



## Manassas Modern Dentistry

**Bienvenidos a Manassas Modern Dentistry.** Agradecemos la confianza que deposita en nosotros para brindarle servicios dentales. Para ayudarnos a servirle, por favor complete el siguiente formulario. La información proporcionada en este formulario es importante para su salud dental. Si ha habido algún cambio en su salud, háganoslo saber. Si tiene alguna pregunta, siéntase con libertad de preguntar.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección particular: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación (si es diferente): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_ Empleador / Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono del cónyuge: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de emergencia (que no sea el cónyuge): \_\_\_\_\_

Seguro dental primario: \_\_\_\_\_ N. ° de grupo: \_\_\_\_\_

Seguro dental secundario: \_\_\_\_\_ No de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_

Nombre de su médico: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita al médico: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista anterior: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita al dentista: \_\_\_\_\_

Reenviado a nosotros por: \_\_\_\_\_

INFORMACION DENTAL	SI	NO	INFORMACION DENTAL	SI	NO
¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental?			¿Tiene dolor de cuello o de oído?		
¿Sus dientes son sensibles al frío, al calor, a los dulces o a la presión?			¿Tiene algún click, chasquido o malestar en la mandíbula?		
¿La comida o el hilo dental quedan atrapados entre sus dientes?			¿Tiene bruxismo o rechina los dientes?		
¿Tiene la boca seca?			¿Tiene llagas o úlceras en la boca?		
¿Ha recibido algún tratamiento periodontal (de las encías)?			¿Usas dentaduras postizas o parciales?		
¿Alguna vez ha tenido un tratamiento de ortodoncia?			¿Fumas?		
¿Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?			¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o la boca?		
¿El suministro de agua de su hogar está fluorado?			Fecha de su último examen dental:		
¿Bebes agua embotellada o filtrada?			¿Qué se hizo en ese momento?		
Si es así, ¿con qué frecuencia? Circule uno: DIARIO / SEMANAL / OCASIONALMENTE			Fecha de las últimas radiografías dentales:		
¿Está experimentando actualmente dolor o malestar dental?			¿Cómo se siente con su sonrisa?		
¿Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?					

INFORMACIÓN MÉDICA	SI	NO	INFORMACIÓN MÉDICA	SI	NO
¿Está ahora bajo el cuidado de un médico?			SOLO MUJERES:		
¿Estás bien de salud?			¿Estás embarazada?		
¿Ha tenido una enfermedad grave, una operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años?			Numero de semanas: _____		
En caso afirmativo, ¿Cuál fue la enfermedad o el problema?			¿Está tomando píldoras anticonceptivas o reemplazo hormonal?		
¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?			¿Estas amamantando?		

ALERGIAS - ¿Es alérgico o ha tenido una reacción? En caso afirmativo, especifique el tipo de reacción.					
	SI	NO		SI	NO
Anestésicos locales			Metales		
Aspirina			Goma de látex		
Penicilina o otros antibióticos			Yodo		
Barbitúricos, sedantes o somníferos			Fiebre del heno / estacional		
Sulfonamidas			Animales		
Codeína y otros narcóticos			Comida		

INFORMACIÓN MÉDICA	SI	NO	INFORMACIÓN MÉDICA	SI	NO	INFORMACIÓN MÉDICA	SI	NO	INFORMACIÓN MÉDICA	SI	NO
Enfermedad cardiovascular			Prolapso de la válvula mitral			Infección por SIDA o VIH			Tuberculosis		
Angina de pecho			Marcapasos			Artritis Reumatoide			Enfermedad gastrointestinal		
Arteriosclerosis			Fiebre reumática			Asma			Enfermedad por reflujo gastroesofágico / acidez estomacal		
Insuficiencia cardíaca congestiva			Enfermedad cardíaca reumática			Bronquitis			Úlceras		
Válvulas cardíacas dañadas			Sangrado anormal			Enfisema			Problemas tiroideos		
Infarto de miocardio			Anemia			Problemas de los senos nasales			Epilepsia		
Soplo cardíaco			Hemofilia			Dolor de pecho con el esfuerzo			Desmayos o convulsiones		
Presión arterial baja			Artritis			Dolor crónico			Desorden del sueño		
Alta presión sanguínea			Enfermedad autoinmune			Desorden alimenticio			Diabetes tipo I o II		
Otro defecto cardíaco congénito			Transfusión de sangre FECHA:			Lupus eritematoso sistémico			Cáncer / Quimioterapia / Radioterapia		
Derrame cerebral			Glaucoma			Desnutrición			Osteoporosis		
Problemas de riñón			Micción excesiva			Pérdida de peso severa			Sarpullido en la piel		
Hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado			Dolores de cabeza severos/migrañas			Glándulas inflamadas persistentes en el cuello.			Enfermedad de transmisión sexual		
Infecciones recurrentes			Desórdenes neurológicos			Trastornos de salud mental			Otro:		

