



**THOMAS F. BROWN, DDS**  
FAMILY & SEDATION DENTISTRY

## Uso de la foto Formulario de liberación

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente otorgo y autorizo a **Thomas F. Brown, DDS** el derecho de tomar, editar, alterar, copiar, exhibir, publicar, distribuir y hacer uso de todas y cada una de las fotografías o videos tomados de mí para ser utilizados en y /o para materiales legalmente promocionales que incluyen, entre otros, boletines, volantes, carteles, folletos, anuncios, cartas de recaudación de fondos, informes anuales, kits de prensa y envíos a periodistas, sitios web, sitios de redes sociales y otras comunicaciones impresas y digitales, sin pago ni ninguna otra contraprestación. su autorización continuará indefinidamente, a menos que yo revoque dicha autorización por escrito.

Entiendo y acepto que estos materiales pasarán a ser propiedad de **Thomas F. Brown, DDS** y no serán devueltos.

Por la presente eximo de responsabilidad y libero a **Thomas F. Brown, DDS** de toda responsabilidad, petición y causa de acción que yo, mis herederos, representante, albaceas o cualquier otra persona podamos hacer mientras actúo en mi nombre o en mi nombre de mi bienes.

**Nombre (paciente O padre/tutor, si es menor de edad)**

**Firma**

**Fecha**

Por la presente rechazo el permiso y consentimiento para el uso de fotografías ¿



**THOMAS F. BROWN, DDS**  
FAMILY & SEDATION DENTISTRY

### **Política financiera**

Nuestro consultorio acepta el pago total de todos los servicios en la fecha del servicio

Si el seguro del paciente no ha pagado dentro de los 90 días posteriores al tratamiento, el paciente ser responsable del pago completo. En tales casos, nuestra oficina ayudará a volver a presentar todas las reclamaciones y apelaciones.

Gracias por su comprensión.

**Firma del paciente (padre/tutor, por favor firme para menor):** \_\_\_\_\_

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

### **Cita perdida y política de cancelación**

Entendemos que los horarios cambian. Si no puede asistir a una cita programada, le rogamos que avise a nuestra oficina con 48 horas de anticipación para asegurarse de que no se le cobre una tarifa de cancelación.

**\*\*Si se da un aviso de menos de 48 horas para cancelar una cita, se le cobrará una tarifa de cancelación estándar\*\* .**

Para su referencia, se aplicará un cargo por cancelación a su cuenta en caso de que se produzca una cancelación/ausencia de una cita fuera de las 48 horas permitidas. **\$50 para citas de higiene, \$100 para terapia periodontal, y una tarifa del 10% de cualquier tratamiento programado con un médico.**

Tenga en cuenta: no aceptamos mensajes de voz ni ningún otro mensaje dejado, en caso de que necesite realizar cambios en su cita programada. (por ejemplo, cancelaciones o reprogramaciones). Debe llamar durante el horario comercial habitual para hablar con un profesional administrativo sobre cualquier cambio en su cita. Le agradecemos de antemano su cooperación.

**Firma del paciente (padre/tutor por favor firme para menor):** \_\_\_\_\_

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



## Reconocimiento de HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos se me otorgan en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, lo autorizo a usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto por parte de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento)
- Obtener pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros)
- Las operaciones diarias de atención médica de su práctica

También se me informó y se me otorgó el derecho de revisar y obtener una copia de su Aviso de prácticas de privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica protegida. y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo comunicarme con usted en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usa y divulga mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica, pero que no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si está de acuerdo, está obligado a cumplir con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que haya ocurrido antes de la fecha en que revoqué este consentimiento no se ve afectado.

