

Historial Médico

Nombre _____ EDAD: _____ FECHA: _____

Dirección Física (Para su Receta): _____

Teléfonos de Contacto: Celular () _____ Trabajo () _____ Otro () _____

M ___ F ___ Estatura ___'___" Peso ___ Estado Civil Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) o Separado (a) Viudo(a)

Nombre de Su Medico: _____ Tel. Medico: () _____

¿Como llega usted a nuestra oficina?: Referido del Dr.: _____ Páginas Amarillas Plan Médico

Marque Si ó No para indicar si sufre o ha sufrido alguna de estas condiciones:

| | | | | | |
|------------------------------|---|------------------------------|---|--|---|
| Aids/HIV | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Glaucoma | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas de salud mental | |
| Alta presión | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Glándulas cuello hinchadas | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | (depresión, desorden bipolar, etc.) | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Anemia | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hepatitis; tipo: _____ | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Artritis | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Herpes | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Quimioterapia | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Asma, Último episodio: _____ | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hinchan los pies o tobillos | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Radioterapia | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Baja presión | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Infección de garganta | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Rash en la piel | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Cáncer | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Ictericia | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Reemplazos de articulación, | |
| Convulsiones | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Infarto | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | placas o tornillos metálicos, "stents" | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Corto de respiración | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Lesiones congénitas corazón | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Sangrado anormal con | |
| Cuidado Psiquiátrico | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Marcapasos | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | extracciones o cirugía | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Adicción Medicamentos | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Perdida de peso inexplicable | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Sinusitis | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Derrame | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas Autoinmunes | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Soplo en el corazón | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Desmayos o Mareos | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas cardiacos | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tos, persistente o sangrienta | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Diabetes, Tipo: _____ | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas de circulación | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tratamientos de cortisona | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Dolores de cabeza | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas de la espalda | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tuberculosis | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Dolor de Pecho | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas de la tiroides | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tumor o crecimiento en el área | |
| Enfermedad venérea | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas de las Coronarias | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | de la cabeza o cuello | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Enfermedad sanguínea | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas del Hígado | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Úlceras | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Enfisema | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas de los nervios | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Válvulas artificiales del corazón | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Epilepsia | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problema de los Riñones | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Otro: _____ | |
| Enfermedad Reumática | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas respiratorios | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | |

¿Esta tomando, o en algún momento ha tomado, Bisfosfonatos (FOSAMAX, ACTONEL, AREDIA o ZOMETA) _____ Sí No

para osteoporosis, o quimioterapia por mieloma múltiple, etc.

¿Sufre algún desorden sanguíneo, deficiencia de factores, Von Willenbrand, Hermansky Putlack u otros? _____ Sí No

Medicamentos que toma: _____

ALERGIAS:

| | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------|---|
| Aspirina | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Látex | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Penicilina | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Anestésicos Locales | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Codeína | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Sulfa | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Iodo | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Otro: _____ | |
| Barbitúricos (Sedantes para Dormir) | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | |

MUJERES:

| | |
|---|---|
| Esta o cree que pueda estar embarazada? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Esta tomando pastillas anticonceptivas? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Esta lactando | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |

Certifico que he leído y entiendo todo lo anteriormente escrito. Reconozco que las preguntas que me puedan haber surgido han sido contestadas a mi satisfacción. No haré al cirujano ni a nadie de su equipo responsable por errores u omisiones que haya hecho al llenar este formulario. **También entiendo que soy responsable de informar cualquier condición u afluencia aunque no este en el cuestionario.**

Firma del paciente o encargado



Información Personal & Acuse de Recibo de Notificación de Privacidad

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____

Dirección Postal: _____

Nombre del Acompañante: _____

Relación: _____

| Números de Contacto: | |
|----------------------|---------|
| Celular | () - - |
| Teléfono Casa | () - - |
| Otro | () - - |

| |
|---|
| ACUSE DE RECIBO DE NOTIFICACION DE PRIVACIDAD YO, _____ he recibido una copia de la Notificación de Política de Privacidad de esta Oficina. |
|---|

| | |
|--|-------------------------------|
| INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL: | |
| Nombre completo del asegurado principal: _____ | |
| Numero de seguro social del asegurado principal: _____ | |
| Fecha de Nacimiento del asegurado principal: | Mes _____ Día _____ Año _____ |

Nombre de la Compañía para la cual trabaja: _____

Teléfono Trabajo () - - Ext. _____

Indique por quien fue referido para proceder a darle las gracias: _____

| | |
|--|---------|
| En caso de una Emergencia hay alguna persona cercana a usted a quien podamos contactar? | |
| Nombre _____ | |
| Relación _____ | |
| Teléfono | () - - |

Si usted esta llenando esta forma por otra persona, cual es su nombre y relación con esta persona?

Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL, SEDACIÓN ENDOVENOSA Y/O ANESTESIA GENERAL

Este es mi consentimiento para autorizar a el **DR. RICARDO J. JIMÉNEZ-BOSCH**, cirujano oral & maxilofacial, a practicar en mi cualquier tratamiento / procedimiento / cirugía que el entienda sea necesaria:

PLAN DE TRATAMIENTO DISCUTIDO EN LA ENTREVISTA

_____ Como se me ha explicado previamente, se podrá llevar a cabo cualquier otro procedimiento que el entienda es necesario o recomendable para completar el procedimiento planificado.

_____ Entiendo que el propósito del procedimiento / cirugía es tratar y posiblemente corregir mis tejidos orales / maxilofaciales afectados. El doctor me ha advertido que si esta condición persiste sin tratamiento o cirugía mi condición oral / maxilofacial actual puede empeorar con el tiempo y los riesgos a mi salud incluyen, pero no están limitados a: hinchazón, dolor, infección, formación de quistes, enfermedad del periodoncio (las encías), caries dentales, maloclusión, fractura patológica de las quijadas, pérdida prematura de los dientes, y/o pérdida prematura de hueso. He sido informado de alternativas de tratamiento de estas existir.

_____ El Dr. Jiménez-Bosch me ha explicado que hay riesgos potenciales e inherentes en cualquier plan de tratamiento o procedimiento que pueden incluir pero no están limitados a:

1. Molestia post-operatoria e hinchazón que puedan necesitar varios días de descanso en casa para recuperación.
2. Sangrado profundo que pueda ser prolongado.
3. Daño a dientes adyacentes y/o restauraciones
4. Infección post-operatoria que requiera tratamiento adicional
5. Estiramiento de los bordes de la boca que puede causar "cracking" o ruptura de los bordes de los labios, moretones o hematomas en la cara o cuello.
6. Limitación en la apertura de la boca y/o cambios en mordida que puedan durar varios días o semanas.
7. Decisión de dejar un pequeño pedazo de raíz en la quijada cuando su remoción pueda requerir cirugía extensa y se considere pueda causar mas daño que bien.
8. Fractura de mandíbula que requiera que ambas quijadas sean fijadas por 4-6 semanas.
9. Adormecimiento, dolor, o sensación alterada de los dientes, labios, lengua (incluyendo pérdida de percepción del sabor) y barbilla, dado a la cercanía de las raíces de los dientes (especialmente los cordales) a los nervios los cuales pueden lastimarse o dañarse. Casi siempre la sensación recupera tomando hasta un año, pero en casos raros la pérdida de sensación es permanente.
10. Comunicación con el seno maxilar (cavidad de aire localizada encima de los dientes posteriores en el arco maxilar), que requiera cirugía adicional para cerrarla.
11. Desplazamiento de dientes a espacios adyacentes.
12. Daño a la articulación temporomandibular por apertura prolongada de la boca.

_____ Entiendo que las condiciones arriba mencionadas, efectos secundarios y complicaciones ocurren en frecuencias que corren de común como lo es el caso de dolor e hinchazón, a ocasional como lo es el caso de infección post-operatoria, a rara como lo es el adormecimiento,

a extremadamente rara como lo es el caso de fracturas. Entiendo y estoy de acuerdo que si alguna de estas condiciones, efectos-secundarios o complicaciones o otras surgieran, puede haber tratamiento adicional necesario que pueda interferir con obligaciones de trabajo / estudio y que conlleven gastos médicos adicionales.