Válvula cardíaca artificial (protésica)	SI	NO	¿Usas lentes de contacto?	SI	NO
Endocarditis infecciosa previa			¿Ha tenido un ortopédico de reemplazo total de articulaciones?		
Válvulas dañadas en corazón trasplantado			Enumere todos los medicamentos que está tomando, incluidas las vitaminas, las preparaciones naturales o herbales:		
Enfermedad cardíaca congénita (CHD)					
CHD cianótico no reparado					
Reparado (completamente) en los últimos 6 meses			Nombre del doctor:		
CHD reparado con defectos residuales			Teléfono del doctor:		

NOTA: Se alienta tanto al médico como al paciente a discutir todos y cada uno de los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento. Certifico que he leído y comprendido lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es correcta. Entiendo la importancia de un historial médico veraz y que mi dentista y su personal dependerán de esta información para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hay, acerca de las consultas establecidas anteriormente, han sido respondidas satisfactoriamente. No responsabilizaré a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, por ninguna acción que tomen o no tomen debido a errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario.

#### AUTORIZACIÓN

Autorizo al dentista a realizar los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento que sean necesarios para el cuidado dental adecuado. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica (o la de mi hijo), asesoramiento y tratamiento proporcionado con el fin de evaluar y administrar reclamaciones por beneficios de seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica (o la de mi hijo), asesoramiento y tratamiento a otro dentista. Por la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al dentista o grupo dental, que de otro modo me pagarán a mí. Entiendo que mi compañía de seguros de atención dental o el pagador de mis beneficios dentales pueden pagar menos que la factura real por los servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de los pagos totales de todas las cuentas. Al firmar esta declaración, revoco todos los acuerdos anteriores en sentido contrario y acepto ser responsable de los pagos de los servicios no pagados, en su totalidad o en parte, por mi pagador de atención dental. Doy fe de la exactitud de la información en esta página.

Firma del paciente / tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Manassas Modern Dentistry POLÍTICA DE OFICINA

### Nuestro enfoque de la odontología

Bienvenidos a nuestra práctica. La odontología preventiva es nuestro objetivo para cada paciente. Implica cuidados diarios, una buena alimentación, revisiones y limpiezas periódicas que mantengan una buena salud dental. Es posible que la odontología preventiva no sea el lugar donde comenzamos con todos los pacientes, pero es el lugar donde nos gusta terminar. La odontología restauradora es la reparación básica de la boca. Reemplazamos empastes rotos o con fugas, construimos coronas y puentes y ajustamos parciales. Tratamos agresivamente la enfermedad de las encías y podemos realizar la mayoría de las terapias de conducto. La odontología cosmética está llegando a la mayoría de edad con nuevos materiales y procedimientos que pueden hacer que una sonrisa sea hermosa. Para aquellos que están considerando un tratamiento cosmético, podemos llenar los vacíos, romper y restaurar la sonrisa menos que perfecta.

