

# Bienvenido



## All Care Dental

Nos complace darle la bienvenida a nuestra práctica. Por favor tómese unos minutos para llenar este formulario tan completamente como sea posible. Si tiene alguna pregunta estaremos encantados de ayudarle. Esperamos con interés trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental.

### Registro de Pacientes

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Medio Initial \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_ Conductor Lic # : \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
(Hombre / Mujer) (Casado , Soltero , Divorciado , Menor)  
Empleado por: \_\_\_\_\_  
Cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
( Nombre Completo ) (Cónyuge)  
Referido por: \_\_\_\_\_

### Información de Contacto

Inicio #: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico : \_\_\_\_\_  
¿Cómo supiste de nosotros?: \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia : \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
(Nombre Completo)  
Relación: \_\_\_\_\_

### Seguro Dental

Responsable de la Cuenta: \_\_\_\_\_  
(Nombre Completo)  
Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Suscriptores : \_\_\_\_\_  
Número de grupo : \_\_\_\_\_ Suscriptores Soc . Sec #: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del suscriptor : \_\_\_\_\_ Última visita dental : \_\_\_\_\_

### Reconocimiento de Ingresos del Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo , \_\_\_\_\_ , he leído una copia de las Prácticas Aviso de Privacidad de esta oficina .

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

# Bienvenido



## All Care Dental

NOMBRE \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DEL MÉDICO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO \_\_\_\_\_ FECHA DE LA ÚLTIMA FÍSICAS \_\_\_\_\_

Muchas enfermedades se diagnostica por primera vez en la boca para NECESITAMOS SABER SI TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES: (Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> AIDS/HIV Positive	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Recent Weight Loss
<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease	<input type="checkbox"/> Drug Addiction	<input type="checkbox"/> Hepatitis B or C	<input type="checkbox"/> Renal Dialysis
<input type="checkbox"/> Anaphylaxis	<input type="checkbox"/> Easily Winded	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Emphysema	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure	<input type="checkbox"/> Rheumatism
<input type="checkbox"/> Arthritis/Gout	<input type="checkbox"/> Epilepsy or Seizures	<input type="checkbox"/> High Cholesterol	<input type="checkbox"/> Scarlet Fever
<input type="checkbox"/> Artificial Heart Valve	<input type="checkbox"/> Excessive Bleeding	<input type="checkbox"/> Hives or Rash	<input type="checkbox"/> Shingles
<input type="checkbox"/> Artificial Joint	<input type="checkbox"/> Excessive Thirst	<input type="checkbox"/> Hypoglycemia	<input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Fainting Spells/ Dizziness	<input type="checkbox"/> Irregular Heartbeat	<input type="checkbox"/> Sinus Trouble
<input type="checkbox"/> Blood Disease	<input type="checkbox"/> Frequent Cough	<input type="checkbox"/> Kidney Problems	<input type="checkbox"/> Spina Bifida
<input type="checkbox"/> Blood Transfusion	<input type="checkbox"/> Frequent Diarrhea	<input type="checkbox"/> Leukemia	<input type="checkbox"/> Stomach Disease
<input type="checkbox"/> Breathing Problems	<input type="checkbox"/> Frequent Headaches	<input type="checkbox"/> Liver Disease	<input type="checkbox"/> Stoke
<input type="checkbox"/> Bruise Easily	<input type="checkbox"/> Genital Herpes	<input type="checkbox"/> Low Blood Pressure	<input type="checkbox"/> Swelling of Limbs
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Lung Disease	<input type="checkbox"/> Thyroid Disease
<input type="checkbox"/> Chemotherapy	<input type="checkbox"/> Hay Fever	<input type="checkbox"/> Mitral Valve Prolapsed	<input type="checkbox"/> Tonsillitis
<input type="checkbox"/> Chest Pain	<input type="checkbox"/> Heart Attack/ Failure	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Cold Sores/Fever Blisters	<input type="checkbox"/> Heart Murmur	<input type="checkbox"/> Pain in Jaw Joints	<input type="checkbox"/> Tumor or Growths
<input type="checkbox"/> Congenital Heart Disorder	<input type="checkbox"/> Heart Peacemaker	<input type="checkbox"/> Parathyroid Disease	<input type="checkbox"/> Ulcers
<input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="checkbox"/> Heart Trouble/Disease	<input type="checkbox"/> Psychiatric Care	<input type="checkbox"/> Venereal Disease
<input type="checkbox"/> Cortisone Medicine	<input type="checkbox"/> Hemophilia	<input type="checkbox"/> Radiation Treatments	<input type="checkbox"/> Yellow Jaundice

<u>MEDICAMENTOS</u>	<u>ALERGIAS</u>
_____	<input type="checkbox"/> Aspirin
_____	<input type="checkbox"/> Penicillin
_____	<input type="checkbox"/> Codeine
_____	<input type="checkbox"/> Acrylic
_____	<input type="checkbox"/> Latex
_____	<input type="checkbox"/> Metal
_____	<input type="checkbox"/> Local Anesthetics
_____	<input type="checkbox"/> Sulfa Drugs
_____	<input type="checkbox"/> OTRA _____

