



200 Cypress Bend Pkwy. Building A, Suite 3
Princeton, Tx 75407
Phone: 469-290-6565 Fax 469-290-6566

CONSENTIMIENTOS DE COMUNICACIÓN

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO POR CORREO ELECTRÓNICO

PROPÓSITO: Este formulario se utiliza para obtener su consentimiento para comunicarnos con usted por correo electrónico con respecto a su información de salud protegida. Cypress Bend Dental ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico. La transmisión de información del paciente por correo electrónico tiene un

número de riesgos que los pacientes deben considerar antes de dar su consentimiento para utilizar el correo electrónico para estos fines. Cypress Bend Dental utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico enviada y recibida. Sin embargo, Cypress Bend Dental no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico y no será responsable por la divulgación inadvertida de información confidencial.

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por correo electrónico entre Cypress Bend Dental y yo, y acepto las condiciones descritas en este documento. Cualquier pregunta que pueda tener, ha sido respondida por Cypress Bend Dental.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

MENSAJE DE TEXTO AL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MÓVIL

PROPÓSITO: Este formulario se utiliza para obtener su consentimiento para comunicarnos con usted mediante mensajes de texto móviles con respecto a su información de salud protegida. Cypress Bend Dental ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse mediante mensajes de texto móviles. La transmisión de información del paciente mediante mensajes de texto móviles tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar antes de dar su consentimiento para usar mensajes de texto móviles para estos fines. Cypress Bend Dental utilizará los medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información de mensajes de texto móviles enviada y recibida. Sin embargo, Cypress Bend Dental no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación de mensajes de texto móviles y no será responsable por la divulgación involuntaria de información confidencial.

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación de mensajes de texto móviles entre Cypress Bend Dental y yo, y acepto las condiciones descritas en este documento. Cualquier pregunta que pueda tener, ha sido respondida por Cypress Bend Dental.

del paciente : _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA DENTAL

Yo _____, por la presente autorizo a Cypress Bend Dental a tomar fotografías y/o videos de mi cara, mandíbulas y dientes antes, durante y después del tratamiento.

Doy mi consentimiento para permitir que las fotografías se utilicen para lo siguiente:

_____ Registros dentales, investigación dental y educación dental, incluidos clubes de estudio, conferencias, demostraciones, publicaciones profesionales.

_____ Material de marketing, incluidos sitios web como **Facebook, Instagram, TikTok** .

No espero compensación, financiera o de otro tipo, por el uso de estas fotografías.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



200 Cypress Bend Pkwy. Building A, Suite 3
Princeton, Tx 75407
Phone: 469-290-6565 Fax 469-290-6566

POLÍTICA FINANCIERA

POLÍTICA FINANCIERA:

Gracias por elegirnos como su proveedor de cuidado dental. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera que requerimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento. Esperamos que esta política facilite la comunicación abierta entre nosotros y ayude a evitar posibles malentendidos, permitiéndole tomar siempre las mejores decisiones relacionadas con su atención.

SEGURO:

Recuerde que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Como cortesía para usted, nuestra oficina brinda ciertos servicios, incluido un presupuesto de pretratamiento que enviamos a la compañía de seguros a pedido suyo. Es físicamente imposible para nosotros tener el conocimiento y realizar un seguimiento de todos los aspectos de su seguro. Depende de usted ponerse en contacto con su compañía de seguros y preguntar qué beneficios ha comprado su empleador para usted. Si tiene alguna pregunta sobre el presupuesto previo al tratamiento y/o las tarifas por el servicio, es su responsabilidad responderlas antes del tratamiento para minimizar cualquier confusión en su nombre.

Tenga en cuenta que algunos o quizás todos los servicios prestados pueden o no estar cubiertos por su póliza de seguro. Cualquier saldo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no alguna parte.

PAGO:

Comprenda que, independientemente del estado de su seguro, usted es responsable del saldo adeudado en su cuenta. Usted es responsable de todos y cada uno de los servicios profesionales prestados. Esto incluye, pero no se limita a: honorarios dentales, procedimientos quirúrgicos, pruebas, procedimientos de consultorio, medicamentos y también cualquier otro servicio no proporcionado directamente por el dentista.

EI PAGO TOTAL se debe en el momento del servicio. Si se aplican los beneficios del seguro, los COPAGOS y DEDUCIBLES ESTIMADOS DEL PACIENTE vencen en el momento del servicio, a menos que se hagan otros arreglos.

SALDO IMPAGO mayor a 90 días estará sujeto a un interés mensual de 1.0% (TAE 12%). Si el pago es moroso, el paciente será responsable del pago de la cobranza, los honorarios de los abogados y los costos judiciales asociados con la recuperación del dinero adeudado en la cuenta.

CITAS PERDIDAS:

A menos que recibamos un aviso de cancelación con 48 horas de anticipación, se le cobrarán **\$50** . Ayúdenos a mantener la más alta calidad de atención manteniendo las citas programadas.

