



# COMPTON DENTAL

— Family and Cosmetic Dentistry

ALEX COMPTON, DMD

215 S Broad St Albertville, AL 35950

## Informacion de Paciente:

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Soc. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Casa: \_\_\_\_\_  
Dirreccion: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_  
Sexo: M H Estado Civil: Solerto (a) Casado (a) Pareja Domestica Divorciado Viudo (a)  
Empleo: \_\_\_\_\_ Numero de Empleo: \_\_\_\_\_  
Dirreccion de Empleo: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_  
Como te enteraste de nosotros? \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergenica: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

## Seguro Dental Primario:

Persona Responsable de Cuenta: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Soc: \_\_\_\_\_  
Dirreccion: \_\_\_\_\_ Numero de Casa: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Empleo: \_\_\_\_\_ Numero de Empleo: \_\_\_\_\_  
Dirreccion de Empleo: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_  
Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_  
Dirreccion de Seguro: \_\_\_\_\_  
Numero de I.D.# \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

## Seguro Dental Secundario

Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Soc: \_\_\_\_\_  
Dirreccion: \_\_\_\_\_ Numero de Casa: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Asegurado empleado por: \_\_\_\_\_ Numero de Empleo: \_\_\_\_\_  
Dirreccion de Empleo: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_  
Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_  
Dirreccion de Seguro: \_\_\_\_\_  
Numero de I.D.# \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_



**Historial Dental**

Dentista anterior \_\_\_\_\_ Fecha de las ultimas radiografias \_\_\_\_\_

Ciudad e Estado \_\_\_\_\_ Que frecuente usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

Fecha de Ultima Visita \_\_\_\_\_ Con que frecuencia se cepilla? \_\_\_\_\_

Por favor marque todos los que apliquen

- |                                   |                                 |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Mal aliento                       | dientes flojos o rellenos rotos | sensibilidad a los ducles       |
| Sangrado de las encias            | tratamiento de ortodonica       | sensibilidad al morder          |
| Ampollas en labios/boca           | dolor alrededor de la oreja     | Dolores de cabeza frecuentes    |
| Morderse las unas                 | tratamiento periodontal         | lesion en la mandibula o cuello |
| Rechinar los dientes              | sensibilidad al frio            | dificultad de la mandibula      |
| Mordese los labios o las mejillas | sensibilidad al calor           | dolor de muelas/dientes         |

**Historial Medico:**

Nombre de Medico \_\_\_\_\_ Fecha de Ultima Vistia \_\_\_\_\_

Si No

1. Esta acualmente bajo tratamientos medicos?
2. Alguna vez ha tenido alguna enfermedad o operacion grave?
3. Esta tomando algun medicamento?  
Si es asi, por favor describa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Usted fuma?
5. Usa alcohol, cocaina, o otras drogas?
6. Usa lentes de contacto?
7. Alguna vez ha tenido alguna reaccion alergica a los siguientes?  
Anesteticos locales ( novocaina )  
Penicilina o otros antibioticos  
Sulfonamidas  
Pastillas para dormir



Sedantes

Latex

Yodo

Aspirina

Otros

8. (Solamente Mujeres) Estas:

Embarazada

Lactando

Tomando pastillas anticonceptivas

**Por favor marque todos los que apliquen**

SIDA	enfisema	marcapasos cardiaco
Anemia	epilepsia	atencion psiquiatrica
Artritis/reumstismo	desmayo	tratamiento de radiacion
Valvulas cardiacas artificiales	glaucoma	enfermedad respiratoria
Articulaciones artificiales	Dolores de cabeza	fiebre reumatica
Asma	soplo cardiac	escarlatina
Problemas de espalda	problemas de Corazon	dificultad para respirar
Sangrado abdominal con extracciones o cirugia	hepatitis – tipo ____	problemas de alergias
Enfermedad de la sangre	herpes	problemas de piel
Cancer	alta presion	accidente cerebrovascular
Dependencia quimica	VIH positive (a)	cuello/ tobillos hinchados
Quimioterapia	ictericia	problemas tiroides
Sindrome de fatiga cronica	dolor de mandibular	amigdalitis
Problemas circulatorios	sensibilidad de latex	tuberculosis
Lesion cardiaca congenital	enfermedad del rinon	tumor o crecimiento en la cabeza
Tratamiento cortisona	enfermedad del higado	ulcera
Tos persistente	baja presion	enfermedad venerea
Diabetes	prolapse de la valvula mitral	