**Por favor enumere las personas autorizadas** con quien podemos discutir su información de salud protegida (PHI) además de los padres con custodia y tutores legales: (ejemplo: John Doe (212-555-1212) Nombre: Número de teléfono

Nombre \_\_\_\_\_ :

Número \_\_\_\_\_ de teléfono \_\_\_\_\_

**Marque todo lo que corresponda:** Puede comunicarse con al número de teléfono de mi casa Puede comunicarse conmigo al número de teléfono móvil Puede comunicarse conmigo al número de teléfono de mi trabajo Puede enviarme un correo electrónico

Otro: \_\_\_\_\_

**Firma del paciente (padre/tutor, por favor firme como menor):**



**THOMAS F. BROWN, DDS**  
FAMILY & SEDATION DENTISTRY

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



## **Consentimiento para procedimientos dentales generales**

Usted, el paciente, tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento dental recomendado por su dentista. Antes de asesorar sobre el tratamiento, debe considerar detenidamente los beneficios previstos y los riesgos comúnmente conocidos del procedimiento recomendado, los tratamientos alternativos o la opción de no recibir tratamiento.

No dé su consentimiento para el tratamiento a menos y hasta que discuta los posibles beneficios, riesgos y complicaciones con su dentista y se respondan todas sus preguntas. Al dar su consentimiento para el tratamiento, está reconociendo su voluntad de aceptar los riesgos y complicaciones conocidos, sin importar cuán pequeña sea la probabilidad de que ocurra.

Es muy importante que proporcione a su dentista información precisa 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 remisiones a otros dentistas o especialistas y el regreso a las citas programadas. Si no sigue los consejos de su dentista, puede aumentar las posibilidades de un mal resultado.

Ciertas afecciones cardíacas pueden crear un riesgo de complicaciones graves o fatales. Si usted (o un paciente menor de edad) tiene una afección cardíaca o un soplo cardíaco, informe a su dentista de inmediato para que pueda consultar con su médico si es necesario.

El paciente es una parte importante del equipo de tratamiento. Además de cumplir con las instrucciones que le dé este consultorio, es importante que reporte cualquier problema o complicación que tenga para que pueda ser atendida por su dentista. Si es una mujer que toma medicamentos anticonceptivos orales, debe considerar el hecho de que los antibióticos pueden hacer que los anticonceptivos orales sean menos efectivos. Consulte con su médico antes de depender de medicamentos anticonceptivos orales si su dentista los prescribe o si está tomando antibióticos.

Además, entiendo que entro en una relación contractual con el Dr. Thomas Brown para recibir atención profesional. Además, entiendo que las reclamaciones sin mérito y frívolas por negligencia dental tienen un efecto adverso sobre el costo y la disponibilidad de la atención dental, y pueden causar daños irreparables a un proveedor dental. Como contraprestación adicional por la atención profesional que me brindó el Dr. Thomas Brown, acepto no presentar, directa o indirectamente, ningún reclamo falso, sin mérito y/o frívolo por negligencia médica/dental contra el Dr. Thomas Brown.

Además, en caso de que se inicie o prosiga un caso de negligencia dental o una causa de acción, acepto utilizar testigos expertos que ejerzan principalmente en la misma especialidad que el Dr. Thomas Brown. Además, acepto que estos testigos expertos serán miembros acreditados y cumplirán las pautas y/o el código de conducta diseñado para testigos expertos por la Asociación Dental Estadounidense. En consideración adicional por esto, el Dr. Thomas Brown está de acuerdo con las mismas estipulaciones.



Reconozco que los daños monetarios pueden no proporcionar un remedio adecuado por el incumplimiento de este acuerdo. Tal incumplimiento puede resultar en un daño irreparable a la reputación y el negocio del médico. Tanto el Dr. Thomas Brown como yo acordamos, en caso de incumplimiento, permitir el cumplimiento específico y/o medidas cautelares.

Al igual que con todos los tratamientos de atención médica, existen riesgos comúnmente conocidos y posibles complicaciones asociadas con el tratamiento dental. Nadie puede garantizar el éxito del tratamiento recomendado, o que no experimentará una complicación o un resultado menos que óptimo. Aunque muchas de estas complicaciones son raras, pueden ocurrir y ocurren ocasionalmente.