He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones de este Acuerdo Financiero.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

DERECHOS DEL CLIENTE Y AUTORIZACIONES HIPAA

A continuación se especifican sus derechos sobre esta autorización en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, con sus modificaciones ocasionales (HIPAA).

1. Dígame a su proveedor si no entiende esta autorización, y el proveedor se lo explicará.
2. Tiene derecho a revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento, excepto: (a) en la medida en que la información ya se haya compartido en base a esta autorización; o (b) esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro. Para revocar o cancelar esta autorización, debe enviar su solicitud por escrito al proveedor a la siguiente dirección: 9160 N Tarrant Pkwy #130, North Richland Hills, TX 76182:
3. Puede negarse a firmar esta autorización. Su negativa a firmar no afectará su capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o su elegibilidad para recibir beneficios. Sin embargo, es posible que deba completar este formulario de autorización antes de recibir tratamiento si ha autorizado a su proveedor a divulgar información sobre usted a un tercero. Si se niega a firmar esta autorización y ha autorizado a su proveedor a divulgar información sobre usted a un tercero, su proveedor tiene derecho a decidir no tratarlo o aceptarlo como paciente en su práctica.
4. Una vez que la información sobre usted sale de esta oficina de acuerdo con los términos de esta autorización, esta oficina no tiene control sobre cómo será utilizada por el destinatario. Debe tener en cuenta que en ese momento es posible que su información ya no esté protegida por HIPAA. Si la persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las normas federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede divulgarse a otras personas o instituciones y ya no estará protegida por estas normas.
5. Puede inspeccionar o copiar la información dental protegida que se usará o divulgará bajo esta autorización. No tiene derecho a acceder a la siguiente información dental protegida: notas de psicoterapia, información compilada para procedimientos legales, resultados de laboratorio a los que la Ley de Mejora de Laboratorios Clínicos (CLIA) prohíbe el acceso o información en poder de ciertos laboratorios de investigación. Además, nuestro proveedor puede denegar el acceso si cree razonablemente que el acceso podría causarle daño a usted o a otra persona. Si se niega el acceso, puede solicitar que un profesional de la salud con licencia le brinde una segunda opinión a su cargo.
6. Si esta oficina inició esta autorización, debe recibir una copia de la autorización firmada.
7. Instrucciones Especiales para completar esta autorización para el uso y divulgación de Notas de Psicoterapia. HIPAA brinda protecciones especiales a ciertos registros médicos conocidos como notas de psicoterapia. Todas las Notas de Psicoterapia registradas en cualquier medio por un profesional de la salud mental (como un psicólogo o un psiquiatra) deben ser conservadas por el autor y archivadas por separado del resto de los registros médicos de los clientes para mantener un mayor nivel de protección. Las notas de psicoterapia se definen según HIPAA como notas registradas por un proveedor de atención médica que es un profesional de la salud mental que documenta o analiza el contenido de una conversación durante una sesión de asesoramiento privada o una sesión de asesoramiento grupal, conjunta o familiar y que están separadas del resto de los registros médicos de las personas. Quedan excluidos de la definición de las Notas de psicoterapia lo siguiente: (a) la prescripción y el seguimiento de los medicamentos, (b) las horas de inicio y finalización de las sesiones de asesoramiento, (c) las modalidades y frecuencias del tratamiento proporcionado, (d) los resultados de las pruebas clínicas, y (e) cualquier resumen de diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la

fecha. Excepto en circunstancias limitadas establecidas en HIPAA, para que un proveedor médico divulgue Notas de Psicoterapia a un tercero, el cliente sujeto de las Notas de Psicoterapia debe firmar esta autorización para permitir específicamente la divulgación de Notas de Psicoterapia. Dicha autorización debe ser independiente de una autorización para divulgar otros registros dentales.

8. Tiene derecho a un informe de las divulgaciones de su información dental protegida por parte del proveedor o sus socios comerciales. El período contable máximo de divulgación son los seis años inmediatamente anteriores a la solicitud de rendición de cuentas. El proveedor no está obligado a proporcionar una explicación de las divulgaciones: (a) para operaciones de tratamiento, pago u atención dental; (b) a usted o su representante personal; (c) para la notificación de o para las personas involucradas en la atención dental de un individuo o el pago de la atención dental, para el socorro en casos de desastre o para los directorios de las instalaciones; (d) conforme a una autorización; (e) de un conjunto de datos limitado; (f) para fines de inteligencia o seguridad nacional; (g) a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ciertos fines con respecto a reclusos o personas bajo custodia legal; o (h) en relación con usos o divulgaciones permitidos o requeridos. La contabilidad de las divulgaciones a las agencias de supervisión dental y los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley debe suspenderse temporalmente en su declaración por escrito de que una contabilidad probablemente impediría sus actividades.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



200 Cypress Bend Pkwy. Building A, Suite 3
 Princeton, Tx 75407
 Phone: 469-290-6565 Fax 469-290-6566

HISTORIA DENTAL

Información general

Fecha de su última limpieza

Tiene alguna inquietud inmediata?

Relación de oficina

Hay algo que prefiera durante sus visitas para sentirse más cómodo durante su tiempo con nosotros?

Historia personal

Por favor, conteste a las siguientes preguntas

Te preocupa la apariencia de tus dientes?

Te interesa mejorar tu sonrisa?

Algún diente está actualmente sensible a morder dulces, al calor o al frío?

Evita o tiene dificultad para masticar o morder con fuerza cualquier alimento duro?

Aprietas los dientes durante el día?

Usa o ha usado alguna vez un aparato para morder? O para apretar por la noche (un protector nocturno) o para la apnea del sueño?

La cantidad de saliva en tu boca es muy poca o te encuentras con la boca seca?

Historia estructural dental

Por favor, conteste a las siguientes preguntas

Le sangran las encías al cepillarse los dientes o usar hilo dental?

Alguna vez ha recibido tratamiento o le han dicho que tiene una enfermedad de las encías?

Alguna vez ha tenido frenos, tratamiento de ortodoncia o espaciadores, o ha tenido un "ajuste de mordida"?

Están sus dientes cada vez más apiñados, superpuestos o "torcidos"?

Tus dientes están desarrollando espacios?

Con frecuencia se te queda comida atrapada entre los dientes?

Ha notado que sus dientes se vuelven más cortos, más delgados o más planos con el paso de los años?

Tienes problemas con la articulación de la mandíbula? (TMD, estallido, clic, desviación de lado a lado al abrir o cerrar?)

Firma del paciente : _____ Fecha: _____



200 Cypress Bend Pkwy. Building A, Suite 3
 Princeton, Tx 75407
 Phone: 469-290-6565 Fax 469-290-6566

FORMULARIO DE PACIENTE NUEVO

Información básica

Nombre:		Género:	
Nombre Preferido:		Fecha de nacimiento:	
Número de seguro social:		Estado civil:	
Fuente de referencia:		Empleador:	
Referido por:		Ocupación:	

Información de contacto para usted

Información de casa

Teléfono móvil:		Dirección de casa:	
Teléfono de casa:		Ciudad:	
Correo electrónico:		Estado:	
		Código Postal:	

Información de un contacto de emergencia

Nombre completo:			Dirección de casa:	
Número de teléfono:			Ciudad:	

Relación:			Estado:	
			Codigo Postal:	

Marque todas las condiciones de las que tiene antecedentes o por las que está siendo tratado actualmente

Tiene antecedentes o está siendo tratado actualmente por alguna afección digestiva?	
Tiene antecedentes o está siendo tratado actualmente por alguna afección cardíaca o circulatoria?	
Tiene antecedentes o está siendo tratado actualmente por alguna afección neurológica?	
Tiene antecedentes o está siendo tratado actualmente por alguna afección pulmonar o respiratoria?	
Tiene antecedentes o está siendo tratado actualmente por alguna condición autoinmune?	
Lesiones en la cabeza o el cuello?	
Articulación artificial?	
Colesterol alto?	
Historia de cáncer?	
Tumor o crecimiento anormal? (Tipo/Ubicación)	
Radioterapia?	
Quimioterapia?	
VIH/SIDA?	
Osteoporosis/osteopenia?	
Diabetes tipo I o tipo II?	
Anemia?	
Nefropatía?	
Enfermedad del hígado?	
Enfermedad de tiroides?	

Resumen

Condiciones médicas	
alergias	
medicamentos	

Información General de Salud

Está actualmente bajo el cuidado de un médico?	
Alguna vez ha sido hospitalizado por una lesión o enfermedad?	
Está embarazada o planea quedar embarazada?	
Está amamantando actualmente?	
Está obligado a premedicarse con antibióticos antes del tratamiento dental?	
Usas alcohol?	
Consume o ha consumido alguna vez tabaco? (si renunció, ¿hace cuánto tiempo?)	
Alguna vez ha tenido una reacción alérgica?	
Tuberculosis/sarampión/varicela?	
Alguna otra condición médica que debemos conocer?	
Ataque? (Fecha)	
VPH u otras ETS	
Herpes bucales?	

medicamentos

Por favor marque todos los medicamentos que está tomando actualmente

Está tomando algún medicamento para el dolor?	
Está tomando algún antidepresivo o medicamentos para la ansiedad?	
Está tomando algún medicamento para la diabetes, el colesterol o la presión arterial?	
Está tomando algún medicamento para la alergia o el asma?	
Estás tomando algún antibiótico?	
Está tomando actualmente otros medicamentos o suplementos dietéticos?	
Alguna vez ha tomado medicamentos para los trastornos óseos?	

Condiciones médicas

Firma del paciente: _____ Fecha: _____