

Plan de Seguro#2:

---

Plan de Seguro #3:

---

### **Autorizacion para la divulgacion de informacion de salud**

Autorizo al dentista u otro proveedor de atencion medica mencionado anteriormente a compartir los planes de servicios hospitalarios o de atencion medica, companias de seguros, autoaseguradoras o sus representantes, toda la informacion y registros (incluidas las radiografias) sobre mi historial medica, o sobre los servicios prestados o el tratamiento que se me dio, que sea necesario para revisar, investigar o evaluar cualquier reclamo de beneficios. Si mi cobertura esta bajo un acuerdo maestro grupal en poder de mi empleador, una asociacion, fondo fiduciario, sindicato o entidad similar, esta autorizacion tambien permite su divulgacion para fines de revision de utilizacion o auditoria financiera.

Esta autorizacion permanecera vigente hasta (5) años a partir de esta fecha. Se que tengo derecho a recibir una copia de esta autorizacion si es necesario.

---

Nombre del paciente

---

Firma del paciente, padre o tutor

## **Smiles By Design**

Jacob Turner, DMD, PC  
100 Andrew St, Suite A  
Albertville, AL 35950

### **Falta de Reservacion**

Dado que nuestros pacientes son atendidos en una base de reservacion, nuestra oficina solicita por lo menos un aviso de 24 horas si no podra mantener su reserva. Si no puede dar un aviso de 24 horas, comuniquese lo antes posible. Por lo general, hay una "tarifa de aviso insuficiente" para una reserva perdida con menos de un aviso de 24 horas.

No notificar a esta oficina de su incapacidad para mantener una reserva puede afectar negativamente su posicion como paciente. Si no mantiene las reservas sin notificar a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipacion, comprenda que nuestra oficina tendra el derecho de retirar la asistencia profesional sobre usted.

Su respeto por nuestro tiempo es muy apreciado!  
Gracias.

---

(Paciente/padre/tutor)

Fecha de firma

# Política de Cancelación/No Show/ Reprogramación de Citas

A partir del 1 de Enero de 2023, la política de nuestra oficina con respecto a cancelaciones, ausencias y reprogramaciones es la siguiente:

## 1. Política de cancelación/ausencia de citas

Entendemos que hay momentos en los que debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, puede estar impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Por el contrario, puede surgir la situación en la que otro paciente no cancela y no podemos programarlo para una visita, debido a una agenda de citas aparentemente "llena". Si una cita no se cancela con al menos 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa de veinticinco dólares (\$25); esto no será cubierto por su compañía de seguros. Las tarifas de las citas operativas programadas variarán según la duración del procedimiento.

## 2. Citas programadas

Entendemos que pueden ocurrir retrasos, sin embargo, debemos tratar de mantener a los otros pacientes y doctor a tiempo. Si un paciente llega **15 minutos después** de la hora programada, tendremos que reprogramar la cita. A una cita que se re programe por segunda vez o más se le cobrará una tarifa de veinticinco (\$25); esto no será cubierto por su compañía de seguros. Para cualquier cita interrumpida 3 veces, la relación doctor-paciente (consultorio) puede terminarse a discreción del doctor (consultorio).

**SU SALUD ES NUESTRA PRIMERA PREOCUPACIÓN Y CREEMOS QUE ES EN SU MEJOR INTERÉS COMPROMETERSE CON LAS CITAS QUE HAGA EN NUESTRO CONSULTORIO PARA MINIMIZAR SUS NECESIDADES DENTALES. POR LO TANTO, SE APLICARÁ ESTA POLÍTICA.**

---

FIRMA DE PACIENTE

FECHA