

CUESTIONARIO SOBRE COVID-19

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Este formulario de divulgación de información del paciente busca obtener información suya que debemos considerar antes de tomar decisiones de tratamiento en el contexto de la COVID-19.

Un sistema inmunológico débil o comprometido (incluidas, entre otras, afecciones como diabetes, asma, EPOC, tratamiento contra el cáncer, radiación, quimioterapia y cualquier enfermedad o afección médica anterior o actual), puede ponerlo en mayor riesgo de contraer COVID 19. Infórmenos sobre cualquier condición que comprometa su sistema inmunológico y comprenda que podemos pedirle que considere reprogramar el tratamiento después de discutir dichas condiciones con nosotros.

También es importante que revele a esta oficina cualquier indicio de haber estado expuesto a COVID-19, o si ha experimentado algún signo o síntoma asociado con el virus de COVID-19.

	Sí	No
¿Tiene fiebre o temperatura superior a la normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene tos seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene secreción nasal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recientemente ha perdido o ha tenido una reducción en su sentido del olfato o del gusto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dolor de garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado en contacto con alguien cuya prueba de COVID-19 haya resultado positiva en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han hecho pruebas de COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, informe la fecha de la prueba y si el resultado fue <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Esperando resultado		
¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en avión o en un crucero en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha viajado dentro de los Estados Unidos en avión, autobús o tren en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido vacunado contra COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, fecha de vacunación _____ Fecha del refuerzo _____		

Entiendo y reconozco completamente la información, los riesgos y las advertencias anteriores con respecto al comprometimiento del sistema inmunológico y he revelado a mi proveedor cualquier condición en mi historial de salud que pueda resultar en un sistema inmunológico comprometido.

Al firmar este documento, reconozco que las respuestas que he proporcionado anteriormente son verdaderas y precisas.

X _____
Firma del paciente (Padre, madre o tutor si es menor de edad)

X _____
Revisado por

X _____
Fecha

TRATAMIENTO DENTAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 FORMULARIO DE AVISO Y RECONOCIMIENTO DE RIESGO

La Organización Mundial de la Salud ha caracterizado al virus de COVID-19, también conocido como "coronavirus", como una pandemia. Nuestro consultorio quiere asegurarse de que esté al tanto de los riesgos de exposición a COVID-19 asociados con recibir tratamiento durante esta pandemia.

El virus de COVID-19 es muy contagioso y tiene un largo periodo de incubación. Usted o sus proveedores de atención médica pueden tener el virus, no presentar síntomas y, sin embargo, ser altamente contagiosos. El virus de COVID-19 puede resultar en una enfermedad respiratoria potencialmente mortal en algunos pacientes. Puede exponerse a COVID-19 en cualquier momento o en cualquier lugar. Debido a la frecuencia y el tiempo de las consultas de otros pacientes dentales, las características del virus y las características de los procedimientos dentales, existe un riesgo elevado de contraer el virus simplemente por estar en un consultorio dental.

Los procedimientos dentales pueden crear un fino rocío de agua o "aerosoles" capaces de permanecer en el aire durante varios minutos o incluso hasta horas. Estos aerosoles pueden contener el virus de COVID-19 y pueden crear un riesgo de exposición a COVID-19. Usted no puede usar una máscara protectora sobre la boca para reducir la exposición durante el tratamiento, ya que sus proveedores de atención médica necesitan acceso a su boca para brindarle atención. Esto lo deja vulnerable a la transmisión de COVID-19 mientras recibe tratamiento dental.

Para proporcionar un ambiente seguro para nuestros pacientes y personal, este consultorio sigue las regulaciones y protocolos estatales y federales aplicables para el control de infecciones, protección personal universal y desinfección. Sin embargo, debido a la naturaleza de los procedimientos que proporcionamos, es posible que no sea posible mantener el distanciamiento social entre los pacientes, los médicos y el personal en todo momento.

Reconocimiento del paciente

Reconozco que he leído el Aviso anterior y que entiendo y acepto que existe un mayor riesgo de exposición a COVID-19 en el tratamiento durante la pandemia.

Entiendo y acepto el mayor riesgo de exposición a COVID-19 con el tratamiento en este consultorio.

También reconozco que podría exponerme, o haber estado expuesto a COVID-19 fuera de este consultorio y sin relación con mi consulta en este consultorio.

