

Historia Médica y Dental

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
Complete este formulario con la mayor precisión posible. Sus respuestas nos ayudan a brindarle atención dental segura e individualizada. Es posible que le hagamos preguntas adicionales cuando sea necesario aclarar alguna información.

| INFORMACIÓN DEL PACIENTE      |                                         |                                                                                                                    |
|-------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apellido: _____               | Nombre: _____                           | Segundo nombre/Inicial: _____                                                                                      |
| Nombre preferido: _____       | Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ |                                                                                                                    |
| Teléfono de casa: _____       | Celular: _____                          | Trabajo: _____                                                                                                     |
| Correo electrónico: _____     | Ocupación: _____                        | Contacto preferido: <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Email |
| Dirección: _____              | Ciudad: _____                           | Estado: ____ C.P.: _____                                                                                           |
| Contacto de emergencia: _____ | Relación: _____                         | Teléfono: _____                                                                                                    |

Si otra persona completa este formulario, indique su nombre, relación con el paciente y autoridad legal (si corresponde):

HISTORIAL DENTAL Y PREOCUPACIONES ACTUALES

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_  
¿Dolor o molestia dental actual? ☐ Sí ☐ No Ubicación: \_\_\_\_\_ Nivel de dolor (0-10): \_\_\_\_  
Último examen dental: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ¿Qué se realizó? \_\_\_\_\_  
Últimas radiografías: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Última limpieza/tratamiento: \_\_\_\_\_

| Condición / Pregunta                                    | Sí                       | No                       | No sé                    | Condición / Pregunta                               | Sí                       | No                       | No sé                    |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dificultad para abrir la boca                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Boca seca o disminución de saliva                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor al masticar, morder o tragar                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mal aliento o sabor desagradable persistente       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sangrado de encías al cepillarse o usar hilo dental     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dientes flojos o cambio en la mordida              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antecedentes de limpieza profunda o terapia periodontal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ansiedad o temor al tratamiento dental             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Llagas, úlceras, bultos o crecimientos en la boca       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ronquidos, respiración bucal o sueño interrumpido  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apretamiento o rechinar de dientes                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión previa en dientes, mandíbula, cara o cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chasquido, bloqueo o dolor de la mandíbula              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad previa con tratamientos dentales        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolores frecuentes de cabeza, oído o cuello             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reacción o problema con anestesia dental           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sensibilidad dental al calor, frío, dulce o presión     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Preocupación por la apariencia de su sonrisa       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Explique cualquier preocupación dental, lesión, complicación de tratamiento o reacción a anestesia marcada arriba:

MEDICAMENTOS, SUSTANCIAS Y CONSIDERACIONES ESPECIALES Marque una respuesta para cada elemento.

| Condición / Pregunta                                     | Sí                       | No                       | No sé                    | Condición / Pregunta                             | Sí                       | No                       | No sé                    |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Actualmente toma medicamentos recetados                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Terapia de reemplazo hormonal                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Actualmente toma medicamentos de venta libre             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uso de tabaco o productos con nicotina           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toma vitaminas, hierbas o suplementos                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uso de productos de vapeo                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toma anticoagulantes o aspirina diaria                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uso de cannabis u otras sustancias controladas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medicamento para osteoporosis o enfermedad ósea          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Actualmente embarazada o posiblemente embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Recibe o tiene programado medicamento óseo IV/inyectable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Actualmente amamantando                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Enumere todos los medicamentos, vitaminas, suplementos y dosis (adjunte otra lista si es necesario):

Consumo de alcohol: ☐ Ninguno ☐ Ocasional ☐ Semanal ☐ Diario Bebidas aproximadas por semana: \_\_\_\_\_  
Detalles de tabaco/nicotina/cannabis (tipo, cantidad, frecuencia): \_\_\_\_\_

Historia Médica y Dental

ALERGIAS Y REACCIONES ADVERSAS Marque Sí, No o No sé. Describa cada respuesta “Sí”.

| Condición / Pregunta                              | Sí                       | No                       | No sé                    | Condición / Pregunta                   | Sí                       | No                       | No sé                    |
|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Penicilina u otros antibióticos                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Metales o joyería                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medicamentos sulfa                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yodo o medio de contraste              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirina o AINE                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adhesivos o cinta                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codeína, opioides u otros analgésicos             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia alimentaria                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sedantes o medicamentos para dormir               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia estacional/ambiental           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anestésicos locales / medicamentos para adormecer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otra alergia a medicamento o sustancia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Látex o goma                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Describa el alérgeno, reacción, gravedad y fecha aproximada. Incluya cualquier tratamiento de emergencia requerido:

HISTORIAL MÉDICO GENERAL Y QUIRÚRGICO

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Presión arterial habitual: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

| Condición / Pregunta                                                       | Sí                       | No                       | No sé                    |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Considera que goza de buena salud general                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Actualmente está bajo cuidado de un médico o especialista                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Un profesional indicó antibióticos antes del tratamiento dental            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad grave, cirugía u hospitalización en los últimos 5 años          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reemplazo articular (cadera, rodilla, hombro, etc.)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reemplazo de válvula cardíaca o cirugía del corazón                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trasplante de órgano, médula ósea o células madre                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antecedentes de sangrado difícil o mala cicatrización                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Actualmente recibe quimioterapia, radiación o inmunoterapia                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre reciente o enfermedad contagiosa                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Necesita ayuda para trasladarse hacia/desde el sillón dental               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Requiere adaptaciones de comunicación, movilidad o necesidades sensoriales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Explique todas las respuestas “Sí” o “No sé”, incluyendo fechas, proveedores tratantes y estado actual:

CONDICIONES MÉDICAS Marque Sí, No o No sé para cada condición.

| Condición / Pregunta                          | S/N/?                                                                      | Condición / Pregunta                       | S/N/?                                                                      | Condición / Pregunta                    | S/N/?                                                                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Marcapasos o desfibrilador implantado         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Tuberculosis o exposición a TB             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Desmayos o mareos                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Válvula cardíaca artificial/protésica         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Anemia                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ansiedad                                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Antecedentes de endocarditis infecciosa       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Trastorno de sangrado o coagulación        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Depresión                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Cardiopatía congénita                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Transfusión sanguínea                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Otra condición de salud mental          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad coronaria o angina                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Cáncer                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | VIH/SIDA o inmunodeficiencia            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Insuficiencia cardíaca congestiva             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Diabetes                                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Enfermedad autoinmune (incluido lupus)  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Ataque cardíaco                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Trastorno tiroideo                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Artritis o artritis reumatoide          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Soplo cardíaco o trastorno del ritmo          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Enfermedad renal                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Osteoporosis                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Presión arterial alta o baja                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Enfermedad hepática, hepatitis o ictericia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Dolor crónico                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Accidente cerebrovascular o AIT               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Reflujo gastroesofágico (ERGE)             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Glaucoma o enfermedad ocular importante | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Asma                                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Enfermedad estomacal o intestinal          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Infecciones frecuentes o graves         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| EPOC, enfisema o bronquitis crónica           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Convulsiones o epilepsia                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Trastorno alimentario o desnutrición    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Apnea del sueño u otro trastorno respiratorio | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Trastorno neurológico                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

## Historia Médica y Dental

### SÍNTOMAS RECIENTES Durante los últimos 30 días, ¿ha experimentado alguno de los siguientes?

| Condición / Pregunta                           | Sí                       | No                       | No sé                    | Condición / Pregunta                              | Sí                       | No                       | No sé                    |
|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dolor, presión u opresión en el pecho          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre sin causa conocida                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falta de aire o dificultad para respirar       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sudores nocturnos, escalofríos, vómitos o diarrea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Latidos cardíacos rápidos o irregulares        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambios nuevos o crecientes en la visión          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desmayo inexplicable o pérdida de conocimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza severos o migrañas              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos de más de tres semanas                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangrado o moretones inusuales                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos con sangre                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Exposición a una enfermedad contagiosa            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Explique cualquier respuesta "Sí" e indique si ha sido evaluado médicamente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN ADICIONAL DE SALUD

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

¿Tiene directiva anticipada o representante legal de atención médica?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Nombre del representante (si corresponde): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Hay algo más sobre su salud, medicamentos, tratamientos anteriores o necesidades personales que debamos saber?

\_\_\_\_\_

### RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Confirmando que la información proporcionada en este formulario es completa y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que mi historial médico y dental puede afectar el diagnóstico, la planificación del tratamiento, la selección de medicamentos, la anestesia y la cicatrización. Acepto informar a Areto Dental sobre cualquier cambio en mi salud, medicamentos, alergias, estado de embarazo o médicos tratantes. Autorizo al equipo dental a conversar sobre información de salud relevante con mis proveedores de atención médica cuando sea razonablemente necesario para una atención dental segura, sujeto a las leyes de privacidad aplicables.

Nombre del paciente/tutor legal (letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Relación con el paciente (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

### SOLO PARA USO CLÍNICO

Alertas médicas: ☐ Ninguna ☐ Alergia ☐ Riesgo de sangrado ☐ Premedicación ☐ Embarazo ☐ Otra: \_\_\_\_\_

Signos vitales: PA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_ Resp. \_\_\_\_ SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_ % Temperatura \_\_\_\_ °F

Clasificación ASA: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ¿Se necesita consulta médica? ☐ No ☐ Sí

Comentarios clínicos: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ARETO DENTAL

Consentimiento para el Uso y Divulgación de Información de Salud

Lea cuidadosamente la siguiente declaración.

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Nombre del paciente          |  |
| Responsable, si es diferente |  |
| Relación con el paciente     |  |

PROPÓSITO DE ESTE CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario, usted autoriza nuestro uso y divulgación de su información médica protegida, incluidas radiografías, fotografías y videos, para llevar a cabo tratamiento, actividades de pago, revisión y capacitación clínica, y operaciones de atención médica.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Usted tiene derecho a leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si firma este Consentimiento. Nuestro Aviso describe nuestras prácticas de tratamiento y pago, revisión y capacitación clínica, operaciones de atención médica, los usos y divulgaciones que podemos realizar y otros asuntos importantes relacionados con su información médica protegida. Hay una copia disponible a solicitud. Le recomendamos leerla completa y cuidadosamente antes de firmar este Consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad según se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si las cambiamos, emitiremos un Aviso revisado que contendrá los cambios. Dichos cambios podrán aplicarse a cualquier información médica protegida que mantengamos.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso en cualquier momento comunicándose con nuestra oficina.

DERECHO A REVOCAR

Usted tiene derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento mediante aviso escrito. La revocación no afectará ninguna acción que hayamos tomado basándonos en este Consentimiento antes de recibirla. Podemos negarnos a tratarlo o a continuar su tratamiento si revoca este Consentimiento.

CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario, confirma que tuvo plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este Consentimiento y de su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida con el fin de llevar a cabo tratamiento, actividades de pago, revisión y capacitación clínica y operaciones de atención médica.

|       |  |       |  |
|-------|--|-------|--|
| Firma |  | Fecha |  |
|-------|--|-------|--|

## ARETO DENTAL

# Consentimiento Dental

Usted tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento dental recomendado por el Dr./Dra. \_\_\_\_\_ (el "Dentista"). Este formulario tiene como propósito ofrecerle una visión general de posibles riesgos y complicaciones. Antes de consentir el tratamiento, debe considerar cuidadosamente los beneficios previstos, los riesgos y complicaciones comúnmente conocidos del procedimiento recomendado, los tratamientos alternativos o la opción de no recibir tratamiento.

Es muy importante que proporcione al Dentista un historial médico exacto antes, durante y después del tratamiento. También es importante que siga las recomendaciones y consejos del Dentista sobre medicamentos, instrucciones antes y después del tratamiento, remisiones a otros dentistas o especialistas y citas de seguimiento programadas. No seguir las recomendaciones del Dentista puede aumentar la posibilidad de un resultado desfavorable. Lea los puntos siguientes y firme al final del formulario. No firme este formulario ni acepte tratamiento hasta haber leído, comprendido y aceptado cuidadosamente cada punto. Asegúrese de que el Dentista haya respondido todas sus inquietudes a su satisfacción antes de comenzar el tratamiento.

### 1. ATENCIÓN DENTAL

**Durante el curso de su tratamiento se le puede brindar la siguiente atención:**

**Exámenes y radiografías.** Se requieren radiografías para completar su examen, diagnóstico y plan de tratamiento. El Dentista realizará un examen periódico durante las limpiezas rutinarias para evaluar caries, enfermedad de las encías, cáncer oral y salud general. El Dentista interpretará y diagnosticará las radiografías tomadas.

**Profilaxis dental (limpieza).** Una profilaxis dental rutinaria elimina placa y cálculo por encima de la línea de las encías y no trata infecciones debajo de la línea de las encías, conocidas como enfermedad periodontal. Puede ocurrir sangrado después de una limpieza; sin embargo, si persiste o es intenso, comuníquese con la oficina.

**Restauraciones (empastes).** Puede requerirse una restauración más extensa de lo diagnosticado inicialmente debido a caries adicional o estructura dental sin soporte que solo se descubre durante la preparación del diente. Esto puede llevar a la necesidad de tratamiento de conducto, una corona o ambos. La sensibilidad es un efecto común después de colocar un empaste nuevo. En ocasiones, el empaste puede sentirse alto y puede ser necesario regresar para ajustar la mordida.

**Tratamiento periodontal.** La enfermedad periodontal es una infección que causa inflamación de las encías y/o pérdida ósea y puede provocar pérdida dental. Durante una limpieza rutinaria, el higienista dental y el Dentista pueden detectar enfermedad periodontal en toda la boca o en áreas específicas. Si existe infección, puede ser necesario realizar un tratamiento más extenso. El higienista puede detener la limpieza rutinaria y explicarle tratamientos alternativos, como limpieza no quirúrgica debajo de la línea de las encías, colocación de antibiótico debajo de la encía o desbridamiento general en dos partes. Si se necesita tratamiento adicional, como cirugía de encías y/o extracciones, se programará un examen periodontal integral con un periodoncista. El éxito de cualquier tratamiento periodontal depende en parte de cepillarse y usar hilo dental diariamente, recibir limpiezas regulares según las indicaciones, seguir una dieta saludable, evitar productos de tabaco y seguir otras recomendaciones. Puede ocurrir sangrado después de limpiezas profundas o raspado debajo de la línea de las encías; si persiste o es intenso, comuníquese con la oficina. La enfermedad periodontal no tratada puede afectar negativamente el éxito a largo plazo de las restauraciones dentales.

**Coronas, puentes y carillas.** No siempre es posible igualar exactamente el color de los dientes naturales con los dientes artificiales. Después de la cita inicial de preparación se realizará una corona temporal. Las coronas temporales pueden desprenderse y debe tener cuidado al comer con ellas hasta que se coloquen las coronas permanentes. Si una corona temporal se cae, llame a la oficina inmediatamente. La última oportunidad para realizar cambios en coronas, puentes o carillas - incluidos forma, ajuste, tamaño, posición y color - será antes de la cementación permanente. En algunos casos, los procedimientos de coronas, puentes y/o carillas pueden provocar la necesidad futura de tratamiento de conducto, algo que no siempre puede predecirse o anticiparse. Después de la cementación permanente, la mordida puede sentirse alta y puede ser necesario regresar para ajustarla o corregirla. También puede ser necesario modificar los procedimientos de higiene diaria; su proveedor se lo explicará.

**Disfunción de la articulación temporomandibular (ATM/TMD).** Los síntomas de chasquido, clic, bloqueo y dolor pueden intensificarse o aparecer en la articulación de la mandíbula inferior (cerca del oído) después de un tratamiento dental rutinario cuando la boca se mantiene abierta. Sin embargo, los síntomas de ATM/TMD asociados con el tratamiento dental suelen ser temporales y bien tolerados por la mayoría de los pacientes. Si se necesita tratamiento, se le remitirá a un especialista y el costo será responsabilidad del paciente.

2. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a condiciones encontradas al trabajar en los dientes que no se detectaron durante el examen. Una de las situaciones más comunes es la necesidad de tratamiento de conducto después de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy permiso al Dentista para realizar todos los cambios y adiciones que sean necesarios.

3. ALERGIAS / MEDICAMENTOS

He informado al Dentista sobre cualquier alergia conocida. Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas, incluyendo enrojecimiento e hinchazón de tejidos, dolor, picazón, vómitos y/o choque anafiláctico (reacción alérgica grave). Pueden causar somnolencia y disminución de la conciencia y coordinación, efectos que pueden aumentar con el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y acepto no operar ningún vehículo ni dispositivo peligroso durante al menos 12 horas o hasta recuperarme por completo de los efectos del anestésico o medicamento que se me haya administrado en la oficina. Entiendo que no tomar los medicamentos recetados según las indicaciones puede permitir que continúe el malestar de los tejidos, agravar una infección o dolor, o afectar negativamente el resultado de mi tratamiento. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la eficacia de los anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas).

4. CONSENTIMIENTO

He leído cada párrafo anterior y doy mi consentimiento para el tratamiento recomendado según sea necesario. Entiendo los beneficios previstos y los riesgos y complicaciones comúnmente conocidos de cada procedimiento. También entiendo que, independientemente de cualquier cobertura de seguro dental que pueda tener, puedo ser responsable del pago de los honorarios dentales.

|                              |                                 |              |
|------------------------------|---------------------------------|--------------|
| <b>Firma del paciente</b>    | <b>Nombre en letra de molde</b> | <b>Fecha</b> |
| <div></div>                  | <div></div>                     | <div></div>  |
| <b>Firma del padre/tutor</b> | <b>Nombre en letra de molde</b> | <b>Fecha</b> |
| <div></div>                  | <div></div>                     | <div></div>  |

# ARETO DENTAL

## Política Financiera y Acuerdo del Paciente

Gracias por elegir Areto Dental. Nos comprometemos a brindar atención dental de alta calidad y a explicar claramente nuestras políticas financieras. Revise este acuerdo con atención y pregúntenos cualquier aspecto que no comprenda antes de firmar.

### 1. PRÁCTICA DE PAGO DIRECTO

Areto Dental actualmente funciona como práctica de pago directo y no presenta reclamaciones a compañías de seguro dental. El pago de los servicios es responsabilidad del paciente, padre, tutor legal u otra parte financieramente responsable. El pago vence de acuerdo con esta política, independientemente de que el paciente tenga seguro dental o solicite por su cuenta un reembolso. A solicitud, Areto Dental puede proporcionar un recibo detallado u otra documentación para que el paciente la presente de forma independiente a una aseguradora. Areto Dental no garantiza reembolso alguno.

### 2. RESPONSABILIDAD DE PAGO

El pago vence al momento de prestar los servicios, salvo que Areto Dental haya aprobado por escrito un acuerdo de pago antes de iniciar el tratamiento. Esto puede incluir exámenes, consultas y diagnóstico; radiografías, fotografías, escaneos y otros registros; tratamiento preventivo, restaurativo, quirúrgico, cosmético y de emergencia; honorarios de laboratorio, medicamentos, materiales, aparatos y dispositivos dentales; citas perdidas o cancelaciones tardías cuando corresponda; y pagos devueltos, costos de cobro y otros cargos autorizados. Las formas de pago aceptadas pueden incluir efectivo, tarjeta de débito/crédito, HSA, FSA o financiamiento de terceros aprobado.

### 3. ESTIMADOS DE TRATAMIENTO

Antes del tratamiento, Areto Dental hará esfuerzos razonables para proporcionar un estimado escrito de los cargos esperados. Un estimado no garantiza el costo final. Durante el tratamiento pueden descubrirse condiciones adicionales no visibles o conocidas inicialmente. Se informarán cambios importantes siempre que sea razonablemente posible antes de realizar tratamiento adicional. El paciente sigue siendo responsable del costo de todos los servicios autorizados y prestados.

### 4. DEPÓSITOS Y PAGOS ANTICIPADOS

Areto Dental puede exigir un depósito o el pago total por adelantado para determinados servicios, incluidos trabajos de laboratorio, implantes, injertos óseos, alineadores transparentes, procedimientos cosméticos, sedación, cirugía o citas que requieran tiempo clínico prolongado. Los depósitos pueden aplicarse a laboratorio, tiempo reservado, materiales u otros gastos relacionados. Salvo indicación escrita en contrario, un depósito no es reembolsable después de ordenar trabajo de laboratorio, fabricar materiales personalizados o iniciar el tratamiento.

### 5. PLANES DE PAGO Y FINANCIAMIENTO

Todo plan de pago debe aprobarse por escrito antes de iniciar el tratamiento. La aprobación queda a discreción de Areto Dental y puede requerir anticipo, tarjeta válida archivada, pagos automáticos programados, aprobación de financiamiento de terceros o pago total en una fecha específica. No cumplir con los pagos acordados puede provocar la cancelación de citas futuras no urgentes y la remisión del saldo impago a cobro.

### 6. TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO ARCHIVADA

Cuando el paciente lo autorice, Areto Dental puede mantener de forma segura una tarjeta de pago archivada para cargos autorizados. No se cobrará sin autorización, excepto cuando el paciente haya firmado una autorización separada para pagos recurrentes, plan de pago, citas perdidas u otros cargos. El paciente debe informar si la tarjeta vence, se reemplaza o deja de ser válida.

### 7. CITAS PERDIDAS Y CANCELACIONES TARDÍAS

Las citas se reservan específicamente para cada paciente. Solicitamos al menos \_\_\_\_\_ horas de aviso para cancelar o reprogramar. Puede cobrarse una tarifa de \$ \_\_\_\_\_ por no asistir, cancelar con menos aviso del requerido, llegar demasiado tarde para completar el tratamiento de forma segura o reprogramar repetidamente sin suficiente aviso. Para citas prolongadas, quirúrgicas, de sedación, cosméticas o relacionadas con laboratorio puede aplicarse una tarifa distinta o la pérdida del depósito. La tarifa puede eximirse a discreción de Areto Dental por emergencias documentadas o circunstancias fuera del control razonable del paciente.

### 8. LLEGADAS TARDÍAS

Los pacientes que lleguen tarde pueden recibir un tratamiento abreviado, necesitar reprogramación o estar sujetos a una tarifa de cancelación tardía si no queda tiempo suficiente para completar el tratamiento de manera segura. Areto Dental hará esfuerzos razonables para acomodar las llegadas tardías, pero no garantiza que pueda completarse el procedimiento programado.

### 9. PAGOS DEVUELTOS O REVERTIDOS

Puede cobrarse una tarifa de \$ \_\_\_\_\_ por cheque devuelto, pago electrónico rechazado, cargo disputado, pago revertido o pago programado fallido, en la medida permitida por la ley. El paciente sigue siendo responsable del saldo original y de las tarifas aplicables. Después de un pago devuelto o revertido, Areto Dental puede exigir que pagos futuros se hagan en efectivo, fondos certificados, tarjeta u otro método aprobado.

### 10. SALDOS PENDIENTES

Todo saldo no pagado a su vencimiento se considera vencido salvo que exista un acuerdo de pago escrito. Areto Dental puede enviar estados de cuenta, hacer llamadas, enviar mensajes de texto, correos electrónicos u otras comunicaciones legales sobre el saldo. Los pacientes deben mantener actualizados su dirección, teléfono y correo electrónico. El tratamiento no urgente puede posponerse o interrumpirse cuando exista un saldo vencido, sujeto al criterio profesional del dentista y la ley aplicable.

# ARETO DENTAL

## Política Financiera y Acuerdo del Paciente - Continuación

### 11. POLÍTICA DE COBROS

Si una cuenta permanece impaga, Areto Dental puede tomar medidas razonables para cobrar el saldo, como recordatorios, contacto con la parte responsable, ofrecimiento o cumplimiento de un plan aprobado, remisión a una agencia de cobro o abogado u otros recursos legales. En la medida permitida por la ley y por cualquier acuerdo separado, el paciente o responsable financiero puede ser responsable de costos razonables de cobro, tarifas de agencia, honorarios de abogado, costos judiciales y otros gastos de recuperación. Solo se divulgará la información mínima necesaria para fines de pago y cobro, de acuerdo con las leyes de privacidad.

### 12. PREGUNTAS O DISPUTAS DE FACTURACIÓN

Los pacientes deben comunicarse con Areto Dental de inmediato si tienen preguntas sobre un cargo o saldo. Una pregunta o disputa no pospone automáticamente la fecha de vencimiento. La parte no disputada del saldo continúa adeudada. Los contracargos o disputas de pago no deben utilizarse como sustituto de contactar primero a la oficina para resolver una inquietud de facturación.

### 13. REEMBOLSOS Y CRÉDITOS DE CUENTA

Todo reembolso aprobado se procesará después de revisar la cuenta y contabilizar servicios completados, cargos de laboratorio, materiales, tarifas de financiamiento y otros gastos aplicables. Los reembolsos se emitirán generalmente al método original de pago cuando sea posible. Los créditos no utilizados pueden aplicarse a tratamiento futuro o reembolsarse según la política de la oficina y la ley aplicable.

### 14. MENORES Y PACIENTES DEPENDIENTES

El padre, tutor legal o adulto que autoriza tratamiento para un menor es responsable del pago, salvo que Areto Dental haya aceptado por escrito otro acuerdo financiero. Acuerdos de divorcio, órdenes de custodia o acuerdos privados entre padres no modifican la obligación de la parte responsable frente a Areto Dental, salvo aceptación escrita por la práctica.

### 15. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

La evaluación y el tratamiento de emergencia pueden requerir pago al momento del servicio. Si se recomienda tratamiento continuo después de una visita de emergencia, el paciente recibirá información sobre cargos esperados y opciones de pago disponibles.

### 16. CAMBIOS A ESTA POLÍTICA

Areto Dental puede actualizar sus políticas financieras periódicamente. Las políticas actualizadas se aplicarán a servicios futuros después de proporcionar aviso al paciente. Los cambios no alterarán las obligaciones de pago por servicios ya prestados.

### RECONOCIMIENTO Y ACUERDO

- Al firmar a continuación, reconozco que:
- He leído y entiendo esta Política Financiera y Acuerdo del Paciente.
  - He tenido la oportunidad de hacer preguntas.
  - Entiendo que Areto Dental actualmente es una práctica de pago directo y no presenta reclamaciones de seguro.
  - Acepto responsabilidad financiera por todos los servicios prestados a mí o al paciente indicado abajo.
  - Entiendo las políticas sobre citas perdidas, cancelaciones tardías, pagos devueltos y cobros.
  - Acepto pagar todos los montos adeudados conforme a este acuerdo y a cualquier acuerdo financiero específico del tratamiento que firme.

|                               |  |              |
|-------------------------------|--|--------------|
| Nombre del paciente           |  |              |
| Fecha de nacimiento           |  |              |
| Relación con el paciente      |  |              |
| Responsable financiero        |  |              |
| Firma                         |  | Fecha: _____ |
| Representante de Areto Dental |  |              |
| Firma                         |  | Fecha: _____ |

# ARETO DENTAL

## Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ELLA. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

### INFORMACIÓN GENERAL

Nuestra obligación legal. La ley federal y estatal aplicable nos exige mantener la privacidad de su información médica protegida y entregarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, obligaciones legales y sus derechos. Debemos seguir las prácticas descritas mientras este Aviso esté vigente. Este Aviso entra en vigor el 1 de junio de 2026 y seguirá vigente hasta que sea reemplazado.

Cambios a este Aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que la ley lo permita. Podemos hacer que los cambios se apliquen a toda la información de salud que mantengamos, incluida la creada o recibida antes del cambio. Antes de un cambio importante, actualizaremos el Aviso y pondremos la nueva versión a disposición en la práctica, en nuestro sitio web y a solicitud.

Copias e información. Puede solicitar una copia del Aviso en cualquier momento. Para obtener más información o copias adicionales, comuníquese con nosotros usando la información indicada al final del Aviso.

Su autorización. Además de los usos descritos aquí, usted puede darnos autorización escrita para usar o divulgar su información de salud para cualquier propósito. Puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento; la revocación no afectará usos o divulgaciones realizados mientras la autorización estuvo vigente. Salvo autorización escrita, no usaremos ni divulgaremos su información por motivos distintos de los permitidos o descritos en este Aviso.

Seguridad. Se le notificará tan pronto como sea posible si se produce una violación de seguridad de su información personal de salud.

### USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

Podemos usar y divulgar información sobre usted sin autorización para los fines permitidos por la ley. No creamos ni mantenemos notas de psicoterapia ni registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD) de Programas de la Parte 2 en esta práctica. Si recibimos de otro proveedor información sujeta a protecciones especiales - como información relacionada con VIH, genética, trastornos por consumo de alcohol o sustancias, o salud mental - la manejaremos conforme a todos los requisitos legales aplicables.

Tratamiento. Podemos usar o divulgar su información de salud para su tratamiento, por ejemplo a un médico, farmacéutico u otro proveedor que participe en su atención.

Pago. Podemos usar y divulgar su información para obtener pago por los servicios prestados; por ejemplo, podemos enviar reclamaciones a un plan dental cuando corresponda.

Operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar información en relación con evaluación y mejora de calidad, revisión de competencia o calificaciones profesionales, evaluación de desempeño, capacitación, acreditación, certificación, licenciamiento o credenciales.

A usted o a su representante personal. Debemos divulgarle su información según se describe en la sección de derechos. Podemos divulgarla a su representante personal cuando corresponda conforme a la ley y sus preferencias.

Personas involucradas en su cuidado. Podemos usar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, estado general o fallecimiento. Cuando esté presente, normalmente le daremos la oportunidad de objetar. En su ausencia, incapacidad o emergencia, usaremos criterio profesional y divulgaremos solo lo directamente relevante para la participación de esa persona en su atención.

Marketing y recaudación de fondos. No utilizaremos su información de salud para comunicaciones de marketing ni para recaudación de fondos sin su autorización escrita cuando esta sea requerida. Revelaremos cualquier conflicto financiero de interés relacionado con su tratamiento.

Requerido por la ley. Podemos usar o divulgar su información cuando la ley lo exija.

Salud pública y beneficio público. Podemos usar o divulgar información para reportar abuso, negligencia o violencia doméstica; enfermedades, lesiones y estadísticas vitales; cierta información a la FDA; alertar a personas que puedan estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad; actividades de supervisión sanitaria; ciertos procedimientos judiciales y administrativos; ciertos fines de aplicación de la ley; prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad; y cumplir con compensación laboral o programas similares.

Personas fallecidas. Podemos divulgar información de salud sobre una persona fallecida según lo autorice o exija la ley.

Seguridad nacional o ayuda en desastres. Podemos divulgar información a autoridades militares o funcionarios federales autorizados para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional; a instituciones correccionales o autoridades con custodia legal en determinadas circunstancias; y para apoyar esfuerzos de ayuda en desastres.

Recordatorios de citas. Podemos usar o divulgar su información para proporcionarle recordatorios de citas, como mensajes de voz, textos, postales o cartas.

## ARETO DENTAL

### Aviso de Prácticas de Privacidad - Continuación

#### SUS DERECHOS

**Acceso.** Tiene derecho, con excepciones limitadas, a ver u obtener copias de su información de salud. Puede solicitar otro formato cuando sea razonablemente posible. La solicitud debe hacerse por escrito. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en costos por suministros, mano de obra y envío, según lo permita la ley. Si solicita un formato alternativo, resumen o explicación, puede aplicarse una tarifa basada en costos.

**Registro de divulgaciones.** Tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones realizadas por nosotros o nuestros socios comerciales durante los últimos 6 años, exceptuando tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras actividades excluidas por ley. Si solicita este registro más de una vez en 12 meses, puede aplicarse una tarifa razonable basada en costos.

**Restricciones.** Tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre el uso o divulgación de su información. En la mayoría de los casos no estamos obligados a aceptarlas, pero si lo hacemos, cumpliremos el acuerdo salvo excepciones legales. Debemos cumplir una solicitud para restringir la divulgación a un plan de salud cuando la información se relacione exclusivamente con un artículo o servicio pagado completamente de su bolsillo, según lo exija HIPAA.

**Comunicación alternativa.** Puede solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos. Su solicitud debe indicar el medio o lugar y, cuando corresponda, cómo se manejarán los pagos.

**Enmienda.** Tiene derecho a solicitar por escrito que modifiquemos su información de salud y explicar por qué debe modificarse. Podemos negar la solicitud en determinadas circunstancias.

**No divulgación a la compañía de seguros.** Si paga completamente de su bolsillo por un servicio o procedimiento, puede solicitar que no presentemos ese servicio a su compañía de seguros cuando la ley aplicable lo permita o exija.

**Aviso electrónico.** Puede solicitar una copia impresa de este Aviso.

#### PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros. Si cree que sus derechos de privacidad fueron violados, o no está de acuerdo con una decisión sobre acceso, enmienda, restricción o comunicaciones alternativas, puede presentar una queja ante nosotros. También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección correspondiente a solicitud. Apoyamos su derecho a la privacidad y no tomaremos represalias por presentar una queja.

## ARETO DENTAL

## Reconocimiento de Recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad

Entiendo que, conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede ser utilizada para:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los distintos proveedores de atención médica que puedan participar directa o indirectamente.
- Obtener pagos de terceros pagadores cuando corresponda.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones profesionales.

He recibido, leído y entiendo el documento Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que Areto Dental tiene derecho a modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad periódicamente y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento para obtener una copia vigente.

## PERMISOS DE COMUNICACIÓN

| Permiso                                                      | Sí                       | No                       |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Dejar un mensaje en su contestador o buzón de voz?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Confirmar citas dejando mensajes o hablando con familiares? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Dejar recordatorios de premedicación (si corresponde)?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hablar con miembros del hogar sobre su atención?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                   |       |       |       |       |       |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Nombre del paciente               | _____ | Firma | _____ | Fecha | _____ |
| Nombre / relación con el paciente | _____ | Firma | _____ | Fecha | _____ |

## SOLO PARA USO DE LA OFICINA

La práctica proporcionó al paciente mencionado anteriormente el Aviso de Prácticas de Privacidad y este Reconocimiento de Recepción, pero no pudo obtener un reconocimiento firmado porque:

■ El paciente o tutor se negó a firmar    ■ Situación de emergencia

■ Otro: \_\_\_\_\_