Algunos de los riesgos y complicaciones del tratamiento más comúnmente conocidos incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Dolor, hinchazón y molestias después del tratamiento
2. Infección que requiere medicación, procedimientos de seguimiento u otro tratamiento Dolor,
3. entumecimiento temporal o, en raras ocasiones, permanente , hormigueo o sensación alterada de los labios, la cara, el mentón, las encías y la lengua junto con la posible pérdida del gusto.
4. Daño a dientes, restauraciones o encías adyacentes
5. Posible deterioro de su condición que puede resultar en la pérdida de dientes
6. La necesidad de reemplazar restauraciones, implantes u otros aparatos en el futuro
7. Una mordida alterada que necesita ajuste
8. Posible lesión en la articulación de la mandíbula y estructuras relacionadas que requiere atención de seguimiento y tratamiento o consulta con un especialista dental
9. Es posible que quede en su cuerpo la punta de una raíz, un fragmento óseo o una pieza de un instrumento dental que deba extraerse más adelante si se presentan síntomas Fractura de la mandíbula
10. dañados
11. Si los dientes superiores estántratado, existe la posibilidad de una infección sinusal o una abertura entre la boca y la cavidad sinusal que provoque una infección o la necesidad de un tratamiento adicional.
12. Reacción alérgica al anestésico oa la medicación.
13. Necesidad de tratamiento de seguimiento, incluida la cirugía.

El objetivo de este formulario es brindarle una descripción general de los posibles riesgos y complicaciones. No firme este formulario ni acepte el tratamiento hasta que haya leído, entendido y aceptado cada párrafo mencionado anteriormente. Discuta los posibles beneficios, riesgos y complicaciones del tratamiento recomendado con su dentista. Asegúrese de que su dentista haya abordado todas sus inquietudes a su entera satisfacción antes de comenzar el tratamiento.

**Nombre del paciente en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente (padre/tutor legal, firme como menor):** \_\_\_\_\_



**THOMAS F. BROWN, DDS**  
FAMILY & SEDATION DENTISTRY

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



**Información general:**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Apellido nombre                      Primer nombre                      Nombre preferido

Título: \_\_\_\_\_ Sexo: M o F    Estado familiar: Casado Hijo Otro  
Sr./Sra./Sra./etc.

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_

Licencia de conducir #: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Casa                      Móvil                      Trabajo

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

**¿Quién es responsable de la cuenta?**

\_\_\_\_\_

**Si se considera que el paciente es menor de edad menor de 18 años):**

**Relación con el paciente:** Padre/tutor    Persona responsable de la cuenta familiar: (Indique la relación) \_\_\_\_\_

**Información de contacto de emergencia:**

\_\_\_\_\_  
Nombre                      Número de teléfono                      Dirección

**¿Cómo se enteró de nuestro consultorio dental? Marque uno**

Familiar/amigo/compañero de trabajo	Sitio web del Dr. Brown	Sitio web del seguro dental
Pasar por/Ubicación	Google/Buscar en Internet	Folleto en el correo





Referencia médica	Facebook	Instagram
-------------------	----------	-----------

¿Nombre del amigo, familiar o compañero de trabajo que lo refirió? (¡Nos gustaría agradecerle a él o ella!)

### Información dental

En la escala 1-10 (1-pobre, 10-excelente) ¿cómo calificaría su sonrisa actual? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En la escala 1-10 (1-pobre, 10-excelente) ¿cómo le gustaría que fuera su sonrisa? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? ¿Tiene alguna preocupación inmediata? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Dientes:** ¿Ha experimentado alguno de los siguientes?

Sensibilidad al calor/frío    Sensibilidad a los dulces    Sensibilidad a morder/masticar    Ninguno

### Estética

¿Está interesado en el blanqueamiento? S o N

¿Está interesado en enderezar sus dientes? S o N

¿Ha considerado Botox para relajar las líneas y arrugas faciales? S o N

Si hubiera algo que pudieras cambiar de tu sonrisa, ¿qué sería? (espaciado, alineación, color, etc.)

