



11001 W 120^{ésimo} Ave STE 400
Broomfield, CO 80021
720-315-1319
www.milehighda.com

Registro de pacientes e historial de salud

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono: _____

Historia clínica del paciente

Fecha de nacimiento: _____

Peso: _____ Altura: _____

Alergias (alimentos/medicinas): _____

Medicamentos: _____

Cirugías anteriores: _____

Complicaciones de anestesia con familiares: _____

Enfermedad reciente/ infección vías respiratorias superiores: _____

Problemas médicos/diagnóstico: _____



11001 W 120^{ésimo} Ave STE 400
Broomfield, CO 80021
720-315-1319
www.milehighda.com

¿Alguna vez se le ha diagnosticado al paciente (por favor, marque con un círculo):

Ninguna de las siguientes

Asma	Bronquitis	Apnea del sueño
Parálisis cerebral	Diabetes	Soplo cardíaco
Latidos cardíacos irregulares	Problemas de tiroides	TDAH/TDA
Autismo	Síndrome de Down	Hemofilia
Fibrosis quística	Enfermedad muscular	Distrofia muscular
Convulsiones	Anemia falciforme	Defecto cardíaco
Acidez	Enfermedad renal	Enfermedad hepática
Traqueomalacia	Hipertermia maligna	

Otro síndrome o diagnóstico: _____

Certifico que la información anterior es precisa y completa. Entiendo la importancia de un historial médico detallado y el papel que desempeña en la administración segura de anestesia.

Firma del paciente/padre: _____ Date: _____

www.milehighda.com



11001 W 120^{ésimo} Ave STE 400
Broomfield, CO 80021
720-315-1319
www.milehighda.com

Consentimiento de anestesia

1. Estoy pidiendo que yo o mi wjula recibamos servicios de anestesia de Mile High Dental Anesthesia durante el tratamiento dental. Entiendo que el anesthesiólogo estará presente durante la totalidad de los procedimientos.
2. Entiendo que independientemente del tipo de anestesia (sedación general o IV) que se proporcione, existen riesgos inherentes. Los siguientes representan algunos, pero no todos, de los riesgo comunes previsibles que pueden ocurrir: dolor de garganta, ronquera, náuseas, vómitos, lesiones de ojos, hematomas o sensibilidad en el sitio IV o IM o dolor de cabeza. **Los riesgos graves pero no cornunes que pueden ocurrir incluyen: cambios en la presión arterial, reacciones a medicamentos, paro cardíaco, accidente cerebrovascular, daño cerebral, daño en los nervies, parálisis, o muerte entre o tros. Estos eventos requerirían transporte de emergencia y hospitalización.**
3. Entiendo que soy responsable de los costos que se presenten al tratar cualquier complicación potencial que requiera intervención médica adicional.
4. Entiendo que los medicamentos que estoy tomando pueden causar complicaciones con la anestesia. He informado a mi anesthesiólogo sobre cualquier medicamento (recetado, de venta libre o ilegal) que esté tomando ahora.
5. Entiendo que no debo comer ni beber nada según las instrucciones de mi anesthesiólogo. Estas restricciones son para la seguridad del paciente.
6. **CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO EL CONSENTIMIENTO ANTERIOR PARA LA ANESTESIA** y que se hicieron las explicaciones a las que se hace referencia. Reconozco que he tenido la oportunidad de discutir el procedimiento de anestesia con los médicos interesados y he recibido respuestas a todas mis preguntas.

Nombre del paciente _____:

Firma del paciente/tutor: _____ Date: _____



11001 W 120^{ésimo} Ave STE 400
Broomfield, CO 80021
720-315-1319
www.milehighda.com

Acuerdo financiero

Entiendo que el anesthesiólogo no participa como proveedor dentro de la red con planes de seguro. A petición mía, se me proporcionará un recibo que será adecuado para enviar a mi compañía de seguros médicos o dentales para solicitar el reembolso; Sin embargo, la anestesia para servicios dentales rara vez es un beneficio cubierto. Mile High Dental Anesthesia no se hace responsable de los límites de cobertura del seguro.

El pago de \$ 1030 se debe realizar previo la cita programada. Cualquier balance restante se cobrará en una fecha posterior. El pago se puede hacer en efectivo o con crédito tarjeta de. No se aceptan cheques. Entiendo que el tiempo para la anestesia incluye el tiempo total de tratamiento de parte de los dentistas, el tiempo de preparación de la anestesia y el tiempo de recuperación. Las tarifas de cobertura son los siguientes: \$ 1030 por las primeras 2 horas y \$ 175 por cada 15 minutos adicionales a partir de entonces.

Tri-Care y CHP requieren un pago de \$850 antes de la cita programada. Ese pago inicial cubrirá las primeras 2 horas de servicios de anestesia. Las tarifas adicionales de \$ 175 se cobrarán por cada 15 minutos adicionales directamente después de la cita.

Entiendo que la falta de pago de los servicios de manera oportuna puede resultar en que mi cuenta se envíe a un abogado o agencia de cobro y acepto que seré responsable de todos los honorarios y costos de abogados asociados con los mismos.