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## Formulario de Autorizacion de la Foto del Paciente

Yo \_\_\_\_\_ presente autorizo a Compton Dental Family and Cosmetic Dentistry o cualquiera de sus asignados a tomar fotografias y videos de la mandibular, mi cara, y mis dientes. Entendio que los diapositivos fotograficas y los videos se usaran para comunicarme con otros proveedores de atencion medica, publicaciones educativas ( revistas dentales) y conferencias educativas. El contenido tambien se puede usar con fines publicitarios ( incluida la publicaciones en el sitio web, publicacion de Facebook, etc. ) Ademas, entiendo que si las fotografias en vivo en videos estan usando alguna publicacion o como parte de la demostracion mi informacion de indentificacion solo podria usarse a menos que lo hagan de manera diferente debajo. No espero compensacion economica o de otro tipo por el uso de estas fotografias. Si estoy firmando este formulario para mi hijo/menor de quien soy legalmente responsable, tambien dare autorizacion para usar la diapositiva o el video de la fotografia de mi hijo/menor en la misma situacion que se indica a continuacion. Si deseo revocaar este consentimiento, puedo haverlo por escrito.

Si el clima esta constantemente en blanco porfavor inicie una opcion:

No me importa si mis fotografias se utilizan en cualquiera de las situaciones mencionadas anteriormente.

Solo acepte que se mostraran mis dientes sin ningun rasgo de identificacion.

Rechazar todo

### Politica de Reprogramacion

Gracias por elegir a Compton Dental Family and Cosmetic Dentistry. Tartar de satisfacer las necesidades individuales de cada paciente en cualquier horario de trabajo puede ser dificil, pero siempre tratamos de hacer nuestro mayor esfuerzo. Trabajamos muy duro paqra cumplir con el cronograma para que el tiempo de espera de nuestros pacientes sea lo minimo posible.

Una cita programada es un compromiso de tiempo entre usted y su practica. Hemos reservado ese tiempo solo para ti. Cuando las citas se cancelan o se reprograman, ese tiempo se pierde permanentemente.

Le pedimos cuando programe una cita que cumpla con su compromise.

En orden para brindar servicios de la mas atla calidad a nuestro paciente, hemos hecho cumplir esta politica de reprogramacion.

Revise el siguiente acuerdo y firme la linea correspondiente para indicar que comprende esta politica.

Como paciente o tutor de un paciente que recibe servicios de Compton Dental Family and Cosmetic Dentistry, entiendo lo siguiente:

1. Soy responsable de cancelar las citas dentro de las 48 horas anteriores a la hora programada para mi cita.
2. Si no huberia podido asistir a mi cita, preprogramar o cancelar dentro de las 48 horas. Se me cobrara una tarifa de \$50.
3. Compton Dental Family and Cosmetic Dentistry se reserve el derecho de dar de alta a cualquier paciente debido a retrasos excesivos, falta, o reprogramacion de citas.

Nombre de paciente \_\_\_\_\_

Firma de persona responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



### Consentimiento de HIPPA

La ley de portabilidad y responsabilidad de la información de salud 1996 (HIPPA) es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de identificación individual comience tan cerca de nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel, o se mantenga debidamente confidencial. La aplicación le brinda, sea paciente, mucha razón para comprender y controlar cómo se utiliza su información médica. HIPPA proporciona multas para las entidades cubiertas cuya información de salud personal. Como lo requiere hippa, hemos preparado una explicación de cómo estamos obligados a mantener la política de información médica y cómo podemos usar y divulgar su información médica. Si desea una copia de la política de privacidad de hippa, notifique a alguien en la recepción para que lo ayude. He leído y entiendo la política del consentimiento de Hippa de Dr. Compton.

### Póliza de seguro

Como cortesía para nuestros pacientes, presentamos un seguro por usted. Sin embargo, **debe enfatizar que su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos un tercero del contrato a menos que usted sea miembro de un grupo PPO en el que participa Dr. Compton.** En tales casos, manejaremos sus reclamos de acuerdo con nuestro acuerdo con la compañía de seguros, si existe. Si bien hacemos todo lo posible para ayudarlo a recibir su máximo beneficio, no nos involucraremos en disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a los cargos de cobertura, seguro secundario, determinaciones razonables y habituales, etc. Su plan no cubre todos los servicios. diferente. **Si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame a su compañía de seguros.** Sería útil que conociera la fecha de su aniversario, el deducible anual y el máximo anual, los porcentajes de cobertura y los periodos de espera.