X _____
Firma del paciente (Padre, madre o tutor si es menor de edad)

X _____
Revisado por

X _____
Fecha

Le damos la bienvenida a nuestro consultorio

Fecha de hoy 12/05/2021

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Sr. Sra. Srta. Dr. Nombre _____ Iniciales del segundo nombre_Apellido _____
Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Número de Seg. Soc. _____ Correo electrónico _____
Calle _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Tel. residencial (____) _____ Celular (____) _____ ¿Alguna vez ha sido paciente de nuestro consultorio? Sí No
Derivado por _____ ¿Algún miembro de su familia ha sido paciente de nuestro consultorio? Sí No
Dentista _____ Ortodoncista _____
Médico _____ Farmacia preferida _____ Tel. (____) _____
N° de licencia de conducir _____ Pariente más cercano que no viva con usted _____ Tel. (____) _____
Empleador _____ Tel. laboral (____) _____ Tipo de pago personal: Dinero en efectivo Cheque Tarjeta de crédito
En caso de emergencia, comuníquese con _____ Tel. (____) _____ Relación _____

QUIÉN SERÁ RESPONSABLE DE SU CUENTA:

Yo (en ese caso, omite esta sección) Cónyuge Padre Madre Otro _____
Nombre _____ N° de Seguridad Social _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Tel. (____) _____ Celular _____ Correo electrónico _____ Calle _____
Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
N° de licencia de conducir _____ Empleado _____ Tel. laboral (____) _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE U OTRO(A) GARANTE: (SI ES DIFERENTE A LA MENCIONADA ANTES)

Nombre _____ Relación _____ N° de Seguridad Social _____ Fecha de nacimiento _____
Calle _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Tel. (____) _____ Empleador _____ Tel. laboral (____) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Estudiante: Tiempo completo Tiempo parcial No Nombre y dirección de la institución educativa _____
Estado civil: Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero Legalmente separado(a) _____
Empleado: Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado No ¿Pertenece a una PPO o HMO? Sí No _____

COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL PRIMARIA:

Empleador _____
Dirección laboral _____
Tel. laboral (____) _____ Plan _____
Nombre de la compañía de seguro _____ N° de identificación _____
Dirección _____
Tel. (____) _____ Nombre del grupo _____
N° del grupo _____ Parte asegurada _____
Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F
N° de Seguridad Social _____ Tel. (____) _____
Dirección _____

COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO PRIMARIA:

Empleador _____
Dirección laboral _____
Tel. laboral (____) _____ Plan _____
Nombre de la compañía de seguro _____ N° de identificación _____
Dirección _____
Tel. (____) _____ Nombre del grupo _____
N° del grupo _____ Parte asegurada _____
Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F
N° de Seguridad Social _____ Tel. (____) _____
Dirección _____

COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL SECUNDARIA:

Empleador _____
Dirección laboral _____
Tel. laboral (____) _____ Plan _____
Nombre de la compañía de seguro _____ N° de identificación _____
Dirección _____
Tel. (____) _____ Nombre del grupo _____
N° del grupo _____ Parte asegurada _____
Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F
N° de Seguridad Social _____ Tel. (____) _____
Dirección _____

COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO SECUNDARIA:

Empleador _____
Dirección laboral _____
Tel. laboral (____) _____ Plan _____
Nombre de la compañía de seguro _____ N° de identificación _____
Dirección _____
Tel. (____) _____ Nombre del grupo _____
N° del grupo _____ Parte asegurada _____
Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F
N° de Seguridad Social _____ Tel. (____) _____
Dirección _____

HISTORIAL DE SALUD:

A nuestros pacientes: Aunque los cirujanos orales tratan principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que esté tomando, podrían tener una interrelación importante con la atención que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se considerarán confidenciales.

¿Cuál es el motivo de la consulta de hoy? _____

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Altura _____ Peso _____ ¿Goza de buena salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Está bajo el cuidado de un médico? Fecha de la última consulta _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En ese caso, ¿por qué está siendo tratado? _____ | | |
| 4. ¿Ha tenido alguna enfermedad, operación o ha estado hospitalizado en los últimos cinco años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es positiva, detalle las circunstancias _____ | | |
| 5. ¿Tiene lesiones no curadas/recurrentes o áreas inflamadas, crecimientos o puntos de dolor dentro o alrededor de la boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, describa dónde _____ | | |
| 6. ¿Tiene una prótesis articular/implante? Si es así, describa dónde _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha tenido un reemplazo de válvula cardíaca o un injerto vascular? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Alguna vez ha recibido anestesia general? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Han tenido usted, o algún miembro de su familia, alguna reacción inusual o grave a la anestesia general? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Algún médico o dentista anterior le han recomendado que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ O TIENE ACTUALMENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?:	SÍ	NO	NOTAS
11. ¿Fiebre reumática?			
12. ¿Daños en las válvulas cardíacas/prolapso de la válvula mitral?			
13. ¿Soplo cardíaco?			
14. ¿Presión arterial alta?			
15. ¿Presión arterial baja?			
16. ¿Dolor de pecho/angina de pecho?			
17. ¿Ataque(s) cardíaco(s)?			
18. ¿Latido del corazón irregular?			
19. ¿Marcapasos cardíaco?			
20. ¿Cirugía cardíaca?			
21. ¿Neumonía, bronquitis, tos crónica?			
22. ¿Asma?			
23. ¿Fiebre del heno/problemas de los senos nasales?			
24. ¿Ronquidos?			
25. ¿Apnea del sueño/CPAP?			
26. ¿Dificultad para respirar/otros problemas pulmonares?			
27. ¿Tuberculosis?			
28. ¿Enfisema?			
29. ¿Fuma o vapea (cigarrillo electrónico)? Si es así, cuánto al día _____			
30. ¿Masca tabaco?			
31. ¿Consume alcohol? Si es así, informe cuántos tragos por Día _____ Semana _____			
32. ¿Transfusión de sangre?			
33. ¿Trastorno sanguíneo, como anemia?			
34. ¿Se le hacen moretones con facilidad?			
35. ¿Tiene tendencia al sangrado/sangrado anormal?			
36. ¿Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática?			
37. ¿Mononucleosis infecciosa?			
38. ¿Problemas de la vesícula biliar?			
39. ¿Desmayos?			

