

Dr. Steven D. Darmstadt DDS, Inc.  
**Oral and Maxillofacial Surgery**  
1801 W. Romneya Drive, Suite 408  
Anaheim, CA 92801  
714-635-7471

**Informacion Confidencial del Paciente**

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_  
Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Numero de Licencia: \_\_\_\_\_ Estado de Licencia: \_\_\_\_\_  
Compania donde Trabaja : \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Quien es responsable por el costo de la visita de hoy? \_\_\_\_\_  
Ha sido nuestro Paciente antes?  Si  No Cuando? \_\_\_\_\_  
Trajo radiografia?  Si  No Trajo Referencia?  Si  No  
Dentista: \_\_\_\_\_ Doctor Primario: \_\_\_\_\_  
Ortodoncista: \_\_\_\_\_

**Informacion de Padres, Esposa, Esposo, o Guardian Legal (Por Favor Indique Relacion)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Numero de Licencia: \_\_\_\_\_ Estado de Licencia: \_\_\_\_\_  
Compania donde Trabaja: \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

**Informacion Financiera**

Requerimos que los arreglos financieros sean terminados antes de la cirugía. Pagos por servicios serán pagados al tiempo del tratamiento, al menos que otros arreglos fuesen hechos.

Compania Aseguradora Nombre de Aseguransa: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Dental Nombre de la persona primaria en la aseguransa: \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Compania Aseguradora Nombre de Aseguransa: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Medical Nombre de la persona primaria en la aseguransa: \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_

Yo autorizo que se proporcione toda informacion medica necesaria para el proceso de esta solicitud y tambien certifico qu la informacion de arriba es correcta.

**Yo autorizo pago de beneficios de seguro medico o dental a Dr. Steven D. Darmstadt DDS, Inc.**

Firma del Paciente, Persona Asegurada  
O Persona Autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Norma de Privacidad de HIPAA Acuerdo de Autorizacion del Paciente

## Autorizacion para la Revelacion de Informacion Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Medico (§164.508(a))

Yo, \_\_\_\_\_ (Patient's Name) entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Steven D. Darmstadt, D.D.S., Inc. - Anaheim, CA, crea y mantiene los documentos medicos que describen mi historial medico, sintomas, exámenes y los resultados, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Yo entiendo que esta informacion sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento;
- Un medio de comunicacion entre profesionales del campo medico que pueden contribuir a mi cuidado medico;
- Una fuente de informacion de como aplicar mi diagnóstico e informacion quirurgica a mi cuenta;
- Un medio por el cual un pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados;
- Un medio para operaciones rutinarias de cuidado medico tales como determinacion de calidad y revision de capacidad de los profesionales en el campo medico.

He sido proporcionado(a) con una copia del *Aviso de Practicas de Privacidad* que provee una descripcion mas completa sobre los usos y revelaciones de informacion.

Entiendo que como parte de mi cuidado y tratamiento puede ser necesario proveer a otra entidad mi Informacion Confidencial Medica. Yo tengo el derecho de revisar el aviso de Steven D. Darmstadt, D.D.S., Inc. - Anaheim, CA antes de firmar esta autorizacion. Autorizo la revelacion de mi Informacion Confidencial Medica como sera especificado posteriormente para los propositos y a los grupos indicados por mi.

# Norma de Privacidad Consentimiento del Paciente

## Consentimiento para la Revelacion de Informacion Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Medico (§164.506(a))

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de Practicas de Informacion de Steven D. Darmstadt, D.D.S., Inc. - Anaheim, CA antes de firmar este consentimiento;
- Que Steven D. Darmstadt, D.D.S., Inc. - Anaheim, CA, reserva su derecho de cambiar el aviso y las practicas y que si solicito, enviara una copia del aviso editado a la direccion que he dado antes de ponerlo en practica;
- Tengo el derecho a oponerme al uso de mi informacion medica para propositos directorios;
- Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a como mi informacion confidencial medica puede ser usada o revelada para realizar tratamiento, pago o cuidado medico y que no es requerido por la ley que Steven D. Darmstadt, D.D.S., Inc. - Anaheim, CA, este de acuerdo con las restricciones solicitadas;
- Puedo revocar este consentimiento escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto que Steven D. Darmstadt, D.D.S., Inc. - Anaheim, CA, ya haya tomado accion dependiendo del consentimiento escrito.

Firma del Paciente o Testigo Representante Legal .....

Nombre del Paciente o Testigo Representante Legal .....

Fecha: .....

Steven D. Darmstadt, D.D.S., Inc.  
Practice Limited to Oral and Maxillofacial Surgery  
1801 W. Romneya Drive, Suite #408  
Anaheim, CA 92801

### ARREGLOS FINANCIEROS, ASEGURANSA MEDICA Y DENTAL

Estamos comprometidos en darle el mejor servicio y cuidado possible. Como cortesía, le assistiremos a recibir lo maximo de beneficios de su aseguransa medica y/o dental. Nuestra officina processera su plan de tratamiento a su aseguransa. Requerimos la forma de su aseguransa en el cual fuera un requisito de su compania.

Con mucho gusto le explicaremos su tratamiento y calquier pregunta relacionada con su aseguransa. Por favor queremos que este al tanto de lo siguiente: Su asesguransa es un contrato entre usted, su trabajo y la compania de aseguransa. En nuestra officina, no estamos relacionados con el contrato que tiene usted con su aseguransa. Algunas aseguransas escojen ciertos tratmientos en cual escojen no cubrir. En nuestra officina no podemos saber adelanto. Un estimado de el costo, no sera exacto.

Los costos seran pagados en total el dia de su cirugia. Para su convenencia, aceptamos Visa, Mastercard, American Express, Discover y checkes personales tambien seran aceptados. Con checkes regresados por su banco, Habra un cobro de \$30.00 cada vez que es regresado por su banco. Tambien checkes regresados seran facturados a una agencia de collection, en cual usted se hara reaponsable por los costos de la agencia, mas los intereses que se hacomulen. Cuentas con balance no pagado, seran subjtitivas con interes y facturadas a una agencia de collection.

Si usted ocupa arreglos financieros, por favor avicenos, y con mucho gusto le daremos las opciones disponibles. Si tiene alguna pregunta tocante esta informacion, preguntenos.

-----  
Firma del Paciente/Padre/Guardian

-----  
Fecha

-----  
Paciente

-----  
Fecha

## Questionario De Salud

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Si su contestacion es "SI" a la pregunta, ponga un circulo al rededor de "SI" Si su contestacion es "NO" a la pregunta, ponga un circulo al rededor de "NO".

Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando se indique. Las contestaciones a nuestras preguntas son unicamente para nuestros archivos, y se consideran estas estrictamente confidenciales.

1. Ha comido o bebido halgo el dia de hoy? ..... Si No
2. Esta usted en Buena salud? ..... Si No
  - A. Ha habio cambio de su salud en el ultimo ano?..... Si No
3. Mi ultimo examen medico fue en: \_\_\_\_\_
4. Esta ahora bajo atencion medica? ..... Si No
  - A. Si es asi-que enfermedad se esta curando? \_\_\_\_\_

5. El nombre y domicilio de mi medico es: \_\_\_\_\_

6. Ha tenido alguna enfermedad seria u operacion? ..... Si No
  - A. Si es asi, cual fue la enfermedad u operacion? \_\_\_\_\_

7. Durante los ultimos cinco (5) anos ha sido hospitalizado o tenido una enfermedad seria? ..... Si No

8. Usted toma bebidas alcoholicas? ..... Si No

9. Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?
  - A. Fiebre reumatica o reuma cardiaca? ..... Si No
  - B. Bronchitis chronico, enfiseema, problemas pulmonares? ... Si No
  - C. Enfermedad Cardiovascular?
    1. Sirugia del Corazon..... Si No
    2. Ataque Cardiaco ..... Si No
    3. Problemas en las Arterias Coronarias.. Si No
    4. Alta Pression ..... Si No
    5. Derrame Cerebral ..... Si No
    6. Angina de Pecho (dolor en corazon) ..... Si No
    7. Soplo en el Corazon ..... Si No
    8. Mitral Valve Prolapse (prolapse de valuula) Si No
    9. Marcapasos ..... Si No

D. Alergias ..... Si No

E. Asma ..... Si No

Uso de inhalador ? ..... Si No

Si es asi cuando? \_\_\_\_\_

F. Problemas de espalda o cuello ..... Si No

G. Ataque Epileptico..... Si No

H. Diabetes ..... Si No

I. Hepatitis, Ictericia, o enfermedades del higado ..... Si No

J. Artritis ..... Si No

K. Inflamacion reumatica (coyunturas inflamadas con dolor) Si No

L. Ulceras estomacales ..... Si No

M. Enfermedad del rinon ..... Si No

N. Tuberculosis ..... Si No

O. Tos presistente o tose sangre ..... Si No

P. Baja presion ..... Si No

Q. Enfermedades venerceas ..... Si No

R. Sida, VIH ..... Si No

S. Coyunturas artificial (Protesis)..... Si No

T. Otras Enfermedades ..... Si No

U. Dialisis ..... Si No

10. Ha sangrado anormalmente, cuand o una extraccion dental, cirujia o trauma ..... Si No

A. Se moretea su piel facilmente ..... Si No

B. Ha requerido transfusion sanguinea ..... Si No

Si contesta afirmativamente explique \_\_\_\_\_

11. Tiene algun desorden sanguineo tal como anemia ..... Si No

12. Ha tenido cirujia o radiacion para tartar algun tumor, crecimiento u otra enfermedad bucal o labial ..... Si No

13. Estas tomando alguna droga o medicina ..... Si No

Si es asi, que esta tomando : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Esta tomando algunos de los siguientes medicamentos:

- |  |       |
|--|-------|
| A. Medicamentos o antibioticos .....               | Si No |
| B. Anticoagulantes (adelgazador sanguineo) .....   | Si No |
| C. Medicamento contra la alta presion .....        | Si No |
| D. Cortisona (esteroides) .....                    | Si No |
| E. Tranquilizantes .....                           | Si No |
| F. Aspirina .....                                  | Si No |
| G. Insulina, tombultamide o drogas similares ..... | Si No |
| H. Medicamentos para enfermedades cardiacas ..     | Si No |
| I. Nitroglicerina .....                            | Si No |
| J. A tomado Phen-Phen (uso de dieta) .....         | Si No |
| K. Otros medicamentos .....                        | _____ |

15. Es usted alergico o reacciona adversamente a los siguientes tratamientos:

- |   |       |
|---|-------|
| A. Anestesia Local .....                                | Si No |
| B. Antibioticos o Penicilina .....                      | Si No |
| C. Medicamentos .....                                   | Si No |
| D. Barbituricos, sedantes o pastilles para dormir ..... | Si No |
| E. Aspirina .....                                       | Si No |
| F. Yodo .....   | Si No |
| G. Latex .....  | Si No |
| H. Alguna otra : .....                                  | _____ |

16. Ha tenido algun problema despues de haber tenido un tratamiento dental ..... Si No

17. Tiene usted alguna enfermedad o condicion fisica o algun problema no enumerado anteriormente y que usted crea que yo deba saber ..... Si No

Si es asi expliqueme : \_\_\_\_\_

18. Esta usted encinta (Embarazada)..... Si No

19. Usted fuma ? ..... Si No

he contestado el questionario de salud completamente. He dado conocer todos mis problemas de salud.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente/Padres de paciente /  
Guardian o Representatne Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature of Doctor

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Doctors Assistant

\_\_\_\_\_  
Date

# Día de la Cirugía

**PRIMERA HORA:** Muerda suavemente pero con firmeza sobre la gasa que se ha colocado en las áreas quirúrgicas, asegurándose de que se mantengan en su lugar. La gasa se puede retirar con cuidado después de 20-25 minutos. Si el sangrado activo persiste coloque suficiente gasa nueva para obtener la presión sobre la zona operada durante otros 20-25 minutos.

**SUPURACION:** Sangrado o supuración intermitente durante la noche es normal. El sangrado puede ser controlado mediante la colocación de una gasa fresca sobre las áreas y morder en la gasa durante 20-25 minutos. No sustituya la gasa a menos que sea un FLUIDO ESTABLE de sangre.

**SANGRADO PERSISTENTE:** El sangrado nunca debe ser grave. Si es así, por lo general significa que la gasa está siendo apretada entre los dientes y no está ejerciendo presión sobre las áreas quirúrgicas. Pruebe reposicionando la gasa. Si el sangrado persiste o se vuelve pesado, puede sustituir con una bolsa de té (en seco) durante 20-30 minutos. Si el sangrado permanece sin controlar, por favor llame a nuestra oficina.

**HIGIENE ORAL Y CUIDADO:** No moleste a la zona de la cirugía hoy. NO enjuague vigorosamente o sondear el área con ningún objeto. Usted puede cepillarse los dientes con suavidad. Si usted es un fumador, **NO FUME POR FAVOR** por lo menos por 72 horas, ya que esto es muy perjudicial para la curación y haciendo caso omiso de esta precaución puede causar una alveolitis seca.

**HINCHAZON:** La hinchazón se asocia a menudo con la cirugía oral. Puede ser minimizado mediante el uso de una compresa fría, una bolsa de hielo o una bolsa de guisantes congelados envuelta en una toalla y aplicadas con firmeza a la mejilla junto con el área quirúrgica. Esto se debe aplicar por 20 minutos cada 20 minutos, durante las primeras 24 horas después de la cirugía. Si hay una infección activa consultar con su doctor antes de la aplicación de hielo. Si le han prescrito medicamentos para el control de la inflamación, asegúrese de tomarlo como indicado.

**DOLOR:** Desafortunadamente la cirugía oral es acompañada por un cierto grado de incomodidad. Por lo general, usted tendrá una receta para analgésicos. Si se toma la primera pastilla antes de la anestesia haya pasado, usted debería ser capaz de manejar cualquier incomodidad mejor. Algunos pacientes encuentran que un analgésico más fuerte produce náuseas, pero si toma cada pastilla para el dolor con una pequeña cantidad de comida, se reducirán las posibilidades de náuseas. Los efectos de los medicamentos para el dolor varían ampliamente entre los individuos. Si no se logra un alivio adecuado al principio, usted puede complementar cada pastilla para el dolor con un analgésico como la aspirina o el ibuprofeno. Recuerde que el dolor más severo es generalmente un plazo de seis horas después de la anestesia local desaparece, después de que su necesidad de la medicina debe disminuir. Sin embargo, usted puede experimentar el máximo dolor y la hinchazón de 3-5 días después de la cirugía. Si usted encuentra que usted está tomando grandes cantidades de medicamento para el dolor a intervalos frecuentes, por favor llame a nuestra oficina. Si usted anticipa que necesita más medicación de la prescripción para el fin de semana, tiene que llamar para una recarga durante los días de semana el horario laboral.

**NAUSEA:** La náusea no es rara que después de la cirugía. A veces los medicamentos para el dolor son la causa. La náusea puede reducirse si toma cada pastilla para el dolor con una pequeña cantidad de alimento blando, y tomando la píldora con un gran volumen de agua. Trate de seguir tomando líquidos claros y minimizar la dosis de medicamentos para el dolor. Llámenos si usted no se siente mejor.

**DIETA:** Coma cualquier alimento nutritivo que pueda tomar con comodidad. Evite los alimentos muy calientes o condimentados. No utilice un sorbete por los primeros 3 días después de la cirugía. No es necesario limitar los alimentos en puré, pero una dieta fresca, suave es recomendable (sopas, pudines, yogur, batidos de leche, etc.) Lo mejor es evitar los alimentos como nueces, semillas de girasol, las palomitas de maíz, etc., que pueden atorarse en las áreas de la cirugía. En los próximos días es posible avanzar gradualmente a alimentos sólidos. Es importante no saltarse ninguna comida! Si se toma el alimento regularmente se sentirá mejor, ganará fuerza, tendrá menos molestias, y sanará más rápido. Si usted es diabético, mantenga sus hábitos alimenticios normales o siga las instrucciones dadas por su

**BORDES AFILADOS:** Si usted siente algo duro o bordes afilados en las áreas quirúrgicas, es probable que usted esté sintiendo las paredes óseas que alguna vez soportaron los dientes extraídos. De vez en cuando pequeñas astillas de hueso pueden trabajar por sí mismos durante el mes siguiente. Si causan preocupación o molestia, por favor llame a la oficina.

Instrucciones Para el Segundo y Tercer Día

**ENJUAGUE BUCAL:** Mantener su boca limpia después de la cirugía es esencial. 48 horas después de la cirugía use un 1/4 de cucharadita de sal disuelta en un vaso de 8 onzas de agua tibia y enjuague suavemente con porciones de la solución, tomando cinco minutos para utilizar el vaso entero. Repita tantas veces como lo desee, pero por lo menos dos o tres veces al día.

**LA SANIDAD:** Cicatrización normal después de la extracción del diente debe ser de la siguiente manera: Los primeros dos días después de la cirugía son generalmente los más incómodos y por lo general hay algo de inflamación. En el tercer día debe ser más cómodo, y aun un poco de hinchazón, por lo general puede comenzar una dieta más sustancial. El resto del curso postoperatorio debe ser gradual, constante mejorara. Si usted no ve una mejora continua, por favor llame a nuestra oficina. Si se le da una jeringa de irrigación de plástico, **NO DEBERA** ser utilizado para los primeros cinco días. Luego lo utilizara a diario de acuerdo a las instrucciones, hasta que esté seguro que la cavidad del diente se ha cerrado por completo y que no hay ninguna posibilidad de cualquier alojamiento partículas de alimentos en el zócalo. Es nuestro deseo que su recuperación sea lo más suave y agradable como sea posible. Siguiendo estas instrucciones le ayudará, pero si usted tiene preguntas acerca de su progreso, por favor llame a nuestra oficina. Un servicio de respuesta de emergencia las 24 horas está disponible para ponerse en contacto con el médico de guardia después de las horas de oficina. Llamadas en horario de oficina brindará una respuesta más rápida a su pregunta o preocupación.

**NOTA:** Las llamadas telefónicas para la renovación de prescripción de narcóticos solo se aceptan en horario de oficina.

**Steven D. Darmstadt, DDS, Inc.**

1751 W. Romneya drive, Suite C

Anaheim, CA 92801

714-635-7471 FAX 714-635-1322 EMAIL: drdarmstadt@yahoo.com