**Se espera que pague la parte estimada de su tarifa antes de sentarse en el momento en que se presten los servicios. Sin embargo, esto es solo una estimación.** Si hay alguna diferencia después del pago de su seguro, le enviaremos un estado de cuenta.

Usted es responsable del pago oportuno de su cuenta si su compañía de seguros no ha pagado su reclamo en su totalidad dentro de los 60 días, el saldo en todo el seguimiento con la compañía de seguros se convierte en su responsabilidad. Como recordatorio, después de 90 días asignamos todas las cuentas a una agencia de cobranza para su procesamiento.

**Por la presente autorizo el pago de los beneficios dentales que de otro modo me pagarían a mí para que se paguen directamente al Dr. Alex K Compton, D.M.D además; Me doy cuenta de que soy responsable en última instancia del pago.**

### Importante Trabajo de Restauración

Las coronas, puentes y parciales realizados en Compton Dental tienen una **garantía de cinco años a partir de la fecha de preparación, siempre que se coloquen dentro de los dos meses posteriores a la fecha de impresión.** Si no se asienta dentro de las ocho semanas posteriores a la fecha de impresión, se cobrará un cargo de \$300 por unidad para volver a preparar cada diente. También entiendo que debo acudir a visitas de cuidado continuo (limpieza) de rutina al menos cada seis meses o lo que mi profesional de atención médica dental considere necesario para el mantenimiento adecuado a largo plazo de mi salud bucal y el mantenimiento de cualquier procedimiento de restauración importante realizado por Compton Dental. Es imperativo que el paciente permanezca en una unidad temporal hasta la fecha del asiento. Si por alguna razón se quitara el temporal, el paciente debe comunicarse con nuestra oficina lo antes posible para que lo recementen de manera oportuna. **El incumplimiento resultará en la pérdida de la garantía.**

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



## **Formulario de consentimiento informado para procedimientos dentales generales**

Usted el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento dental recomendado por su dentista. Antes de dar su consentimiento para el tratamiento, debe considerar cuidadosamente los beneficios anticipados y el riesgo comúnmente conocido del procedimiento recomendado, el tratamiento alternativo o la opción de no recibir tratamiento.

No dé su consentimiento para el tratamiento a menos que y hasta que hable con su dentista sobre los posibles beneficios, riesgos y complicaciones y se respondan todas sus preguntas. Al dar su consentimiento para el tratamiento, usted reconoce su disposición a exceptuar los riesgos y complicaciones conocidos, sin importar cuán pequeña sea la probabilidad de que ocurran.

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 referencias a otros dentistas o especialistas, y regrese para las citas programadas. Si no sigue los consejos de su dentista, puede aumentar la posibilidad de un mal resultado.

Si usted 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 los medicamentos anticonceptivos si su dentista le recetó o si está tomando antibióticos.

### **1. Examen y radiografías**

Entiendo que la visita inicial puede requerir radiografías para completar el examen, el diagnóstico y el plan de tratamiento.

### **2. Drogas, medicación y sedación**

Me han informado y entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento, hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). Pueden causar somnolencia y falta de conciencia y coordinación, que pueden aumentar con el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y estoy totalmente de acuerdo en no operar ningún vehículo o dispositivo peligroso durante al menos 12 horas o hasta que esté completamente recuperado de los efectos de la medicación anestésica y las drogas que me hayan dado en la oficina para mi tratamiento. Entiendo que no tomar la medicación prescrita para mí en la forma prescrita puede ofrecer riesgos de infección continua o agravada, dolor y resistencia potencial para efectuar el tratamiento de mi afección. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la eficacia de los anticonceptivos orales.

### **3. Cambio de tratamiento**

Entiendo que durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos porque se encontraron mientras trabajaba en dientes que no se descubrieron durante el examen inicial, el más común es la terapia de conducto después de procedimientos de restauración de rutina. doy mi permiso al dentista para hacer todos los cambios y adiciones que sean necesarios

### **4. Disfunción de la articulación temporomandibular**



Entiendo que los síntomas de estallido, chasquido, bloqueo del dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la articulación de la parte inferior (cerca de la oreja) después de un tratamiento dental de rutina en el que la boca se mantiene en posición abierta. Sin embargo, los síntomas de la ATM asociados con el tratamiento dental suelen ser de naturaleza temporal y bien tolerados por los pacientes. Entiendo que si surge la necesidad de un tratamiento, se me derivará a un especialista para que reciba un tratamiento, cuyo costo es mi responsabilidad.