**Control de Infecciones:** Nuestra oficina es muy consciente del VIH, la Hepatitis B, la Influenza. La tuberculosis y muchas otras bacterias patógenas (productoras de enfermedades) son transmisibles. Con la invasión del virus del VIH, redoblamos esfuerzos para lograr el ambiente dental más estéril posible. Nuestro objetivo es encontrar lo mejor que la tecnología tiene para ofrecer para mantener la práctica segura para nuestros pacientes y nuestro personal. Cumplimos y superamos los estándares de control de infecciones de la Asociación Dental Americana y los Centros para el Control de Enfermedades. Nuestros rígidos protocolos son familiares: máscaras, guantes y protección ocular. Pero otras salvaguardas son más sutiles. Usamos los mejores métodos para esterilizar nuestros instrumentos y usamos tantos artículos desechables como sea posible para disminuir la posibilidad de contaminación cruzada. Los miembros del personal son meticulosos en la desinfección de muebles, bandejas y mostradores entre cada paciente. Nuestros pacientes merecen los más altos estándares posibles y no lo haríamos de otra manera.

**Rellenos de resina compuesta:** Las resinas compuestas son nuestro material de restauración preferido por varias razones. Sus propiedades cosméticas son insuperables y su adaptación marginal donde el esmalte y la resina se encuentran es excelente. Este tipo de relleno encaja muy bien. Al acumular el material en capas y curarlo a medida que avanzamos, el empaste en realidad fortalece la estructura del diente, mientras que los empastes de amalgama (plata) pueden debilitar el diente con el tiempo. La colocación de empastes compuestos requiere la remoción de menos estructura dental que los empastes de plata. En muchos casos, se pueden colocar sin anestesia.

**Atención de emergencia:** En Manassas Modern Dentistry, sabemos que las emergencias dentales a menudo ocurren después de que las consultas están cerradas. Es por eso que tenemos un dentista de guardia los siete días de la semana para manejar las emergencias dentales fuera del horario de atención para nuestros pacientes.

**Tratamiento con flúor:** Es política de nuestra oficina dar a todos los pacientes un tratamiento con flúor después de las citas de limpieza de rutina. Con el aumento del uso de agua embotellada, que no contiene flúor, estamos tratando de complementar el único flúor diario que reciben muchos pacientes con pasta de dientes convencional. Dependiendo de su cobertura de seguro, puede haber una tarifa de hasta \$40.00. Si acepta tener flúor en sus citas de limpieza de rutina (si su seguro cubre el procedimiento en el momento de la cita), por favor escriba sus iniciales aquí \_\_\_\_\_.

**Divulgación de vigilancia de cámaras** El propósito del monitoreo de video y CCTV regido por la política de esta oficina es para mejorar la seguridad de nuestra oficina, pacientes y personal y no se compartirá para uso público, visualización o reproducción.

Al firmar nuestra política de oficina, usted reconoce que se le ha informado sobre la videovigilancia de nuestra oficina, que se encuentra en cada sala de operaciones.

---

Firma del paciente o padre / tutor legal / persona legalmente responsable

---

Fecha



## Manassas Modern Dentistry

### Aviso al paciente:

Estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, que establece cómo podemos usar

y/o revelar su información de salud. Puede encontrarlo en la recepción. Por favor firme este formulario para acusar recibo del Aviso.

Puede negarse a firmar este reconocimiento, si lo desea.

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre / tutor legal / persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la relación con el paciente

\_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY / SÓLO PARA USO DE OFICINA

Hemos hecho todo lo posible para obtener un aviso de prácticas de privacidad del paciente por escrito, pero no se pudo obtener porque:

- El paciente se negó a firmar.
- Debido a una emergencia, no fue posible obtener un acuse de recibo.
- No pudimos comunicarnos con el paciente.
- Otro (Proporcione detalles específicos)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha



Manassas Modern Dentistry

## Política de citas perdidas

Nuestro objetivo es brindar atención médica de calidad a todos nuestros pacientes de manera oportuna. Las ausencias, las llegadas tardías y las cancelaciones incomodan no solo a nuestros proveedores, sino también a nuestros otros pacientes. Tenga en cuenta nuestra política con respecto a las citas perdidas.

### Cancelación de cita

Cuando reserva su cita, tiene un espacio en nuestro calendario que ya no está disponible para nuestros otros pacientes. Para ser respetuoso con sus compañeros pacientes, llame a nuestra oficina al **703-361-2911** tan pronto como sepa que no podrá asistir a su cita.

Si la cancelación es necesaria, requerimos que llame con **al menos 48 horas de anticipación**. Las citas tienen una gran demanda y su aviso anticipado permitirá que otro paciente acceda a la hora de la cita.

