



Special Anesthesia Services  
 727 N. Baltimore  
 Derby, KS 67037  
 Phone: 316-788-5939  
 Fax: 316-788-5945  
 Email: [office@sleepinsafety.com](mailto:office@sleepinsafety.com)  
 Website: [www.sleepinsafety.com](http://www.sleepinsafety.com)

**Registro de Pacientes Adultos**

Complete esta pagina de registro y enviela.

Fecha: \_\_\_\_\_ Altura del paciente: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  Kg  libras  
 Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Dia del la cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Longitud: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Edad del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo del paciente: masculino femenina  
 Direccion del paciente: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**Informacion de contacto del paciente:** *por favor complete todos los contactos correspondientes con los que le esta dando permiso a nuestro consultorio para hablar con respecto a la proxima cita de sedacion dental de este paciente.*

Relacion con la/el paciente	Nombre	Numero de telefona con codigo de area
Esposa/Esposo		
Pareja		
Hermana/Hermano		
Nina/Nino		
Guardian		
Instalaciones		
Administrador de casos		
Otro:		

**Aseguranza medico primaria: No aceptamos aseguranzas dentales!**

Compania de aseguranza : \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Numero de identification: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

**Aseguranza medico secundaria:**

Compania de aseguranza : \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Numero de identification: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_



Special Anesthesia Services  
727 N. Baltimore  
Derby, KS 67037  
Phone: 316-788-5939  
Fax: 316-788-5945  
Email: [office@sleepinsafety.com](mailto:office@sleepinsafety.com)  
Website: [www.sleepinsafety.com](http://www.sleepinsafety.com)

**Informacion de seguro dental**

El Seguro dental del paciente es a traves de BCBS of Kansas?  Si  No

**Tarjetas de Seguro medico**

Envie una copia de las tarjetas de Seguro medico del paciente. Incluya el anverso y el reverso de cada tarjeta y todos los seguros medicos que tenga el paciente.

Si este formulario se completa en una tableta en casa o en el consultorio dental, envíe la imagen a continuación. Si está completando este paquete de documentación en una computadora u otro dispositivo, tome una fotografía del frente y el reverso de cada tarjeta de Seguro medico y envíe un mensaje de texto a [sas444@icloud.com](mailto:sas444@icloud.com) o puede enviar las tarjetas por correo electrónico a nuestra oficina en [office@sleepinsafety.com](mailto:office@sleepinsafety.com).

\*\*Tambien puede recibir un mensaje de texto de [sas444@icloud.com](mailto:sas444@icloud.com) solicitando una copia de sus tarjetas de seguro, si no se envian con este paquete de documentacion. La informacion que se encuentra en el reverso de su tarjeta de seguro es importante para que nuestro departamento de facturacion pueda enviar reclamos de manera eficiente y precisa.\*\*

Tarjetas de seguro enviadas a traves de una tableta?  Si  No

Las tarjetas de seguro se enviaron por mensaje de texto a [sas444@icloud.com](mailto:sas444@icloud.com)?  Si  No

**Seguro medico primario**

Frente

Espalda

**Seguro medico secundario**

Frente

Espalda

### Historial Medico Adultos

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad del paciente: \_\_\_\_\_ sexo del paciente:  masculino  femenina

Altura del paciente: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  kg  libras

Nombre del medico de cabecera: \_\_\_\_\_

Numero de telefona del medico de cabecera: \_\_\_\_\_

El paciente ve a algun medico especializado? *Por favor complete si es asi*  Si  No

Tipo de especialista	Nombre del especialista	Numero del telefono y ubicacion
Cardiologa		
Neurologa		
Neumologa		
Gastroenterologa		
Alergologa		
Nefrologa		
Urologa		
Cirujano plastico		
Otro:		

**Si su respuesta es afirmativa a cualquiera de las siguientes preguntas, describala en el cuadro**

\*El paciente esta siendo tratado por un medico en este momento:  Si  No

\*Ha estado enfermo el paciente en las ultimas 6 semanas? Por favor describa:  Si  No

\_\_\_\_\_

\*Esta tomando el paciente algun medicamento? Indique el nombre y la dosis:  Si  No

\_\_\_\_\_

\*Alguna vez el paciente ha sido hospitalizado, operado o tratado con medicamentos en la sala de emergencias? Indique el nombre y la dosis?  Si  No

\*El paciente o sus familiars han tenido alguna vez una reaccion/problema con un anestesico?  Si  No

\_\_\_\_\_

\*Alguna vez el paciente ha tenido una reaccion o alergia a un antibiotic, esteroides, metals, acrilico, tintes, alimentos, latex o cualquier otra alergia a medicamentos? ,  Si  No