_____ Estoy de acuerdo y entiendo que no he de y no he tomado o bebido nada por 6 horas antes de mi cirugía si voy a tener sedación endovenosa o 8 horas antes en el caso de anestesia general.

_____ Autorizo a la administración de anestesia local, sedación o anestesia general como lo entienda necesario el Dr. Jiménez-Bosch y su personal. Medicamentos, drogas, anestésicos y medicamentos recetados pueden causar sueño y pérdida de estado de alerta y coordinación, lo cual puede ser aumentado por el consumo de alcohol o otros medicamentos; es por esta razón que se me ha informado que no puedo operar ningún tipo de vehículo o maquinaria o trabajar mientras tomo estos medicamentos o drogas, o hasta que me haya recuperado por completo de los efectos de los mismos. Entiendo y estoy de acuerdo que no puedo operar ningún tipo de maquinaria que pueda ser peligrosa y me comprometo a no conducir por lo menos 24 horas después de la cirugía o hasta que me haya recuperado por completo de los efectos de los anestésicos y/o drogas que me hayan sido suministradas en la oficina o hospital durante mi cuidado.

_____ Estoy de acuerdo en que no puedo guiar a casa después de ser sometido a un procedimiento bajo sedación endovenosa o anestesia general y que tendré un adulto responsable que me conduzca a casa después de la cirugía.

_____ Entiendo que ciertos riesgos de los anestésicos, incluyendo daño serio corporal, son inherentes en cualquier procedimiento que requiera anestesia general o sedación endovenosa. Esto puede variar de dolor en una región del área inyectada a muerte, lo cual es extremadamente raro que pase.

_____ Si en el transcurso de la cirugía surgiera una situación que requiera el juicio del Dr. Jiménez-Bosch para llevar a cabo procedimientos en adición a o diferentes a los contemplados, yo deseo y autorizo al doctor a hacer aquello que el entienda recomendable.

_____ Ninguna garantía o seguridad se me ha dado de que el tratamiento propuesto será curativo y/o exitoso a mi completa satisfacción. Dado a las diferencias individuales de los pacientes, existe el riesgo de fallo, recurrencia, re-tratamiento selectivo o empeoramiento de mi condición actual a pesar del tratamiento recibido. Sin embargo es la opinión del doctor que el tratamiento va a ser beneficioso y que el empeoramiento de mi condición ocurriría antes de no recibir el tratamiento recomendado.

_____ He tenido la oportunidad de discutir con el Dr. Jiménez-Bosch mi historial médico pasado y presente, incluyendo problemas de salud serios y/o daños corporales, cirugías o lesiones que haya tenido. He indicado todos los medicamentos que tomo actualmente y/o uso de drogas recreacionales.

_____ Estoy de acuerdo en cooperar completamente con las recomendaciones del Dr. Jiménez-Bosch mientras este bajo su cuidado, entendiéndolo que no hacerlo puede llevar a resultados no esperados.

_____ Entiendo y soy capaz de leer en español, estoy médica y físicamente capaz y competente para entender este documento, y no estoy bajo los efectos del alcohol o algún medicamento que pueda alterar mi mente durante 12 horas antes de haber firmado este documento.

Firma de Paciente, Papa/Mama o Custodio

Fecha

Testigo

Fecha

ADJUDICACIÓN DE PAGO Y RELEVO DE INFORMACIÓN

Certifico que mi seguro con _____ (nombre de plan médico) está activo.

Mi Número de Asegurado con el plan es: _____

Entiendo que soy responsable de los cargos por servicios prestados en la eventualidad de que mi plan médico/dental decida no cubrir los mismos. De surgir esta situación entiendo estaré recibiendo comunicación de parte de Cirugía Oral y Maxilofacial de Caparra en respecto a esta deuda la cual deberá ser salda en 30 días a partir de la notificación para evitar cargos adicionales o el involucrimiento de agencias de cobro.

De esta manera asigno directamente a Cirugía Oral y Maxilofacial de Caparra y/o al Dr. Ricardo J. Jiménez-Bosch a recibir todos los beneficios y pagos del seguro por los servicios prestados a mi persona y autorizo a ofrecer la información necesaria para asegurar el pago de los servicios prestados.

_____ Firma

_____ Fecha