### Cómo cancelar su cita

Si necesita cancelar su cita, llámenos al **703-361-2911** entre las horas de [9 am – 5 pm]. Si es necesario, puede dejar un mensaje de voz detallado. Nosotros le devolveremos la llamada tan pronto como sea posible.

### Cancelaciones tardías / no presentarse

Una cancelación se considera tardía cuando la cita se cancela menos de **48 horas antes** de la hora señalada. Una no presentación es cuando un paciente falta a una cita sin cancelarla. En cualquier caso, le cobraremos al paciente una tarifa de **\$50.00** por la cita perdida.

Para las primeras citas de los pacientes nuevos, una no presentación o una cancelación tardía resultará en un cargo total de **\$50.00**

FECHA: .....

FIRMA: .....

NOMBRE / RELACIÓN: .....



## Manassas Modern Dentistry

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento dental recomendado por su dentista. El objetivo de este formulario es brindarle una descripción general de los posibles riesgos y complicaciones. Antes de dar su consentimiento para el tratamiento, debe considerar cuidadosamente los beneficios anticipados, los riesgos y complicaciones comúnmente conocidos del procedimiento recomendado, los tratamientos alternativos o la opción de no recibir tratamiento.

Es muy importante que le proporcione a su dentista un historial médico preciso antes, durante y después del tratamiento. Es igualmente importante que siga los consejos y recomendaciones de su dentista con respecto a la medicación, las instrucciones previas y posteriores al tratamiento, las referencias a otros dentistas o especialistas, y regrese para las citas de seguimiento programadas. Si no sigue los consejos de su dentista, puede aumentar las posibilidades de un mal resultado. Lea los elementos a continuación y firme al final del formulario.

Durante el curso de su tratamiento, se le brindará la siguiente atención:

- **Examen y radiografías** Se requieren radiografías para completar su examen, diagnóstico y plan de tratamiento. El dentista realizará un examen periódico en todas las limpiezas de rutina para evaluar sus dientes por caries, enfermedad de las encías, cáncer oral y salud en general.
- **Profilaxis dental (limpieza)** Una profilaxis dental de rutina implica la eliminación de placa y cálculo por encima de la línea de las encías y no abordará las infecciones de las encías por debajo de la línea de las encías llamadas periodontales enfermedad. Sin embargo, puede producirse algo de sangrado después de una limpieza, si persiste y si es grave en naturaleza la oficina debe ser contactada.
- **Raspado y alisado de raíces (SRP / Limpieza profunda)** Este tratamiento consiste en eliminar la sustancia bacteriana conocida como placa, que es la principal causa de enfermedad periodontal y cálculo (sarro), que es una acumulación de depósitos duros en el diente por encima o por debajo del margen gingival. Se puede administrar un anestésico tópico y / o local dependiendo de la sensibilidad del área a tratar. El éxito del tratamiento depende en parte de sus esfuerzos por cepillarse los dientes y usar hilo dental a diario, recibir una limpieza regular según las indicaciones, seguir una dieta saludable, evitar los productos de tabaco y seguir la atención domiciliaria adecuada que le enseñó esta oficina.

Entiendo que debido a que las limpiezas involucran el contacto con bacterias y tejido infectado en mi boca, también puedo experimentar una infección, que sería tratada con antibióticos.

También entiendo que después del procedimiento puedo experimentar:

- Molestias e hinchazón postoperatorias que pueden persistir durante varios días.
- Estiramiento de las comisuras de la boca con el resultado de grietas y hematomas.
- Lesión del nervio subyacente a los dientes que provoca entumecimiento u hormigueo en el labio, el mentón, las encías, las mejillas, los dientes y / o la lengua del lado operado: esto puede persistir durante varios días, semanas, meses o, en algunos casos, permanentemente.
- Hinchazón, hematomas y sangrado del tejido de las encías.
- Contracción del tejido de las encías.
- Sensibilidad de los dientes.
- Aflojamiento de dientes.
- Exposición de márgenes de coronas o tapones anteriores.