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ O TIENE ACTUALMENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?:	SÍ	NO	NOTAS
40. ¿Convulsiones/epilepsia?			
41. ¿Accidente cerebrovascular?			
42. ¿Problemas de tiroides?			
43. ¿Diabetes?			
44. ¿Nivel bajo de azúcar en la sangre?			
45. ¿Problemas renales?			
46. ¿Colesterol alto?			
47. ¿Se encuentra en tratamiento de diálisis?			
48. ¿Tobillos hinchados/artritis/enfermedad de las articulaciones?			
49. ¿Osteoporosis/osteopenia?			
50. ¿Osteonecrosis?			
51. ¿Úlcera de estómago/reflujo ácido?			
52. ¿COVID-19?			
53. ¿Enfermedades contagiosas?			
54. ¿Enfermedades de transmisión sexual?			
55. ¿Problemas con el sistema inmunológico? ¿Posiblemente por medicación/cirugía, etc.?			
56. ¿Enfermedad autoinmune?			
57. ¿Demora para curarse?			
58. ¿Un tumor o un crecimiento?			
59. ¿Cáncer/radioterapia/quimioterapia?			
60. ¿Fatiga crónica/sudores nocturnos?			
61. ¿Está a dieta?			
62. ¿Hay antecedentes de abuso de alcohol y/o tratamiento por abuso de alcohol?			
63. ¿Un historial de consumo de marihuana o drogas ilegales?			
64. ¿Usa lentes de contacto?			
65. ¿Enfermedad ocular/glaucoma?			
66. ¿Problemas de salud mental/ansiedad/depresión?			
67. ¿Usa un aparato dental removible?			
68. ¿Dolor o chasquido de mandíbulas al comer?			

Certifico que he leído y entiendo las preguntas anteriores. Reconozco que mis dudas, si las hay, acerca de las preguntas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No responsabilizaré a mi médico, ni a ningún otro miembro de su personal, por ningún error u omisión que haya cometido al completar este formulario.

X _____ X _____ X _____ X _____
Firma del paciente (Padre, madre o tutor si es menor de edad) **Fecha** **Revisado por** **Fecha**

TARIFAS Y PAGOS

Hacemos todo lo posible por reducir el costo de su atención. Puede ayudar pagando al finalizar cada consulta. Se pueden hacer otros arreglos con nuestro gerente del consultorio dependiendo de circunstancias especiales. Si lo solicita, se le proporcionará un cálculo del cargo por cualquier procedimiento o cirugía que pueda necesitar. Si tiene algún seguro médico o dental, nos complacerá completar los formularios correspondientes, pero complete la información de identificación en este formulario.

Recuerde que el seguro se considera un método para reembolsar al paciente los honorarios pagados al médico y no sustituye el pago. Algunas empresas pagan asignaciones fijas por ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. **Es su responsabilidad pagar cualquier monto deducible, coaseguro o cualquier otro saldo que no pague su compañía de seguros.** Usted será responsable de todos los costos de cobro, honorarios de abogados y costos judiciales.

X _____ X _____
Firma del paciente (Padre, madre o tutor si es menor de edad) **Fecha**

Esta firma en el expediente es mi autorización para la divulgación de la información necesaria para procesar mi reclamo. Por la presente autorizo el pago a este médico mencionado de los beneficios que de otro modo se me pagarían a mí.

X _____ X _____
Firma del paciente: (Padre, madre o tutor si es menor de edad) **Fecha**

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi cirujano y su personal designado a realizar un examen oral y maxilofacial con el propósito de diagnosticar y planificar el tratamiento. Además, autorizo que se me tomen todas las radiografías requeridas como parte necesaria de este examen. Asimismo, si es médicamente necesario, autorizo la divulgación de cualquier información adquirida en el transcurso de mi examen y tratamiento a mis otros médicos y/o compañías de seguros. Permiso que se dejen mensajes en mi teléfono y/o teléfono celular sobre mi cita.

Permiso que el consultorio se comunique conmigo por mensaje de texto en mi teléfono celular.

X _____ X _____ X _____
Firma del paciente (Padre, madre o tutor si es menor de edad) **Doctor** **Fecha**

Por este medio reconozco que han puesto a mi disposición una copia del Aviso de prácticas de privacidad de este consultorio. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener con respecto a este Aviso.

X _____ X _____
Firma del paciente (Padre, madre o tutor si es menor de edad) **Fecha**