Reconozco que estoy firmando esta declaración voluntariamente y que no se está firmando bajo coacción o después de que se hayan prestado los servicios. Entiendo que al firmar este formulario, seré totalmente responsable de los cargos totales facturados por los servicios citados anteriormente y pagaré al proveedor esta cantidad, independientemente de cualquier pago recibido de mi compañía de seguros.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/guardian: _____ Date: _____

Nombre del pagador (si es diferente): _____



11001 W 120^{ésimo} Ave STE 400
Broomfield, CO 80021
720-315-1319
www.milehighda.com

Pago

1. Para asegurar su cita, se requiere una tarifa de anestesia de \$1030 antes de la fecha de su cita.
2. Si no se presenta en el momento de su cita o no sigue correctamente las pautas de ayuno proporcionadas por su proveedor de anestesia sin previo aviso de 24 horas, podemos trabajar con usted para reprogramar su cita, reembolsar la tarifa del procedimiento de anestesia o decidir que se perderá la tarifa de anestesia. La decisión es a discreción exclusiva de su proveedor de anestesia.
3. Mile High Dental Anesthesia acepta tarjetas de crédito excepto ne o efectivo. NO CHEQUES.
4. Todos los pagos en efectivo serán aceptados en el momento de la cita. Si indica un pago en efectivo, aún necesitaremos una tarjeta de crédito archivada para garantizar su cita.

Tarjeta de crédito: _____

Número: _____

Fecha de caducidad: _____ **Código CVC:** _____

Código postal de facturación: _____

Por la presente autorizo a Mile High Dental Anesthesia a cobrar la tarjeta de crédito anterior por la suma de \$ 1030 por servicios de anestesia. Se pueden cobrar tarifas adicionales por procedimientos que excedan las 2 horas.

Firma: _____



11001 W 120^{ésimo} Ave STE 400
Broomfield, CO 80021
720-315-1319
www.milehighda.com

Autorización para u so divulgación de información medica

Autorización para el uso / divulgación de información: Doy mi consentimiento voluntario y autorizo al consultorio de mi médico o al sistema hospitalario a divulgar mi información de salud o la de mi hijo al destinatario que he identificado a continuación.

Destinatario: Autorizo que mi información / la de mi hijo se divulgado al siguiente destinatario:

Mile High Dental Anesthesia
720-315-1319
milehighdentalanesthesia@gmail.com

Propósito: Autorizo la divulgación de mi información de salud o la de mi hijo para atención continua y evaluación preanestésica. Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica. Una política HIPAA más detallada está disponible a petición. Entiendo que esta información puede y será utilizada para: 1. Realizar, planificar y dirigir el tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar directa o indirectamente involucrados en el tratamiento mí / mi hijo. 2. Obtener el pago de terceros pagadores.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma Paciente/Guardian: _____



11001 W 120th Ave STE 400
Broomfield, CO 80021
720-315-1319
www.milehighda.com

INSTRUCCIONES DE PREANESTESIA

- **Comer y beber:** Por favor, no coma ni beba 8 horas antes de su llegada programada. La leche materna está permitida 6 horas antes de la hora de llegada. Se permiten líquidos claros 2 horas antes de la hora de llegada programada (agua, bebidas deportivas).
- **Cambio en la salud:** Informe al consultorio dental si su hijo se enferma gravemente, de fiebre alta, tos nueva productiva, secreción nasal o vómitos. Podría ser necesario de reprogramar su cita.
- **Llegada:** Un padre / guardian debe acompañar al paciente consultorio dental y debe permanecer hasta que se complete el tratamiento. Por favor, deje a los hermanos en casa.
- **Ropa:** Por favor, vista ropa cómoda. Favor de traer una manta. Por favor, traiga un cambio de pañal y ropa para su hijo.
- **Medicamentos:** Continúe tomando todos los medicamentos recetados en horarios normales con un sorbo de agua. Hable con su anesthesiólogo antes de darle a su hijo cualquier medicamento de venta libre antes de su cita.
- **Cómo llegar a casa:** Es preferible que su hijo esté acompañado por dos adultos responsables. Sin embargo, entendemos que esto no siempre es posible. Alguien debe estar disponible para llevarlo a usted / a su hijo a casa. Transporte público no es preferible.



11001 W 120^{ésimo} Ave STE 400
Broomfield, CO 80021
720-315-1319
www.milehighda.com

INSTRUCCIONES DE ALTA

Anestesia: Los efectos sutiles y residuales de la anestesia general o la sedación pueden durar más de 24 horas. Un adulto responsable debe supervisar al paciente durante las próximas 24 horas. Fomente el descanso durante el resto del día. Aunque su hijo puede sentirse y actuar de manera normal dentro de las primeras horas, sus reflejos y capacidad mental pueden verse afectados sin que usted se dé cuenta. Pueden estar mareados, aturdidos o somnolientos durante unas horas después del final de la anestesia. Después de anestesia general, es normal que su hijo se queje de dolores corporales y dolores musculares durante 24 horas. Puede haber un dolor de garganta temporal.

Dieta: Trate de evitar los productos lácteos durante las primeras horas. Se recomienda líquidos claros durante las primeras horas (agua, Gatorade, jugos claros). Según lo tolere, progrese lentamente a una dieta normal a menos que se le indique lo contrario por su dentista.

Medicamentos: Continúe con todos los medicamentos recetados como se administran normalmente. Se puede haber administrado anestesia local durante el procedimiento. La sensación de entumecimiento desaparecerá gradualmente en unas pocas horas y será menos intensa con el tiempo. Los siguientes medicamentos se recomiendan según sea necesario para el control del dolor postoperatorio.

El acetaminofén/Tylenol se puede administrar en: _____

El ibuprofeno/Motrin/Advil puede administrarse en: _____

Náuseas / vómitos: La reacción adversa más común después de la anestesia es náuseas y / o vómitos. Se le administró un medicamento contra las náuseas a su hijo durante el procedimiento. Si hay náuseas y / o vómitos, limite la dieta a líquidos claros hasta que se resuelva. Si las náuseas/vómitos son intensos y prolongados, contacte a su anesthesiólogo.

Anesthesiólogo: _____