#### **5. Empastes y restauraciones.**

Entiendo que se debe tener cuidado al masticar el nuevo empaste durante las primeras 24 horas para evitar que se rompa, y la sensibilidad dental es un efecto secundario común de un empaste nuevo.

#### **6. Extracción de dientes**

Se me ha explicado una alternativa a la extracción (tratamiento de conducto, coronas, cirugías periodontales, etc.) y autorizo al dentista a extraer los siguientes dientes y cualquier otro necesario por las razones del párrafo 3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre elimine todas las infecciones si están presentes y puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo los riesgos que implica la extracción de dientes, la mayoría de los cuales son dolor, hinchazón y diseminación de infecciones, alveolitis seca, pérdida de sensibilidad en los dientes, labios, lengua y tejido circundante (parestesia) que pueden durar un período de tiempo. o una mandíbula fracturada. Entiendo que puedo necesitar más tratamiento por parte de un especialista o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante el siguiente tratamiento, cuyo costo es mi responsabilidad.

#### **7. Coronas, puentes, carillas y adhesivos**

Entiendo que a veces no es posible igualar exactamente el color de los dientes naturales con los dientes artificiales. Además, entiendo que es posible que esté usando coronas temporales, que pueden desprenderse fácilmente y que debo tener cuidado de asegurarme de que se mantengan colocadas hasta que se entreguen las coronas permanentes. Me doy cuenta de que la última oportunidad para realizar cambios en nuevas coronas, puentes o carillas (incluida la forma, el ajuste, el tamaño, la ubicación y el color) se realizará antes de la cementación. Me explicó que, en muy pocos casos, los procedimientos cosméticos pueden resultar en la necesidad de un tratamiento de conducto en el futuro, que no siempre se puede predecir o anticipar. Entiendo que los procedimientos cosméticos pueden afectar las superficies de los dientes y pueden requerir modificaciones de los procedimientos de limpieza diarios.

#### **8. Dentaduras postizas, completas o parciales**

Me doy cuenta de que las dentaduras postizas totales o parciales son artificiales, fabricadas de plástico, metal o porcelana. Se me ha explicado el problema potencial de usar estos aparatos, incluido el dolor, la holgura y la posible rotura. Me doy cuenta de que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza, incluida la forma, el ajuste, el tamaño, la colocación y el color, será "dientes en cera", prueba en la visita. Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren realineación aproximadamente de 3 a 12 meses después. El costo de este procedimiento no es la tarifa inicial de la dentadura.

#### **9. Tratamiento de endodoncia**

Me doy cuenta de que no hay garantía de que un tratamiento de conducto salve mi diente y esas complicaciones pueden ocurrir por el tratamiento y que ocasionalmente los postes se cementan en el diente o se extienden a través de la raíz, lo que no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que ocasionalmente pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales para un tratamiento de conducto. (Apicectomía)



### 10. Tratamiento periodontal

Entiendo que tengo una afección grave que causa inflamación de las encías o pérdida de masa ósea y que puede provocar la pérdida de mis dientes. Me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluida la limpieza no quirúrgica, la cirugía de las encías o las extracciones. Entiendo que el éxito del tratamiento depende de mi parte y de mis esfuerzos por cepillarme y usar hilo dental a diario, recibir una limpieza regular dirigida, seguir una dieta saludable, evitar los productos de tabaco y seguir otras recomendaciones.

**Consentimiento:** Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta, por lo tanto, los feligreses respetables no pueden garantizar los resultados de manera adecuada. Reconozco que nadie ha hecho ninguna garantía o aseguramiento con respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un médico individual y es individualmente responsable del cuidado dental que me brinda. También entiendo que ningún otro dentista que no sea el dentista tratante es responsable de mi tratamiento dental. 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. Analice los posibles beneficios, riesgos y complicaciones del tratamiento recomendado con su dentista. Asegúrese de que su dentista haya abordado todas sus inquietudes de manera satisfactoria antes de comenzar el tratamiento.

Firma y fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Personana responsable y fecha: \_\_\_\_\_