



2709 Northchase PKWY SE
Wilmington, NC 28405
910-620-7356 oficina
910-623-2140 fax

Resguardo de la recepción de Aviso de prácticas de privacidad

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento

Al firmar esto, usted reconoce la recepción del aviso de prácticas de privacidad de Northchase Family Dentistry. La notificación de prácticas de privacidad información sobre cómo podemos usar y revelar su información médica protegida. Le animamos a que lo revise cuidadosamente. El aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambios. Si el aviso es cambiado, usted puede obtener una copia revisada a petición de nuestro personal.

Yo, _____, he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de esta oficina.

Nombre de la impresión: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Sólo para uso en la oficina

Intentamos obtener el acuse de recibo por escrito de nuestra notificación de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- Individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibidas obteniendo el reconocimiento
- Una emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- Otro (por favor specify) _____



2709 Northchase PKWY SE
Wilmington, NC 28405
910-620-7356 office
910-623-2140 fax

AP PERDIDOPOLÍTICA DE UNGÜENTO

Nuestro compromiso de equipo es proporcionar a cada paciente con la odontología de la más alta calidad que podemos al costo más razonable. Hacemos todo lo posible para **ser respetuoso** de su tiempo.

Las citas del paciente están programadas con cantidades específicas de tiempo para que podamos proporcionarle una atención sin divisiones y estar a tiempo para su cita reservada, así como los pacientes. Quién seguir su cita.

Le pedimos que **honrar su reserva** con nosotros Y ser a tiempo. In el eventose usted necesita reprogramar su cita, le pedimos que nos proporcione al menos un 48 horas de anticipación. Una cita se considera rota si tú llamar y cancelar menos de dos días laborables antes de la cita, o no mostrar para la cita, **INDEPENDIENTEMENTE DE LA RAZÓN**. Las cancelaciones deben hacerse llamando directamente a la oficina.

Si olvida alguna cita, INDEPENDIENTEMENTE DE LA RAZÓN, podemos negarnos a programar cualquier otra cita sin un depósito no reembolsable Hecho En avance onegarse a programar cualquier cita con anticipación y requerir que llame cuando usted sabe que puede venir, para ver si vamos a ser capaces de encajar en nuestro horario.

He leído, entiendo y honraré este acuerdo con la odontología familiar de Northchase.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Representante del equipo

Fecha



2709 Northchase Family Dentistry
Wilmington, NC 28405
910-620-7356 oficina
910-623-2140 fax

Consentimiento de la Sedación del óxido nitroso

Nombre del paciente: _____

Introducción: El óxido nitroso es el gas descolorido, levemente dulce que se utiliza durante el tratamiento dental para la relajación y la relevación de la ansiedad. Cuando se inhala, puede inducir sentimientos de euforia y sedación. También puede producir sensaciones de somnolencia, calidez y hormigueo en las manos, pies y/o sobre la boca. En el ajuste dental, no induce la inconsciencia. Usted será capaz de tragar, hablar y toser según sea necesario.

Contraindicaciones:

Por favor, déjenos saber si usted tiene alguna de las siguientes condiciones médicas, ya que no puede ser capaz de usar con seguridad óxido nitroso

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Infecciones del oído medio | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Enfermedad inmune |
| <input type="checkbox"/> Asma crónica | <input type="checkbox"/> Bronquiectasia | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> Anemia macrocítica | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Claustrofobia | | |
| <input type="checkbox"/> Historia del abuso de sustancia | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar molesta crónica- EPOC | |

Pautas preoperatorias: El óxido nitroso se administra a través de una mascarilla nasal. Usted debe poder respirar a través de la nariz (el paso nasal bloqueado, los resfriados, etc. derrotar la idea de usar el óxido nitroso). El óxido nitroso puede causar "mariposas estomacales" (náuseas), lo que puede resultar en vómitos.

Instrucciones: La mascarilla debe permanecer firmemente en su lugar, no respirar por la boca, respirar sólo por la nariz. Hablar mientras recibe Nitrous reduce los efectos deseados para usted. Usted puede sentir náuseas, mareos o claustrofobia durante y después de la sedación.

Pautas del procedimiento del poste: La recuperación de Nitro es rápida. El gas será purgado de su sistema con oxígeno. Si se siente mareado después de la sedación, permanezca sentado. La sensación generalmente pasa en pocos minutos. No salga de la oficina hasta que se sienta claro y capaz de funcionar (es decir, caminar y conducir) con seguridad.

Entiendo las declaraciones anteriores y han tenido mis preguntas respondidas.

Acepte Nitros: _____ **Iniciales:** _____

Declinación Nitros: _____ **Iniciales:** _____

Paciente/guardián si el paciente es menor de edad

Fecha

Testigo

Fecha



2709 Northchase PKWY SE
Wilmington, NC 28405
910-620-7356 oficina
910-623-2140 fax

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____
Hombre _____ fecha de nacimiento: _____ número de seguro social: _____
Teléfono (Inicio): _____ (trabajo): _____ EXT: _____ Teléfono celular: _____
Dirección: _____ apto # _____
Ciudad: _____ estado: _____ código: _____ email: _____

Si el paciente es un niño padre/guardián nombre: _____

INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

¿A qué eres alérgico? _____

¿Ha tomado alguna vez un medicamento para los huesos (como el tratamiento con bifosfonatos)? Sí _____ NO _____

¿Tiene alguna articulación artificial? Sí _____ NO _____

¿Tiene válvulas cardíacas artificiales? Sí _____ NO _____

¿Utiliza algún producto de tabaco? ¿Sí _____ NO _____ Cuánto tiempo? _____

¿Usas drogas recreativas? Sí _____ NO _____

¿Ha tomado algún medicamento esteroide en los últimos tres (3) meses? Sí _____ NO _____

¿Estás embarazada? Sí _____ NO _____ Fecha de vencimiento de: _____

¿Ha tenido alguna de las siguientes? Por favor marque todo lo que se aplica:

VIH/AIDS _____	Enfermedad cardíaca _____	Movimiento _____
Artritis _____	Soplo cardíaco _____	Tuberculosis _____
Asma _____	Hepatitis _____	Tumores _____
Enfermedad de la sangre _____	Presión arterial alta _____	Úlceras _____
Cáncer _____	Enfermedad renal _____	Enfermedad venérea _____
Diabetes _____	Enfermedad hepática _____	Otros: _____
Epilepsia _____	Marcapasos _____	_____
Sangrado excesivo _____	Tratamiento de radiación _____	
Glaucoma _____	Fiebre reumática _____	

Lista medicamentos actualmente tomando:



2709 Northchase PKWY SE
Wilmington, NC 28405
910-620-7356 oficina
910-623-2140 fax

INFORMACIÓN FINANCIERA

Efectivo: _____ tarjeta de crédito: _____ seguro privado: _____ Medicaid: _____ atención crédito: _____ otros _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____
Número de seguro social: _____ Insurance ID #: _____
Dirección: _____ ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____
Teléfono (Inicio): _____ trabajo: _____ EXT: ___ _ teléfono celular: _____

Suscriptores empleador: _____
Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono Insúrganse _____

Le concedo a Northchase Family Dentistry permiso para presentar mi seguro dental en mi nombre. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos en cada cita dental. Acepto ser responsable de cualquier saldo restante en mi cuenta después de que los pagos de seguro aplicables sean recibidos y aplicados a mi cuenta.

Firma del paciente, padre o guardián

Fecha

Firma del garante de pago/parte responsable

Fecha