



Let Us Make Your Smile Complete You!

Allie Tran, D.D.S., P.C. / Selina Tran, D.M.D., P.C. / Travis T. Le, D.D.S., P.C.

6134-M Arlington Blvd. Falls Church, VA 22044

Tel. (703) 237-4521 · Fax: (703) 237-4679

www.CompleteDentalVA.com

Información Sobre el Paciente

Nombre: Segundo Nombre: Apellido:

Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal:

Teléfono de la casa: Trabajo Celular

Sexo: Hombre Mujer Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

Fecha de Nacimiento: Mes: Día: Año: Soc. Sec. #

Correo Electrónico: Podemos mandarle cartas e información sobre servicios nuevos? Si No

Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Retirado Estudiante: Tiempo Completo Medio Tiempo

Nombre y número telefónico de su farmacia:

A quien le tenemos que agradecer por haberlo referido a nuestra oficina?

Persona Responsable/ Asegurado (La persona responsable es el individuo responsable de la cuenta o Asegurado)

Nombre del asegurado/persona responsable:

Relación con el paciente: Uno mismo Esposo/a Hijo/a Otro:

Soc. Sec. # (Si es diferente al de arriba): Fecha de nacimiento (Si es diferente de arriba): Mes: Día: Año:

Empleador: Compañía de seguro:

Dirección: Dirección:

Ciudad, Estado, Código postal: Ciudad, Estado, Código postal:

Teléfono del trabajo # Teléfono del seguro:

Tiene usted seguro secundario? Si No No. de Grupo: ID No.:

En el caso que su seguro no cubra todos los costos, podemos usar su tarjeta de crédito, Si está de acuerdo, hable con la recepcionista para más información.

Consentimiento

El que firma autoriza al doctor a tomar radiografías, modelos, fotografías o cualquier otra ayuda que estime apropiada para mejor diagnosticar mis necesidades dentales. También autorizo al doctor a que ejecute todo el tratamiento que ambos hemos aceptado y a que el doctor escoja y emplee la asistencia que estime necesaria para mejor llevar a cabo el tratamiento. Yo entiendo que es mi responsabilidad el pago de los servicios dentales practicados en esta oficina en mi o en mis dependientes, al mismo tiempo que los servicios son efectuados, a menos que otros arreglos se hayan hecho. Yo entiendo que si mi cuenta esta vencida, cargos de colección serán agregados a mi cuenta. Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar a su oficina de cualquier cambio en la información contenida en esta forma. Yo entiendo que habrá un cargo de \$50.00 por citas no cumplidas o por cancelaciones hechas con menos de 48 horas de anticipación, si la oficina piensa que es necesario. Yo entiendo que las formas de seguros son mandadas como un servicio a los pacientes, pero si la compañía de seguro no paga lo que se había calculado, el balance que quede será responsabilidad del paciente. Autorizo a esta oficina para que obtenga información de mi doctor sobre mi persona o mi dependiente. Entiendo que esta información se mantendrá en forma confidencial. Autorizo pagos de beneficios dentales a Complete Dental (Allie Tran, D.D.S., Selina Tran, D.M.D., Dr. Travis Le D.D.S. Se me ha mostrado una copia del Complete Dental Notice of Privacy Practices y entiendo que puedo solicitar una copia. Doy el consentimiento para utilizar mi información de salud para el tratamiento y operaciones relacionada al mismo, así como actividades de pago (esta información está protegida).

Firma del Paciente, Padre o Persona Responsable

Fecha

INFORMACION MEDICA

Nombre _____ Date _____

Fecha de su último examen medico: _____ Tipo de examen: _____

Ha estado hospitalizada en los últimos 5 años? (circule una) NO SI , explique: _____

Está recibiendo algún tipo de tratamiento médico? NO SI si SI,, explique _____

Por favor provea el nombre y número de teléfonos de sus Doctores: _____

1. _____

Para las siguientes preguntas circule Si o No. Su respuesta es para nuestros archivos y será confidencial. Por favor note que durante su visita inicial le serán echa algunas preguntas. Nuestro personal puede hacerle preguntas adicionales en referente a su salud.

Murmullo en el Corazón	No	Si	Psicosis	No	Si
Anemia	No	Si	Dolor en los ganglios linfáticos	No	Si
Diabetes	No	Si	Biopsias	No	Si
Epilepsia	No	Si	Problemas de cicatrización de llagas en la boca	No	Si
Hepatitis	No	Si	Otras infecciones	No	Si
Fiebre reumatica	No	Si	Enfermedades recurrentes	No	Si
Asma	No	Si	Reemplazo de articulaciones	No	Si
VIH positivo o problemas relacionados	No	Si	Glaucoma	No	Si
Enfisema u otros problemas respiratorios	No	Si	Sangrado anormal (hemorragias)	No	Si
Condicion anormal del Corazon	No	Si	Problemas del hígado (incluyendo ictericia)	No	Si
Enfermedad renal	No	Si	Perdida o aumento de peso	No	Si
Cirugía, infarto u enfermedades del Corazón	No	Si	Sensibilidad al latex	No	Si
Enfermedades venereas	No	Si	Infecciones por el VIH	No	Si

Necesita usted ser premedicada antes de cualquier tratamiento dental? No Si

Mujer: está embarazada? No Si
 Si no, está usted planeando embarazarse? No Si
 Esta usted dando de lactar? No Si
 Esta usted tomando pastillas anticonceptivas? No Si

Presión arterial anormal? (Por favor seleccione) No Si
 Cuál es su presión usualmente: S/D

Es usted alérgica o ha tenido alguna reacción alérgica a:

- Anestesia local..... No Si
- Penicilina u otro antibiótico.....No Si
- Otros..... No Si
- Codeína, Valium u otro Sedante..... No Si
- Aspirina..... No Si

Es usted fumador? No Si
 Cuanto fuma al día? _____

Por favor escriba los medicamentos que toma actualmente:

Yo entiendo que la información anterior es necesaria para proveerme un tratamiento dental seguro y de una manera eficiente. Yo respondí todas las preguntas de acuerdo a mi conocimiento, Si el Doctor necesita información adicional, tiene mi autorización de preguntar a mi proveedor de atención medica; quien podrá proveer la información necesaria. Yo les notificare de cambios en mi salud y en mis medicamentos.,

Nombre del Paciente

Firma del paciente

Fecha

Nombre del Doctor

Firma del Doctor

Fecha



Allie Tran, D.D.S., P.C. / Selina Tran, D.M.D., P.C. / Travis T. Le, D.D.S., P.C.