**En todas las secciones, marque todas las que correspondan a sus**

Ronquidos fuertes

Sensación de cansancio, fatiga o sueño durante el día

Se duerme con facilidad viendo la televisión, como pasajero en el automóvil, sentado o leyendo ¿Alguien ha observado que deja de respirar mientras duerme? Tiene



**THOMAS F. BROWN, DDS**

FAMILY & SEDATION DENTISTRY

o ha recibido tratamiento para la presión arterial alta Tiene 50 años de edad o mayor

¿Le han diagnosticado apnea obstructiva del sueño? (AOS) Actualmente en tratamiento para la AOS

Conoce antecedentes familiares de AOS Usa un CPAP por la noche

Ninguna de las anteriores

Mal aliento

Sangrado o encías adoloridas

Comida atrapada entre los dientes Dientes flojos o cambios en la mordida

Padres con enfermedad de las encías o pérdida de dientes

Herpes labial, ampollas o lesiones orales

Ninguna de estas

Mandíbula y ATM

Usa un protector nocturno

Mandíbula cansada, especialmente en la mañana Apretar/rechinar mientras duerme o está despierto

Morderse las mejillas o los labios con regularidad

Chasquido o chasquido de la mandíbula

Dolor en la articulación de la mandíbula, oído, o un lado de la cara Dificultad para abrir o cerrar la boca

Dolores de cabeza, de cuello o de hombros Dolores musculares en el cuello, los hombros o la cara ¿

Ha buscado tratamiento para el dolor de la ATM anteriormente?

¿Alguien te ha observado rechinar los dientes mientras dormías?

Ninguno de estos

**Por favor marque todo lo que corresponda Condiciones médicas:**

Anemia      Angina      Articulaciones artificiales

Historia de accidente cerebrovascular      VIH      Ictericia      Enfermedad renal

Problema de la tiroides      Tuberculosis      Tumores      Úlceras

En caso afirmativo, indique la fecha de la cirugía:

Asma

Autoinmune Enfermedad de la sangre Diluyente de la sangre      Cáncer

Cong. Insuficiencia cardíaca      Diabetes

Epilepsia

Sangrado excesivo      Desmayo

Glaucoma      Lesiones en la cabeza      Enfermedad cardíaca      Soplo cardíaco      Hepatitis

Presión arterial alta

Enfermedad del hígado

Presión arterial baja      Lupus

Trastorno mental Dolores de cabeza por migraña      Trastornos nerviosos de la válvula mitral

Osteoporosis      Marcapasos      Tratamiento de radiación      Pérdida de peso rápida

Problemas respiratorios      Fiebre reumática      Reumatismo      Convulsiones

Enfermedad de células falciformes



**THOMAS F. BROWN, DDS**

FAMILY & SEDATION DENTISTRY

Problemas de los senos paranasales  
Enfermedad venérea Otro: \_\_\_\_\_

Medicamentos previos  
Amoxicilina Clindamicina  
Otro: \_\_\_\_\_

Alergia  
Aspirina Látex Codeína  
Eritromicina Penicilina Fiebre del heno Sulfa  
Otro: \_\_\_\_\_

### **Responda lo siguiente**

¿Ve a un médico para exámenes físicos anuales?  
Aproximadamente, ¿cuándo fue su último examen físico?

¿Ha sido hospitalizado, ha tenido alguna cirugía importante, enfermedad o diagnóstico en los últimos dos años? En caso afirmativo, explique ¿

Tiene antecedentes de cirugías cardíacas o afecciones cardíacas? En caso afirmativo, explique.