\_\_\_\_\_

**Marque la casilla junto a todas las afecciones que el paciente tiene actualmente o ha tenido en el pasado. Describa en detalle todas las Casillas marcadas al final de este formulario.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sinusitis  | <input type="checkbox"/> Problemas de vision, aduicion, o habla                           |
| <input type="checkbox"/> Infecciones cronicas de amigdalas/adenoides        | <input type="checkbox"/> Trastornos del desarrollo  |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueno                                    | <input type="checkbox"/> Retrasos en el aprendizaje                                       |
| <input type="checkbox"/> Ronquidos/respiracion por la boca                  | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual   |
| <input type="checkbox"/> Nauseas excesivas                                  | <input type="checkbox"/> Paralisis cerebral   |
| <input type="checkbox"/> Narices ensangrentadas                             | <input type="checkbox"/> Lesion cerebral traumatica                                       |
| <input type="checkbox"/> Defecto/enfermedad cardiaca                        | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsions  |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco                                     | <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista                                    |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica/enfermedad cardiaca               | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza o migranas                                     |
| <input type="checkbox"/> Arritmia   | <input type="checkbox"/> Desmayos o mareos  |
| <input type="checkbox"/> hipertension                                       | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia   |
| <input type="checkbox"/> asma/enfermedad reactiva de las vias respiratorias | <input type="checkbox"/> Colocacion de la derivacion                                      |
| <input type="checkbox"/> sibilancias/problemas respiratorios                | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD   |
| <input type="checkbox"/> fibrosis quistica                                  | <input type="checkbox"/> Comportamiento, emocional, problemas de comunicacion/tratamiento |
| <input type="checkbox"/> tos o resfriados frecuentes                        | <input type="checkbox"/> Abuso o negligencia  |
| <input type="checkbox"/> neumonia/bronquitis                                | <input type="checkbox"/> Diabetes/Hiperglucemia/Hipoglucemia                              |
| <input type="checkbox"/> ictericia/hepatitis/problemas hepaticos            | <input type="checkbox"/> Pubertad precoz  |
| <input type="checkbox"/> reflujo acido                                      | <input type="checkbox"/> Problemas hormonales   |
| <input type="checkbox"/> ulceras de estomago/problemas intestinales         | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides/pituitaria                              |
| <input type="checkbox"/> estreñimiento                                      | <input type="checkbox"/> Anemia   |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa                          | <input type="checkbox"/> Enfermedad de celulas falciformes/rasgo                          |
| <input type="checkbox"/> Alergias alimentarias/restricciones dieteticas     | <input type="checkbox"/> Desorden sanguineo   |
| <input type="checkbox"/> Diarrea prolongada                                 | <input type="checkbox"/> Hemofilia  |
| <input type="checkbox"/> Perdida de peso involuntaria                       | <input type="checkbox"/> Moretones facilmente   |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones con el peso                         | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo  |
| <input type="checkbox"/> Desorden alimentico                                | <input type="checkbox"/> Transfucion de sangre  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga/rinon                          | <input type="checkbox"/> Cancer/Tumor/Malignidad  |
| <input type="checkbox"/> Artritis/escoliosis                                | <input type="checkbox"/> Quimioterapia/radiacion  |
| <input type="checkbox"/> Uso limitado de brazos o piernas                   | <input type="checkbox"/> Trasplante de medulla osea o de organos                          |
| <input type="checkbox"/> Problemas de musculos, huesos o articulaciones     | <input type="checkbox"/> Mononucleosis/Tuberculosis                                       |
| <input type="checkbox"/> Sarpullido/urticaria/eccema                        | <input type="checkbox"/> MRSA   |
|   | <input type="checkbox"/> ETS or VIH/SIDA  |
|   | <input type="checkbox"/> Sin historial medico   |



Special Anesthesia Services

727 N. Baltimore

Derby, KS 67037

Phone: 316-788-5939

Fax: 316-788-5945

Email: [office@sleepinsafety.com](mailto:office@sleepinsafety.com)

Website: [www.sleepinsafety.com](http://www.sleepinsafety.com)

**A continuacion, proporcione los detalles de todas las Casillas que se marcaron si en la pagina anterior.**

---

---

---

---

---

**Tiene el paciente reflujo acido no controlado o apnea del sueno?**  Si  No

**Mejeres de 18 a 55 anos:**

Existe alguna posibilidad de que la paciente est embarazada?  Si  No

**El paciente fuma, vape o usa algun product de tabaco?**  Si  No

Cuanto por semana? \_\_\_\_\_

**El paciente bebe alcohol?**  Si  No

Que tipo y cuanto por semana? \_\_\_\_\_

**La paciente usa Drogas recreativas?**  Si  No

Que tipo y cuanto por semana? \_\_\_\_\_

**Existe algun otro historial medico importante que no se haya incluido?**  Si  No

---

---

---

---

Fecha de finalizacion \_\_\_\_\_

Firma de la persona que complete este formulario \_\_\_\_\_

Nombre impreso de la persona que complete est formulario \_\_\_\_\_

Relacion con la paciente \_\_\_\_\_

### Hoja de instrucciones para el paciente

El paciente recibirá medicamentos intravenosos durante su procedimiento dental operatorio. Por tanto, es muy importante que siga las siguientes instrucciones. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar para obtener más instrucciones: 316-788-5939. Es esencial para la seguridad del paciente que se adhiera estrictamente a las siguientes políticas. De no hacerlo, se cancelará el procedimiento quirúrgico y se puede poner al paciente en peligro de sufrir una lesión pulmonar grave o la muerte.