6134-M Arlington Blvd. Falls Church, VA 22044

Tel. (703) 237-4521 · Fax: (703) 237-4679

www.CompleteDentalVA.com

Consentimiento para su tratamiento

Lo que a Ud. se le está pidiendo firmar es la confirmación que hemos conversado **a cerca del propósito de su tratamiento** dental, los riesgos conocidos con el tratamiento dental, y **los tratamientos alternativos**, y se le ha dado la oportunidad de **hacer sus preguntas** y todas han sido contestadas satisfactoriamente a su entendimiento. Por favor lea esta forma cuidadosamente antes de firmarla y pregunte acerca de lo que Ud. no entienda, Mi firma en esta forma certifica que:

1. Fui informado y entiendo que la practica dental no es una ciencia exacta, **ninguna garantía** puede ser hecha respecto del tratamiento protésico o cirugía, debido a la condición clínica de cada individuo. En la mayoría de los casos los resultados del tratamiento son satisfactorios.
2. Entiendo que condiciones o **circunstancias imprevistas pueden aparecer** durante el curso del tratamiento y que un tratamiento no especificado en el plan puede ser necesario. **Seré advertido de algún tratamiento adicional y el costo estimado** requerido.
3. Entiendo que el estimado que me han dado es para un tratamiento normal y usual. Comprendo que si mi tratamiento requiere tratamiento extra, procedimientos adicionales o trabajo de laboratorio adicional, Habrá precios adicionales relacionados con el tiempo y tratamiento adicional. Un usual y normal tratamiento consiste en 1 o 2 pruebas de la restauración y hasta 5 ajustes después de la instalación.
4. Entiendo que **Dra. Allie / Selina Tran y/o Dr. Trung Le** ha examinado cuidadosamente mi boca. Las alternativas al tratamiento escogido han sido explicados. He sido informado y entiendo la naturaleza y finalidad del procedimiento dental. Entiendo los procedimientos necesarios como complemento al tratamiento dental y fabricación de las prótesis.
5. He sido informado de los **posibles riesgos** y complicaciones en relación a la cirugía, medicación y anestesia que incluyen pero no solamente: dolor, inflamación, infección, descoloración, inflamación de una vena, daño al diente presente, fractura de hueso, perforación del seno, demora en la cicatrización y reacción alérgica a la medicación prescrita. Adormecimiento del labio, lengua mejía o inclusive del diente puede ocurrir, y el tiempo que dure no es exacto y puede ser irreversible.
6. He sido informado de los posibles riesgos y complicación relacionado con el tratamiento dental que incluyen pero no solamente: Tratamiento de canal, fractura del diente o raíces, fractura de la porcelana o acrílico, pérdida de cemento, caries alrededor de la restauración y posible pérdida del diente. Entiendo que estas complicaciones pueden necesitar tratamiento posteriormente.
7. Entiendo **que si no procede con nada**, alguno de los siguientes puede ocurrir: pérdida de dientes, pérdida de hueso, inflamación de las encías, infección, caries, sensibilidad, aflojamiento de dientes, seguido de la necesidad de una extracción, fractura de dientes y/o raíces, dificultades para masticar o hablar. También posibles son problemas de la articulación temporomandibular, dolores de cabeza, dolores irradiados a la espalda y el cuello y los músculos faciales, y músculos cansados al masticar.
8. Dra. Allie /Selina Tran y/o Dr. Trung Le, han explicado que no hay método preciso para determinar el tratamiento dental ideal debido a la gran variación de dientes, encías, fuerzas masticatorias y la higiene oral. Ha sido explicado que en algunas circunstancias el tratamiento dental puede no ser exitoso.
9. Estoy de acuerdo **en seguir la instrucciones de los cuidados en casa** que me han dado. Estoy de acuerdo en reportarme con las Dras. Allie / Selina Tran y/o Dr. Trung Le para un examen regular como está indicado y entiendo que esta oficina monitoreara mi progreso al menos que sea advertido de ver a un especialista.
10. Bajo mi conocimiento, he dado un reporte de mi historia física y mental, he informado también de alguna **reacción alérgica previa**, a los medicamentos, comida, picadura de mosquitos, anestésicos, polen, polvo, alguna enfermedad de la sangre o cuerpo, encía o reacción de la piel, sangrado anormal, y alguna otra condición relacionada a mi salud.
11. Consiento que la **fotografía y rayos X** del procedimiento a seguir, sean hechos por el personal de la oficina Dental pero mi identidad no sea revelado.
12. Entiendo que cualquier tratamiento dental, mis dientes, encía o hueso puede ser afectado por bacteria y debo hacer lo mejor para remover la placa bacteriana de todas las superficies de mis dientes todos los días. **Si no limpio mis dientes** y/o implantes propiamente, puede reaparecer caries y/o enfermedad de la encía y mi tratamiento puede fallar.

Nombre del paciente _____

Firma del paciente o Apoderado _____ Fecha _____

Testigo _____