Enumere CUALQUIER medicamento que esté tomando actualmente. (\*incluidos CUALQUIER medicamento previo\*)

### **\*OBLIGATORIO (paciente O padre del menor)**

**\*¿Ha habido algún cambio en su historial médico desde su última visita al dentista?**  
En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento anticoagulante?  
No, no lo estoy  
Warfarina/Coumadin  
Plavix  
Otro: \_\_\_\_\_  
Diariamente Aspirina  
Xarelto  
Pradaxa

¿Está tomando o ha tomado algún medicamento para la pérdida ósea? Si o No En caso afirmativo, indique: ¿ \_\_\_\_\_

Ha tomado algún medicamento recetado para bajar de peso en el pasado? Si o No En caso afirmativo, por favor enumere: ¿ \_\_\_\_\_



**THOMAS F. BROWN, DDS**  
FAMILY & SEDATION DENTISTRY

Ha tenido su corazón examinado en el pasado? Si o No

¿Utiliza algún producto de tabaco? (Cigarrillos, puros, etc.) Si o No Si es diabético, ¿cuáles son sus niveles más recientes de glucosa en sangre y HbA1c?

**\*Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**\*Firma:** \_\_\_\_\_

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

**PARA MUJERES: ¿**

Estás embarazada o podrías estarlo? Si o No ¿Está amamantando actualmente? Si o No



## dental asistencia?

Los beneficios dentales **NO** realmente *un seguro* en el sentido clásico.

*Si tiene otras necesidades además de limpiezas saludables, su atención **requerirá** una inversión más allá de lo que cubrirá su “seguro”. Sus beneficios lo ayudarán a mantener su salud dental, pero nunca fueron diseñados para ser todo lo que necesita.*

No es noticia que los empleadores hayan reaccionado ante los crecientes costos de los beneficios de atención médica buscando cuidadosamente las pólizas que ofrecen a sus empleados. Los beneficios han bajado, las restricciones y exclusiones han subido. Nuestros pacientes comparten su frustración resultante con nosotros todos los días. A la frustración se suma el hecho de que los beneficios dentales a menudo se presentan como comparables a otros tipos de seguros. “Seguro”, por definición, es protección contra pérdidas impredecibles o catastróficas. específicamente *excluyen* las necesidades extraordinarias. Las cosas que se ofrecen como beneficios no solo son predecibles, sino esperadas, como exámenes de rutina, radiografías, limpiezas saludables, etc. Además, las pólizas que ofrecen un beneficio para otros servicios comunes, como coronas y tratamiento para la enfermedad de las encías, brindan a un porcentaje mucho más bajo del costo real de brindar esa atención, y con un límite bajo en dólares por año. Su plan de beneficios dentales es un excelente programa de asistencia de mantenimiento que lo ayudará a proteger su inversión en su salud dental, ¡y nos complace que tenga esa asistencia!

Otra tergiversación común es que el “seguro” dental cubre todas las cosas que necesita. Creemos que esto puede ser un peligro para su salud, porque implica que *si no está cubierto, no lo necesita*. Las compañías de seguros están en el negocio para ganar dinero. Esto no es ningún secreto y no es malo o incorrecto. Su responsabilidad para con sus accionistas es proporcionar los beneficios que puedan y al mismo tiempo generar ganancias dentro de la inversión que su empleador ha decidido hacer en salud dental. No puede contar con un plan de beneficios dentales para determinar lo que necesita; esa es tu responsabilidad. Es nuestra responsabilidad asesorarte respecto a tu salud. El hecho es que, a menos que tenga una excelente salud dental, sus necesidades requerirán que haga una inversión.

Invertimos en lo que valoramos. Las mejoras en el hogar, la educación, las vacaciones, son todos ejemplos de cosas por las que pagamos, por elección, porque las valoramos. No pretendemos saber dónde encaja la salud dental en su sistema de valores. Eso es para que usted decida. Es importante para nosotros que sepa que creemos que vale la pena la inversión, y trabajaremos con su plan de beneficios para asegurarnos de que reciba los máximos beneficios para ayudarlo a mantener su salud.



**THOMAS F. BROWN, DDS**  
FAMILY & SEDATION DENTISTRY

**Trabajamos y agradecemos CUALQUIER pregunta sobre su plan de beneficios dentales**

Thomas F. Brown DDS & Associates | 1807 S. Washington St #107 Naperville, IL 60565 |  
630-369-3120