---

Firma del paciente

---

Fecha



## Manassas Modern Dentistry

### **Consentimiento para servicios y política financiera**

Como condición para su tratamiento en esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse con anticipación. La práctica depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su atención y la responsabilidad financiera de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento.

#### **GENERAL:**

Gracias por elegir nuestra práctica. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra Política financiera, que le pedimos que lea y firme antes del tratamiento. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información y seguro antes de ver al médico.

**ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, VISA, MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS, DISCOVER & CARE CREDIT**

#### **SEGURO DENTAL:**

Nuestra oficina trabajará con gusto con usted para ayudarlo a obtener el máximo beneficio disponible para usted. La mayoría de los planes de seguro dental no cubren el 100% del costo del tratamiento. Por lo tanto, se espera que pague su deducible y su copago ESTIMADO el día en que se presten los servicios. Con mucho gusto presentaremos su reclamo de seguro. Existen muchas variables de un transportista a otro (es decir, deducibles, máximos anuales, limitaciones de tarifas permitidas, procedimientos no cubiertos y otras restricciones), por lo tanto, no podemos garantizar ningún cargo estimado. Debido a que su seguro es un acuerdo entre usted y la compañía de seguros, en última instancia, usted es responsable de todos los cargos. Tenga en cuenta que haremos todo lo posible para que reciba todos los beneficios de su compañía de seguros. Si por alguna razón su compañía de seguros no ha pagado su porción estimada dentro de los 60 días posteriores al inicio del tratamiento, usted es responsable del pago total en ese momento. El tratamiento podría modificarse si cambian sus necesidades dentales. Se notificará al paciente de cualquier cambio en el tratamiento. Después de que se haya enviado un estado de cuenta y se haya dejado un saldo en la cuenta después de 60 días, se cargará a la tarjeta de crédito registrada en el archivo cualquier saldo de más de 60 días.

#### **SOBRE LOS PLANES DE SEGUROS DONDE SOMOS PROVEEDOR PARTICIPANTE**

Todas las porciones y deducibles ESTIMADOS vencen antes del tratamiento. En caso de que SU cobertura de seguro cambie a un plan en el que somos un proveedor no participante, consulte el párrafo anterior. Usted es responsable de informar a esta oficina si tiene un cambio en la cobertura de su seguro antes de su cita.

## TARIFAS HABITUALES Y ADUANERAS

Nuestra práctica está comprometida en brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes y cobramos lo habitual y acostumbrado en nuestra zona. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas habituales y habituales de cualquier compañía de seguros.

**PACIENTES ADULTOS** Los pacientes adultos son responsables del pago total al momento del servicio.

**PACIENTES MENORES** El adulto que acompaña a un menor y los padres (o tutores del menor) son responsables del pago total. Para los menores no acompañados, se negará el tratamiento que no sea de emergencia a menos que los cargos hayan sido autorizados previamente para ser aprobados por Visa / MasterCard, American Express, Discover, Care Credit, o se haya verificado el pago en efectivo o cheque al momento del servicio.

**NOMBRAMIENTOS PERDIDOS** Le pedimos respetuosamente que nos avise con un mínimo de 48 horas de anticipación para cancelar o reprogramar su cita. Ayúdenos a brindarle un mejor servicio cumpliendo con las citas programadas.

### AUTORIZACIÓN:

Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen prestado a mí o a mi hijo durante el período de dicho cuidado dental a terceros pagadores y / o profesionales de la salud. Autorizar y solicitar a mi compañía de seguros que pague directamente al dentista (si mi seguro lo permite) o al grupo dental. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente al dentista (si mi seguro lo permite) o al grupo dental beneficios del seguro pagaderos de otro modo a mí. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes. Autorizo mi información de pago personal (cheques o tarjetas de crédito utilizadas para realizar pagos en su cuenta), que se mantendrá en el archivo, si necesario, para restituir cualquier saldo vencido de más de 60 días. Le doy mi permiso a usted o su cesionario, para llámeme a casa o al trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario. Acepto que me tomen fotos para utilizarse para educación, formación y / o marketing. He leído las condiciones de tratamiento y pago anteriores y acepto a su contenido.

---

Firma del paciente, padre o tutor

---

Fecha

---

Relación con el paciente: