

**TOEPPERWEIN DENTAL**  
**KENNETH O. LIVINGSTON, DDS**  
**FAMILY & COSMETIC DENTAL**  
**11901 Toepperwein Rd. Ste. 1104, Live Oak, TX 78233**  
**210-946-GRIN (4746)**

**PATIENT INFORMATION/INFORMACION (PLEASE PRINT)**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Male or Female/Hombre o Mujer

Address/Dirección: \_\_\_\_\_ Apt./Apartamento# \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ St.: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Mailing Address if different from above/Dirección de correo si es diferente de la anterior: \_\_\_\_\_

Home Ph/Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work/Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell/Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Other/Otro: \_\_\_\_\_

Date of Birth/Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN/Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Marital Status/Estado: \_\_\_\_ Married/Casado \_\_\_\_ Single/Solo \_\_\_\_ Widowed/Viuda

E-mail address/Dirección de electrónico: \_\_\_\_\_

**REFERRAL INFORMATION/REMISION**

Whom may we thank for referring you to our practice?/ Quién podemos agradecer a remitirlos a nuestra práctica?

<input type="checkbox"/> AT&T Yellow Pages (big)	<input type="checkbox"/> AT&T Yellow Pages (small)	<input type="checkbox"/> Yellow Book (sm Grtr Randolph)
<input type="checkbox"/> Yellow Book (big)	<input type="checkbox"/> Internet/GOOGLE	<input type="checkbox"/> Verizon Book (big)
<input type="checkbox"/> Drove By	<input type="checkbox"/> Newspaper	<input type="checkbox"/> Mailer/Coupon
<input type="checkbox"/> Toepperweindental.com	<input type="checkbox"/> Smiles Dental Guide	<input type="checkbox"/> Facebook
<input type="checkbox"/> Family or Friend	<input type="checkbox"/> Other/Otro: _____	

**RESPONSIBLE PARTY/PARTE RESPONSIBLE**

Insured Name/Asegurados Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Home Ph/Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work/Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell/Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Date of Birth/Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN/Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Employer/Empleador: \_\_\_\_\_ Address/Dirección: \_\_\_\_\_

Insurance Co/Compañía de Seguridad: \_\_\_\_\_ Phone/Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Insurance Company Address/Dirección de Seguridad: \_\_\_\_\_

Group # \_\_\_\_\_ ID/Policy# \_\_\_\_\_ Military Rank/Rango: \_\_\_\_\_

I verify the above information is correct. Toepperwein Dental expects fees to be paid at time of service. Insurance will be filed as a courtesy. I understand as responsible party that I am responsible for all charges accrued.

Para comprobar la veracidad de la información mencionada supra. Toepperwein Dental espera tasas a pagar en el momento del servicio. Seguro será presentada como una cortesía. Tengo entendido como parte responsable que soy responsable de todos los cargos acumulados.

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

# TOEPPERWEIN DENTAL

## HEALTH INFORMATION/INFORMACION SANTARIA

Patient Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

HAVE YOU EVER HAD OR ARE YOU BEING TREATED FOR/Alguna vez ha tenido o tiene que están siendo tratados por:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's   | <input type="checkbox"/> Herpes  | <input type="checkbox"/> Shingles/Herpes zoster      |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure/Hipertensión                      | <input type="checkbox"/> Shunts                      |
| <input type="checkbox"/> Anigma(Chest Pains)/Dolores en el pecho                     | <input type="checkbox"/> HIV   | <input type="checkbox"/> Sleep Apnea/Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis  | <input type="checkbox"/> Infectious Disease/Enfermedad infecciosa              | <input type="checkbox"/> Seizures/Ataque masculino   |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma   | <input type="checkbox"/> Irregular Heart Beat/Latidos irregulares              | <input type="checkbox"/> Stroke/Golpe When: _____    |
| <input type="checkbox"/> Autoimmune Disease/Enfermedad Autoinmune                    | <input type="checkbox"/> Joint/Muscle Problems/Problemas musculares            | <input type="checkbox"/> Prosthesis/Prótesis         |
| <input type="checkbox"/> Behavioral Disorder/Trastorno de conducta                   | <input type="checkbox"/> Joint Replacement/Articulares                         | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                |
| <input type="checkbox"/> Bladder Problems/Problemas de la vejiga                     | <input type="checkbox"/> Kidney Problems/Problemas renales                     | <input type="checkbox"/> Ulcers/úlceras              |
| <input type="checkbox"/> Bleeding Problems/ Problemas de sangrado                    | <input type="checkbox"/> Learning Disability/Incapacidad de aprendizaje        | <input type="checkbox"/> Veneral Disease/Venéreas    |
| <input type="checkbox"/> Cancer Type/Tipo: _____                                     | <input type="checkbox"/> Liver Problems/Problemas hepáticos                    | <input type="checkbox"/> Surgery/Cirugía             |
| <input type="checkbox"/> Congenital Heart Problems/Problemas cardíacos congénitos    | <input type="checkbox"/> Low Blood Pressure/Presión baja                       | _____  |
| <input type="checkbox"/> Depression/Depresión  | <input type="checkbox"/> Lung Disease/Enfermedad pulmonar                      | _____  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Type/Tipo: _____                                   | <input type="checkbox"/> Mental Illness/Enfermedad mental                      | _____  |
| <input type="checkbox"/> Dialysis/Diálisis   | <input type="checkbox"/> Nervous Problems/ Problemas nerviosos                 | _____  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy/Epilepsia  | <input type="checkbox"/> Organ Transplant/Trasplante de órganos                |  |
| <input type="checkbox"/> Fainting Spells/Desvanecimientos                            | <input type="checkbox"/> Pacemaker/Marcapasos When/Cuándo: _____               |  |
| <input type="checkbox"/> Gastro-Intestinal Problems/Problemas gastrointestinales     | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease/Enfermedad de la tiroides             |  |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma  | <input type="checkbox"/> Psychiatric Care/Atención Psiquiátrica                |  |
| <input type="checkbox"/> Head Injury/Lesión en la cabeza                             | <input type="checkbox"/> Sinus Problems/Problemas de los senos paranasales     |  |
| <input type="checkbox"/> Heart Attack/Ataque al corazón                              | <input type="checkbox"/> Severe Headaches/Dolores de cabeza severos            |  |
| <input type="checkbox"/> Heart Murmur/Soplo en el corazón                            | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease/Enfermedad de células falciformes |  |
| <input type="checkbox"/> Heart Surgery/Cirugía del corazón                           |  |  |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis Type/Tipo: <u>A</u> <u>B</u> <u>C</u> OR <u>D</u> |  |  |

Have you ever had to be PRE-MEDICATED for dental treatment? If so, Why?/ Alguna vez ha tenido que ser pre-medicados para el tratamiento dental, porque? \_\_\_\_\_

**ARE YOU ALLERGIC TO ANY OF THE FOLLOWING/Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes:**

Penicillin/Penicilina      Codeine/Codeína      Sulfa Drugs      Novocaine/Novocaína      Ibuprophen  
Others/Otro: \_\_\_\_\_

Are you taking any PRESCRIBED medications? Please list/ Está tomando cualquier medicamento recetado. Lista:

\_\_\_\_\_

Are you taking any over the counter medications or vitamins? Please list./Está tomando cualquier los medicamentos de venta libre o vitaminas, lista: \_\_\_\_\_

Is there anything in your history NOT listed? What?/ Hay algo en tu historia no aparece, que. \_\_\_\_\_

Are you currently PREGNANT?/ estás embarazada \_\_\_\_\_ How far?/Cuán lejos \_\_\_\_\_ Breastfeeding?/Pecho \_\_\_\_\_

Do you use TOBACCO products?/Usa tabaco. \_\_\_\_\_ How much?/Quanto. \_\_\_\_\_ How long?/Tiempo \_\_\_\_\_

Do you use ALCOHOL?/Tomas? \_\_\_\_\_ How Often?/Quanto \_\_\_\_\_

Are you currently under a physician's care? If so, Who? \_\_\_\_\_ For what? \_\_\_\_\_

¿Está actualmente bajo un médico de atención. Quién? \_\_\_\_\_ Por lo que? \_\_\_\_\_



**Oxyfresh**  
WORLDWIDE, INC. ©

**DENTAL HISTORY/HISTORIA DENTAL**

Patient Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

-When was your last dental exam? \_\_\_\_\_ X-Rays? \_\_\_\_\_ Cleaning? \_\_\_\_\_  
Cuando fue su último examen dental? \_\_\_\_\_

-Are you HAPPY with the appearance of your teeth/smile? \_\_\_\_\_  
Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? \_\_\_\_\_

-Are you apprehensive about dental treatment? \_\_\_\_\_  
Son tratamientos dentales? \_\_\_\_\_

-Have you ever had complications following dental treatment? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez ha tenido complicaciones después de tratamiento dental \_\_\_\_\_

-Have you ever had GUM DISEASE/PERIODONTAL DISEASE? If so, When? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez ha tenido enfermedades de las encías \_\_\_\_\_

-Are your gums sensitive or do they BLEED? \_\_\_\_\_  
Son sus encías sensibles o no sangran? \_\_\_\_\_

-What could we do to make your experience better in our office than it was at your last office?  
¿Qué podemos hacer para mejorar su experiencia en nuestra oficina de lo que estaba a su última oficina \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**DAY WHITE®**

Amorphous Calcium Phosphate **ACP**

# **NOTICE OF PRIVACY ACT/ ANUNCIO DE LEY DE PRIVACIDAD**

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW YOUR HEALTH INFORMATION MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. \*Este aviso describe cómo su información de salud puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información.**

**PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. THE PRIVACY OF YOUR HEALTH INFORMATION IS VERY IMPORTANT TO US. \*Por favor, revise con cuidado. La privacidad de su información de salud es muy importante para nosotros.**

## **USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION \*USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACION DE SALUD**

**We use and disclose health information about you for treatment, payment, and healthcare.**

**\*Utilizamos y divulgamos información médica acerca de usted para tratamiento, pago, y el cuidado de la salud. For example/ \*Por ejemplo:**

**Treatment:** We may use or disclose your health information to a physician or other healthcare provider providing treatment to you, or to family and friends you approve.

**\*Trato:** Podemos usar o divulgar su información médica a un médico u otro proveedor de atención médica facilitar tratamiento a usted, o a la familia y los amigos que usted apruebe.

**Payment:** We may use and disclose your health information to obtain payment for services we provide to you.

**\*Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que proporcionamos a usted.

**Healthcare Operations:** We may use and disclose your health information in connection with our healthcare operations to include: quality assessment and improvement activities, reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals, evaluating practitioner and provider performance, conducting training programs, accreditation, certification, licensing or credentialing activities.

**\*Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar y divulgar su información médica en relación con nuestras operaciones de servicios de salud para incluir: evaluación de la calidad y actividades de mejoramiento, revisar la competencia o las cualificaciones de los profesionales de la salud, la evaluación profesional y desempeño de los proveedores, llevando a cabo programas de capacitación, acreditación, certificación, la concesión de licencias o actividades de acreditación.

**Your Authorization:** In addition to our use of your health information for treatment, payment or healthcare operations, you may give us written authorization to use your health information or to disclose it to anyone for any purpose. You also have the right to request restrictions on disclosure of Personal Health Information, or alternative means of communication to ensure privacy.

**\*Su Autorización:** Además de la utilización de su información de salud para el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud, usted puede darnos autorización escrita para utilizar su información de salud o revelar esta información a nadie para ningún propósito. También tiene el derecho a solicitar restricciones relativas a la divulgación de información personal de la salud, o de medios alternativos de comunicación para garantizar la privacidad.

**Marketing Health-Related Services:** We will not use your health information for marketing communications without your written authorization.

**\*Marketing servicios relacionados con la salud:** We will not use your health information for marketing communications without your written authorization.

**Required by Law:** We may use or disclose your health information when we are required to do so by law or national security activities.

**\*Requerido por la ley:** Podemos usar o divulgar su información médica cuando estamos obligados a hacerlo por ley o actividades de seguridad nacional.

**Abuse or Neglect:** We may disclose your health information to appropriate authorities when we suspect abuse or neglect.

**\*Abuso o negligencia:** Podremos divulgar su información médica a las autoridades competentes cuando se sospeche de maltrato o descuido.

**Appointment Reminders:** We may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders (such as voicemail messages, postcards, emails or letters).

**\*Recordatorios de citas:** Podemos usar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas.

## **PATIENT RIGHTS/ \*DERECHOS DE LOS PACIENTES**

You have the right to look at or get copies of your health information with limited exceptions. If you request copies, we will charge you \$25.00 to locate and copy your information and postage if necessary. You have the right to request that we amend your health information.

\*Usted tiene el derecho a inspeccionar u obtener copias de su información de salud con excepciones limitadas. Si usted solicita copias, nosotros le cobraremos \$25.00 para localizer y copiar su información y franqueo si es necesario. Usted tiene el derecho de solicitar que se proceda a modificar su información de salud.

## **QUESTIONS & COMPLAINTS/ \*PREGUNTAS Y QUEJAS**

If you want more information about our privacy practices or may have questions or concerns, please let us know.

If you are concerned that we may have violated your privacy rights, or you disagree with a decision we made about access to your health information or in response to a request you made to amend or restrict the use or disclosure of your health information or to have us communicate with you by alternate means or at alternate locations, you may complain to us using our contact information. You may also submit a written complaint to the U.S. Department of Health & Human Services.

We support your right to the privacy of your health information. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint about us to the U.S. Department of Health & Human Services. A privacy/contact officer has been designated for this office. Please ask our front desk personnel and they will direct you to the privacy/contact officer.

\*Si desea obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o inquietudes, por favor póngase en contacto con nosotros. Si usted está preocupado por el hecho de que nos puede haber violado sus derechos de privacidad, o está de acuerdo con la decisión que hemos tomado sobre el acceso a la información sobre su salud o en respuesta a una solicitud que hizo a modificar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para que podamos comunicarnos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, usted puede quejarse con nosotros utilizando la información de contacto.

\*Apoyamos el derecho a la privacidad de su información de salud. Nosotros no tomará represalias de ninguna manera si usted elige para presentar una denuncia por nosotros para el departamento de salud y servicios humanos. Un oficial de la privacidad ha sido designado para este cargo. Por favor pida a nuestro personal de recepción y que le llevará a la oficial de privacidad.

## **PATIENT ACKNOWLEDGEMENT RECIEPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES & CONSENT FOR NECESSARY USE OF PERSONAL INFORMATION**

**\*PACIENTE ACUSE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA USO NECESARIO DE INFORMACIÓN PERSONAL**

Name (Print)/ Nombre: \_\_\_\_\_

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

## FINANCIAL POLICY/ \*POLÍTICA FINANCIERA

WELCOME, to our office! It is important to us that you are perfectly comfortable regarding fees, services, or any other matter. Dental treatment requires partnership and mutual understanding between the patient, dentist and the office staff. Please ask our friendly staff if you have any questions.

\*BIENVENIDO, a nuestra oficina. Para nosotros es importante que usted está perfectamente cómodo sobre tarifas, servicios, o de cualquier otro asunto. Tratamiento dental es precisa la colaboración y el entendimiento mutuo entre el paciente, dentista y el personal de la oficina. Por favor pida a nuestro amable personal si usted tiene cualquier pregunta.

### WE OFFER PAYMENT OPTIONS/ \*OFRECEMOS OPCIONES DE PAGO

- Third Party Healthcare Financing (CARE CREDIT)

\*Tercero financiación de la asistencia sanitaria (CARE CREDIT)

- 10% Senior Discount

\*10% Descuento Senior

-In House Financing

\*Financiación de la vivienda

- Dental Insurance: We will accept your ESTIMATED co-payment at the time of service and file your dental claim for you. Any unpaid balance from your insurance company becomes YOUR responsibility.

\*Seguro Dental: Aceptaremos su estimada de co-pago en el momento de servicio y presentar su reclamación dental para usted. Cualquier saldo pendiente de su compañía de seguros se convierte en su responsabilidad.

\*\*\*\*\* PLEASE READ BELOW/ \*POR FAVOR LEA A CONTINUACIÓN \*\*\*\*\*

We request that you give at least 24 HOURS ADVANCE NOTICE when you are unable to keep a scheduled appointment. We set OUR time aside especially for YOU and your dental treatment. All appointments missed without sufficient notice will be charged a fee of \$50.00 per hour booked for that procedure day. If necessary, our office requires a fee of \$25.00 for any x-ray duplications/copies.

\*Le pedimos que se dan por lo menos 24 horas de antelación cuando no puede acudir a una cita programada. Nuestro tiempo destinado especialmente para usted y su tratamiento dental. Todas las citas perdidas sin suficiente antelación le cobrará una tarifa de \$50.00 por hora reservado para ese procedimiento día. Si es necesario, nuestra oficina requiere una tarifa de \$25.00 para cualquier x-ray duplicaciones o copias.

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Estimated costs of treatment are honored for 90 days from the date originally quoted. Patients with insurance are still responsible for all fees not covered by dental insurance carrier. We hope this helps clarify our financial policy. If you have any questions, please feel free to ask our Financial Coordinator.

\* Los costos estimados del tratamiento son honrados por 90 días a partir de la fecha originalmente citado. Los pacientes con seguro aún sigue siendo responsable de todas las cuotas no cubiertos por seguro dental portador. Esperamos que esto ayude a clarificar nuestra política financiera. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor, no dude en preguntar a nuestro coordinador financier.

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**I understand that, under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996, I have certain rights to privacy regarding my protected health information. I understand that this information can and will be used in:**

**\*Tengo entendido que, en virtud de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996, tengo ciertos derechos a la privacidad en cuanto a mi información de salud protegida. Tengo entendido que esta información podrá ser y será utilizado en:**

- Conduct, plan and direct my treatment and follow-up among the multiple healthcare providers who may be involved in that treatment directly and indirectly.**
- \* Conducta, y encontrará una mi plan de seguimiento y tratamiento entre los múltiples proveedores de servicios de salud que podrían estar implicados en que el tratamiento directa e indirectamente.**
- Obtain payment from 3<sup>rd</sup> party payers.**
- \* Obtener el pago de la 3<sup>a</sup> parte los contribuyentes.**
- Conduct normal healthcare operations such as quality assessments and physician certifications.**
- \* Conducta normal operaciones de servicios de salud, tales como las evaluaciones de calidad y certificaciones médico.**

**I have been informed by you of your Notice of Privacy Practices containing a more complete description of the uses and disclosures of my health information. I have been given the right to review such Notice Practices prior to signing this consent. I understand that this organization has the right to change its Notice of Privacy Practices from time to time and that I may contact this organization at any time to obtain a current copy of the Notice of Privacy Practices.**

**I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used or disclosed to carry out treatment, payment or health care operations. I also agree that you bound to abide by such restrictions.**

**I understand that I may revoke this consent in writing at any time, except to the extent that you may have taken action relying on this consent.**

**\* Me han informado de que de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de la salud y se me ha dado el derecho de revisar las prácticas, en el aviso antes de la firma este consentimiento. Tengo entendido que esta organización tiene el derecho de modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que me pueden contactar a la organización en cualquier momento para obtener una copia actual del aviso de prácticas de privacidad.**

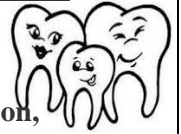
**Tengo entendido que puedo solicitar por escrito que se le limitan cómo mi información privada se utiliza o revelada a llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. También estoy de acuerdo en que usted a acatar tales restricciones.**

**Yo entiendo que me podrá revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que es posible que haya tomado acción apoyándose en este consentimiento**

**Relationship to Patient: \_\_\_\_\_**

**Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

# **\*\*\*All Patients Initial 1-4/ \*Todos Los Pacientes Iniciales\*\*\***



## **1.) Examination & X-Rays/ \*Examen Y Rayos X**

I understand that the initial visit may require radiographs in order to complete the examination, diagnosis and treatment plan.

**\*Entiendo que la visita inicial puede requerir radiografías con el fin de completar el examen, diagnóstico y plan de tratamiento.**

## **2.) Drugs, Medication & Sedation/ \*Las Drogas, Medicamentos Y Sedación**

I have been informed and understand that antibiotics and analgesics and other medications can cause allergic reactions causing redness and swelling of tissues, pain, itching, vomiting, and/or anaphylactic shock (severe allergic reaction). They may cause drowsiness, lack of awareness and coordination which can be increased by the use of alcohol or other drugs. I understand and fully agree not to operate any vehicle or hazardous device for at least 12 hours or until fully recovered from the effects of the anesthetic, medication and drugs that may have been given to me in the office for my care. I understand that failure to take medications prescribed for me in the manor prescribed may cause risks of continued and aggravated infection and pain and potential resistance to the effectiveness of oral contraceptives (Birth Control Pills).

**Rx**

**\*He sido informado y a comprender que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e inflamación de los tejidos, el dolor, prurito, vómitos, y Shock anafiláctico (Reacción alérgica severa). Pueden provocar somnolencia, la falta de sensibilización y coordinación, que puede ser incrementado por el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y estoy plenamente de acuerdo no para conducir cualquier vehículo o dispositivos peligrosos durante al menos 12 horas o hasta que se haya recuperado de los efectos de la anestesia, medicación y medicamentos que pueden me han dado en la oficina de mi atención. Tengo entendido que no tomar los medicamentos prescritos para mí en la mansión prescrito puede causar riesgos continuos y agravados de dolor e infección y resistencia potencial a la eficacia de los anticonceptivos orales (Las Píldoras para el Control de la Natalidad).**

## **3.) Change In Treatment Plan/ \*Cambio De Plan De Tratamiento**

I understand that during treatment it may be necessary to change or add procedures because of conditions found while working on the teeth that were not discovered during the examination, the most common being Root Canal Therapy following restorative (Fillings) procedures. I give my permission to the dentist to make all changes and additions as necessary.

**\*Tengo entendido que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar los procedimientos debido a las condiciones encontradas en el desempeño de su trabajo en los dientes que no fueron descubiertas durante el examen, los más comunes son el tratamiento de conductos siguientes procedimientos restaurativos. Doy mi permiso para el dentista para hacer todos los cambios y adiciones necesarias.**

## **4.) Temporomandibular Joint Dysfunction/ \*Disfunción de la Articulación Temporomandibular**

I understand that popping, clicking, locking and pain can intensify or develop in the joint of the lower jaw (near the ear) subsequent to routine dental treatment wherein the mouth is held in the open position. Although symptoms of TMD associated with dental treatment are usually transitory in nature and well tolerated by most patients, I understand should the need for treatment arise, then I will be referred to a specialist for treatment, the cost of which is my responsibility.

**\*Tengo entendido que chasquidos, bloqueo y el dolor puede intensificar o desarrollar en la articulación de la mandíbula (cerca de la oreja) inferior posterior al tratamiento dental de rutina en que radique la boca se mantiene en la posición de apertura. Aunque los síntomas de ttm asociados con tratamiento dental son generalmente de carácter transitorio y es bien tolerada por la mayoría de los pacientes, tengo entendido que la necesidad de tratamiento surgen, a continuación, voy a ser remitido a un especialista en tratamiento, el costo de que es mi responsabilidad.**



## **\*\*\*Initial 5-13 As Needed/ \*Según Sea 5-13 Necesario Inicial\*\*\***

### **5.) Fillings/ \*Caries**

I understand that a more extensive restoration than originally diagnosed may be required due to additional decay or unsupported tooth structure found during preparation. This may lead to other measures necessary to restore the tooth to normal function. This may include a Root Canal, Crown or both. I understand that must be exercised in chewing on fillings during the 1<sup>st</sup> 24hours to avoid breakage. I understand that sensitivity is common after a new filling is placed.

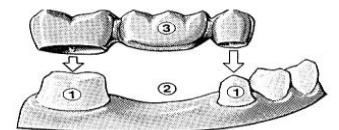
**\*Tengo entendido que una más extensa restauración de diagnosticadas pueden ser necesarios por caries o no admitido toadditional estructura dental durante la preparación. Esto puede conducir a otras medidas necesarias para restablecer el diente a la función normal. Esto puede incluir un conducto radicular, corona o ambos. Entiendo que debe ser ejercido en masticar en obturaciones durante el 1<sup>st</sup> 24 horas para evitar roturas. Tengo entendido que la sensibilidad es común después de un nuevo relleno se coloca.**

### **6.) Removal of Teeth/ \*Extracción de Dientes**

Alternatives to remove my teeth have been explained to me (Root Canal, Crown, and Periodontal Surgery, etc.) and I authorize the dentist to remove my teeth and any others necessary reasons in paragraph #3. I understand removing teeth does not always remove all the infection, and it may be necessary to have further treatment. I understand the risks involved in having teeth removed which may include pain, swelling, spread of infection, dry socket, exposed sinuses, loss of feeling in my tooth, lips, tongue and surrounding tissue (Paresthesia) that can last for an indefinite period or fractured jaw. I understand that I may need further treatment by a specialist or even hospitalization. If complications arise during or following treatment, the cost of further treatment is my responsibility.

**\*Posibilidades para sacar mis dientes han sido me explicó (Root Canal, Corona y Cirugía Periodontal) y yo autorizo el dentista para quitar mis dientes y cualquier otra razones necesarias en el párrafo #3. Entiendo eliminar los dientes no siempre sacar todas la infección, y puede ser necesario tener tratamiento adicional. Entiendo los riesgos involucrados en tener dientes extraídos que pueden incluir dolor, hinchazón, diseminación de la infección, alveolitis seca, expuestos los senos paranasales, la pérdida de sensibilidad en mis dientes, los labios, la lengua y el tejido circundante (Paresthesia) que puede durar por un período indefinido o mandíbula fracturada. Yo entiendo que me puede necesitar tratamiento adicional por un especialista o incluso hospitalización. En caso de que surjan complicaciones durante o después del tratamiento, el costo de tratamiento adicional es mi responsabilidad.**

### **7.) Crown, Bridge, Veneer & Bonding/ \*Corona, Puente, Barniz Y Pegado**



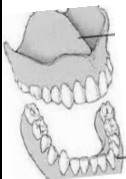
I understand that it is not possible to match the color of natural teeth exactly with artificial teeth. I also understand that I may be wearing temporary crowns, which may come off easily and I must be careful to ensure they stay on until the permanent one is delivered. I realize the final opportunity to make changes in my new crown, bridge or veneer (including shape, size, fit & color) will be before cementation. It has been explained to me that in some cases, cosmetic procedures may need a future Root Canal, which can not be predicted or anticipated. I understand that cosmetic procedures may affect tooth surfaces and may require modification of daily cleaning procedures. It is my responsibility to return for permanent cementation within 20 days after tooth preparation. I am aware that excessive delays may allow for decay, tooth movement, gum disease, and bite problems. I am aware that additional charges will be at my expense to re-make a new crown, bridge, or veneer for delay in cementation.

**\*Tengo entendido que no es posible para que coincidan con el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. por lo que tengo entendido que se me pueda llevar coronas provisionales, que puede salirse con facilidad y tengo que tener cuidado de asegurar que permanezcan hasta que el permanente. Me doy cuenta la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva corona, puente o enchapado (Como la forma, tamaño, forma y color) será antes cementaciï. Se me ha explicado que en algunos casos, los procedimientos cosméticos pueden necesitar un futuro canal radicular, que no se pueden prever o previsto. Tengo entendido que procedimientos cosméticos pueden afectar a las superficies de los dientes y puede requerir la modificación de los procedimientos de limpieza diaria. Es mi responsabilidad permanente retorno de cementación dentro de un plazo de 20 días después de la preparación. Soy consciente de que las demoras excesivas pueden permitir de caries, movimiento de los dientes, enfermedad de las encías y los problemas de la mordida. Soy consciente de que cargos adicionales será a mi costa a re-hacer una nueva corona, el puente, o enchapado por la demora en cementación.**



## 8.) Dentures –Complete or Partial/ \*Dentadura

I realize that full or partial dentures are artificial, constructed of plastic, metal or porcelain. The problems of wearing this appliance has been explained to me including looseness, soreness and possible breakage. I realize the final opportunity to make changes in my new denture (shape, size, fit, placement and color) will be on "teeth in wax" visit. Immediate Dentures (dentures placed immediately after extractions) may be uncomfortable at first. Immediate Dentures may require several adjustments and relines. A permanent reline or a 2<sup>nd</sup> set of dentures will be necessary later. This is not included in the initial denture fee. I understand that most dentures require relining about 3-12 months after initial placement. The cost for this procedure is not included in initial denture fee. I understand that it is my responsibility to return for delivery of my new dentures. If a re-make is required due to my delay of more than 30 days, there will be additional lab charges as my full responsibility.



**\*Me doy cuenta de que todo o dentaduras parciales son artificiales, construidas de plástico, metal o porcelana. La problemática de llevar este aparato me ha explicado como demasiado flojas, inflamación y posible rotura. Me doy cuenta la última oportunidad de hacer cambios en mi nueva dentadura (forma, tamaño, forma, color y colocación) será en "dientes en cera" visita. Dentadura postiza inmediata (las dentaduras postizas colocado inmediatamente después las extracciones) puede ser incómodo al principio. Dentadura postiza inmediata puede requerir varios ajustes y relines. un permanente o revestir un 2<sup>nd</sup> de la dentadura postiza será necesaria más adelante. En este no está incluido en la tarifa inicial dentadura. Entiendo que la mayoría las dentaduras postizas necesitar revisiones de 3-12 meses después de la primera colocación. El costo de este procedimiento no está incluido en prótesis inicial canon. Entiendo que es mi responsabilidad de volver para la entrega de mi nueva dentadura postiza. Si un re-hacer es necesario debido a la demora de más de 30 días, habrá otros cargos como mi laboratorio plena responsabilidad.**

## 9.) Endodontic Treatment (Root Canal)/ \*Tratamiento Endodóntico (Empaste de la Raíz)

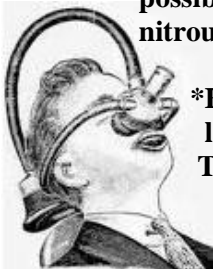


I realize there is no guarantee that a Root Canal will save my tooth, and complications may arise from that treatment. Occasionally, canal material may extend through the root tip which does not necessarily affect the success of the treatment. The tooth may be sensitive during treatment and even tender for a time after treatment. I am aware that it is hard to detect a root fracture, and this is one of the main reasons root canals fail. Since teeth with root canals are more brittle than other teeth, a crown is necessary to strengthen and preserve the tooth. I understand that endodontic files and reamers are very fine instruments and stress can cause them to separate during use. I am aware that occasionally additional surgical procedures may necessary following a root canal treatment (Apicoectomy). I understand that I may lose my tooth in spite of all efforts of saving it.