<u>Mujeres :</u>
<input type="checkbox"/> Embarazada
<input type="checkbox"/> Tratando de quedar embarazada
<input type="checkbox"/> Enfermería
<input type="checkbox"/> Tomar anticonceptivos orales

1. ¿Está tomando anticoagulante (Coumadin )? \_\_\_\_\_

2. ¿Está usted actualmente tomando medicación para hueso blando (osteoporosis ) ( Fosamax )? \_\_\_\_\_

3. ¿Fuma /Mastiqua o usar cualquier forma de tabaco? \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Padre o Tutor si el paciente es menor de edad

# Bienvenido



All Care Dental

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Medicamentos y Terapia - Entiendo que los antibióticos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). Los analgésicos pueden causar pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua, y el tejido circundante (parestesia) que puede durar por un período indefinido de tiempo (días o meses) .

Iniciales \_\_\_\_\_

Los cambios en el plan de tratamiento - Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentran mientras se trabaja en los dientes que no fueron descubiertos durante el examen , la terapia de conducto radicular ser más común después de los procedimientos de restauración de rutina. Doy permiso al dentista para hacer cualquier / todos los cambios y adiciones que sean necesarias.

Iniciales \_\_\_\_\_

La eliminación de los dientes - Alternativas a la eliminación se han explicado a mí (tratamiento de conducto, coronas, cirugía periodontal, etc.). Entiendo que la eliminación de los dientes no siempre remueve toda la infección. Si está presente, puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo los riesgos que implica tener dientes removidos. Algunos de los cuales son dolor, inflamación, diseminación de la infección, la alveolitis, fractura de mandíbula, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua, y el tejido circundante (parestesia) puede durar por un período indefinido de tiempo (días o meses). Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o incluso hospitalización, si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, el costo de que es mi responsabilidad.

Iniciales \_\_\_\_\_

Coronas, puentes, incrustaciones y - Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que se me puede llevara restauraciones temporales, que pueden venir con facilidad y que debo tener cuidado para asegurarse de que se mantienen hasta que se entreguen las coronas permanentes. Me doy cuenta de la última oportunidad de hacer cambios en mi nueva corona, puente, inlay, onlay, o chapa (incluyendo forma, ajuste, tamaño y color) , será antes de la cementación .

Iniciales \_\_\_\_\_

Dentaduras (completas o parciales) - me doy cuenta de que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal, y / o porcelana. Los problemas de los aparatos que usan han sido explicados incluyendo aflojamiento, dolor, y posible rotura. Me doy cuenta de la última oportunidad de hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo forma, ajuste, tamaño, ubicación y color) serán los "dientes en cera " try -in visita. Entiendo que la mayoría de las dentaduras necesitar revisiones y cambios de aproximadamente tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en la cuota inicial de la dentadura.

Iniciales \_\_\_\_\_

El tratamiento endodóntico (Canal Raíz) - Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y que las complicaciones puede ocurrir por el tratamiento, y que los objetos de metal en ocasiones están cementados en el diente o extendida a través de la raíz que no necesariamente afectar el éxito del tratamiento. Yo entiendo que los procedimientos ocasionalmente adicionales pueden ser necesarios después de un tratamiento de conducto.

Iniciales \_\_\_\_\_

# Bienvenido



All Care Dental

Pérdida periodontal (Tissue & Bone) - Entiendo que tengo una enfermedad grave, que causa la inflamación de las encías y el hueso o pérdida y que puede conducir a la pérdida de los dientes. Planes de tratamiento alternativos se han explicado a mí, incluyendo cirugía de las encías, la sustitución y / o extracciones. Entiendo que la realización de cualquier procedimiento dental puede tener efectos adversos para el futuro en mi condición periodontal.

Implantes - Son alternativa permanente para puentes, parciales o dentaduras. Este proceso implica la participación de un cirujano oral. Los honorarios para sus / sus servicios son independientes de nuestra tarifa de servicio. Este proceso implica varios pasos y que podría durar 2-6 meses antes completa (dependiendo del tiempo que se necesita de curación). Al igual que con las coronas, los colores pueden no coincidir perfectamente con los dientes naturales.

Iniciales \_\_\_\_\_

Sedantes Rellenos - empastes sedantes son temporalmente. Se colocan si se sospecha cerca de caries exposición del nervio. Si el diente se vuelve sintomática después de 4-6 semanas, es probable que el diente necesitará un tratamiento de conducto o puede que tenga que ser extraído. El diente es asintomático después de 4-6 semanas, que la raíz no ha sido expuesto. El relleno sedante permite el diente para acostó dentina reparativa y será permitir al médico para eliminar el deterioro y restaurar el diente.

Iniciales \_\_\_\_\_

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que los profesionales de renombre, por lo tanto no puede garantizar adecuadamente los resultados. Reconozco que hay garantía o seguridad se ha hecho por cualquier persona en relación con el tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y es individualmente responsable de la atención dental prestado a mí. También entiendo que ningún otro dentista que no sea el Dr. Alsamaan es responsable de mi tratamiento dental.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Médico / Firma \_\_\_\_\_