- 1. No comer durante 8 horas antes de la hora de llegada:**
  - a. Ningún alimento sólido de ningún tipo, leche, queso, yogur, helado, jugo o caldo
  - b. Sin caramelos, chicles, mentas ni vitaminas
  - c. Ningún producto que contenga proteínas o productos lácteos, incluso si parecen claros
- 2. Se permiten líquidos claros hasta 3 horas antes de la hora de llegada. Los líquidos aprobados son:**
  - a. Agua, sprite/7-up/Sierra Mist o Gatorade de cualquier color o sabor
  - b. Gelatina simple sin frutas agregadas, sin verduras y sin crema batida
  - c. Café negro-sin nata ni azúcar añadido
- 3. NO cepille los dientes del niño en la mañana de la cita, el niño pueda tragar agua o pasta de dientes y esto resultará en la cancelación.**
- 4. Si el paciente tiene un inhalador o nebulizador, traiga su medicamento el día del procedimiento.**
- 5. Vístase con ropa cómoda, preferiblemente una camisa de manga corta. La sedación ocasionalmente puede hacer que el paciente se relaje lo suficiente como para perder el control de la vejiga. Es posible que desee considerar un dependiente o una muda de ropa.**
- 6. Haga arreglos para el transporte desde el consultorio del dentista/cirujano hasta su casa después del procedimiento.**
- 7. Después de la cirugía, espere hasta el día siguiente antes de participar en cualquier actividad en la que una disminución en el estado de alerta, el juicio o el coordinador pueda causar un problema, incluida la conducción.**
- 8. Después de la cirugía, puede tomar analgésicos según las indicaciones del cirujano. Sin embargo, evite el alcohol después de la operación durante 24 horas.**
- 9. Organice la asistencia de un adulto durante al menos 12 horas después de la cirugía.**

**He leído las instrucciones anteriores, son claras para mí y acepto cumplir:**

Firma de la persona que complete este formulario \_\_\_\_\_

Nombre impreso de la persona que complete este formulario \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_



Special Anesthesia Services  
 727 N. Baltimore  
 Derby, KS 67037  
 Phone: 316-788-5939  
 Fax: 316-788-5945  
 Email: [office@sleepinsafety.com](mailto:office@sleepinsafety.com)  
 Website: [www.sleepinsafety.com](http://www.sleepinsafety.com)

**Formulario de deposito SAS**

Los servicios especiales de anestesia requieren un deposito no reembolsable del 25% de todas los pacientes. Por lo general, esto se debe realizar con 3 semanas de anticipacion, sin embargo, muchas veces un paciente no esta programado con tres semanas de anticipacion. En ese caso, se debe abonard un deposito lo antes possible antes de la cita de sedacion programada.

**El deposito se devolvera si el paciente no esta autorizado medicamente para la anestesia en el consultorio.**

El monto del deposito no reembolsable se restara del monto total adeudado en el momento de los servicios.

Las tarifas estandar de la nestesia en el consultorio se basan en un tiempo estimado. La estimacion provendra del dentista las tarifas de nuestros servicios se basaran en esa estimacion. Si el procedimiento tomara mas timep que el estimado, las tarifas por el service aumentarian o si el procedimiento tomara menos tiempo, las tarifas por los servicios seran menores.

Tiempo Estimado	Tarifas estandar	Cantidad del deposito	Tiempo Estimado	Tarifas estandar	Cantidad del deposito
30 minutos	\$497	\$125	2 horas 30 minutos	\$1065	\$266
45 minutos	\$568	\$142	2 horas 45 minutos	\$1136	\$284
1 hora	\$639	\$160	3 horas	\$1207	\$302
1 hora 15 minutos	\$710	\$178	3 horas 15 minutos	\$1278	\$320
1 hora 30 minutos	\$781	\$195	3 horas 30 minutos	\$1349	\$337
1 hora 45 minutos	\$852	\$213	3 horas 45 minutos	\$1420	\$355
2 horas	\$923	\$230	4 horas	\$1491	\$373

**Por favor firme este formulario indicando que comprende la informacion anterior y reconoce que su deposito no es reembolsable.**

Fecha de finalizacion \_\_\_\_\_

Firma de la persona que complete este formulario \_\_\_\_\_

Nombre impreso de la persona que complete est formulario \_\_\_\_\_

Relacion con la paciente \_\_\_\_\_