**\*Me dan cuenta de que no hay garantía de que un canal radicular a salvar a mis dientes, y pueden surgir complicaciones de que el tratamiento y, en ocasiones, canal material pueden extenderse a través de la raíz que no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. El diente puede ser sensible durante el tratamiento e incluso hinchazón durante un tiempo después del tratamiento, aunque soy consciente de que es difícil de detectar una fractura raíz, y esta es una de las razones principales conductos radiculares. Soy consciente de que en ocasiones procedimientos quirúrgicos adicionales puede que sea necesario después de una endodoncia (Apicectomí). Yo entiendo que me pueden perder mi diente a pesar de todos los esfuerzos de ahorro.**

## 10.) Nitrous Oxide (Laughing Gas)/ \*Óxido Nítrico

I am choosing to have nitrous oxide with my dental treatment. I have been informed and am aware of possible side effects. These may include, nausea, vomiting, dizziness and headache. I understand that nitrous oxide is not recommended if I am pregnant.



**\*Estoy eligiendo tener óxido nitroso con mi tratamiento dental. Me han informado y soy consciente de los posibles efectos secundarios, que pueden incluir, náuseas, vómitos, mareos, dolor de cabeza. Tengo entendido que el óxido nitroso no está recomendado si estoy embarazada.**

**11.) Periodontal Treatment/ \*Tratamiento Periodontal**

I understand that I have a serious condition causing gum inflammation and bone loss in my teeth. Alternative treatment plans have been explained to me, including non-surgical cleaning, gum surgery, and extractions. I understand the success of any treatment depends on my part in efforts to brush and floss daily, receive regular cleanings as directed, follow a healthy diet, avoid tobacco products and follow other recommendations. I understand that Periodontal Disease may have a future adverse affect on the long-term success of dental restorative work and even possibly loss of my teeth if left untreated.

**\*Entiendo que tengo una enfermedad grave que causa inflamación de las encías y la pérdida ósea en mis dientes. Planes de tratamiento alternativo han sido me explicó, incluidas las de limpieza quirúrgica, goma de mascar la cirugía, y extracciones. Entiendo el éxito de cualquier tratamiento depende de mi parte en los esfuerzos de cepillarse y usar hilo dental diariamente, reciben regularmente limpiezas como se indica, seguir una dieta saludable, evitar el tabaco y otras recomendaciones.**



**12.) Bleaching, Whitening/ \*Bleaching y el Blanqueamiento**

I understand the degree of whitening varies with the individual. An average patient achieves considerable change (1-3 shades lighter on a dental shade guide). I have been advised that coffee, tea, tobacco and any dark drinks or foods will stain my teeth after treatment and are to be avoided for at least 24hours. I understand I may experience sensitivity on my teeth and possibly gum inflammation, which will subside when treatment is discontinued. The dentist may prescribe fluoride treatments for rare cases of persistent sensitivity.

Carbamide peroxide and other peroxide solutions used in teeth bleaching are approved by the FDA as mouth antiseptics. Their use as bleaching agents have unknown risks. Acceptance of treatment means acceptance of risks. Pregnant woman are advised to consult with their physician before starting treatment.

**\*Tengo entendido que el grado de blanqueamiento varía de acuerdo con el individuo. Un promedio paciente logra un considerable cambio (1-3 tonos más claros en una sombra dental guía). Se me ha informado que el café, el té, el tabaco y las bebidas o cualquier oscuro alimentos se mancha mis dientes después del tratamiento, y para que se pueda evitar de por lo menos 24 horas. Tengo entendido que puede experimentar sensibilidad en mis dientes y posiblemente inflamación de las encías, que desaparecen cuando se interrumpe el tratamiento, por lo que el odontólogo puede prescribir tratamientos con flúor para casos raros de persistente sensibilidad.**

**\*Peróxido de carbamida y otras soluciones de peróxido en dientes blanqueamiento son aprobados por la FDA asmouth antisépticos. Su uso como agente de blanqueo tienen riesgos desconocidos. Aceptación de tratamiento de riesgos meansacceptance. Mujer embarazada se les aconseja consultar con su médico antes de iniciar el tratamiento.**

**13.) Dental Insurance Benefits/ \*Las Prestaciones del Seguro Dental**

I understand that my insurance may provide only the minimum standard of care.  
I understand that Toepperwein Dental will submit my insurance claim on my behalf, as a courtesy.  
I understand that I am fully responsible for any unpaid balances my insurance company may not cover. I elect to follow the Dentist's recommendation of optimal dental treatment.

**\*Tengo entendido que mi seguro sólo puede proporcionar el nivel mínimo de atención. Tengo entendido que Toepperwein Dental, presentaré mi reclamación de seguro en mi nombre, como una cortesía. Tengo entendido que estoy plenamente responsable de todos los saldos pendientes mi compañía de seguros puede no cubrir. Yo optar por seguir la recomendación del dentista dental óptima del tratamiento.**

**Patient Name/Nombre:** \_\_\_\_\_

**Signature/Firma:** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_