



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.

Texto: [sas444@icloud.com](mailto:sas444@icloud.com)

Correo electronico: [office@sleepinsafety.com](mailto:office@sleepinsafety.com).

### Informacion financiera/de seguros

Los Servicios Especiales de Anestesia se comunicaan con el paciente/tutor con respecto a las tarifas de sedacion para el proximo procedimiento dental. Nuestra oficina requiere un deposito del 25% que debe pagarse 3 semanas antes del procedimiento de sedacion. Comuniquese con nuestra oficina si tiene preguntas o inquietudes

### Requisitos de autorización médica

Los servicios espeiales de anestesia rquieren autorizacion medica antes de proceder con la cita de sedacion en el consultorio. Esto incluire al medico de atencion primaria (PCP) del paciente y a cualquier especialista que vea el paciente. Asegurese de completar la informacion de la pagina siguiente con todos los medicos y especialistas que atiende el paciente. Neustra oficina solicitara los registros necesarios y la firmas de sus medicos que se enumeran en la pagina siguiente.

**Cualquier paciente mayor de 65 anos requerira un historial actualizado y un examen fisico completado por el PCP del paciente con nuevos analisis de laboratorio y un electrocardiograma dentro de los 90 dias posteriores al procedimiento.**

### 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"/> estrenimiento                                      | <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?**  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 historial medico materno o paterno significativo?**  Si  No

---

---

**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 debe entrar nada en la boca del paciente en la ventana de 3 horas directamente antes de su procedimiento.**
  - a. Sin chicle, caramelos, mentas, vitaminas ni sorbos de agua
- 4. 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.**
- 5. Si el paciente tiene un inhalador o nebulizador, traiga su medicamento el día del procedimiento.**
- 6. 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.**
- 7. Haga arreglos para el transporte desde el consultorio del dentista/cirujano hasta su casa después del procedimiento.**
- 8. 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.**
- 9. Después de la cirugía, puede tomar analgésicos según las indicaciones del cirujano. Sin embargo, evite el alcohol después de la operación durante 24 horas.**
- 10. 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:**

Fecha de finalización \_\_\_\_\_

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 depósito para SAS/Aseguranza**

Los servicios especiales de anestesia requieren un depósito no reembolsable del 25% de todos los pacientes. Este depósito debe pagarse 3 semanas antes de la cita programada; sin embargo, muchas veces la cita no se le programa a un paciente con 3 semanas de anticipación. En ese caso, se debe realizar un depósito lo antes posible antes de la cita programada. El monto del depósito se resta de la tarifa total de sedación. Los depósitos se consideran no reembolsables en el caso de una cancelación dentro de los 5 días hábiles, sin llamada / no presentación en la mañana de la cita y violación de NPO en la mañana de la cita. Si el paciente no es autorizado por razones médicas, se le devolverá el depósito.

Special Anesthesia Services tiene contrato con varias compañías de seguros médicos en el estado de Kansas. Todos los seguros médicos son únicos y ofrecen diferentes coberturas para los procedimientos de sedación. Algunos seguros tienen cobertura que depende de los montos restantes del deducible / límite de pérdidas y de los porcentajes de coseguro, mientras que otros planes de seguro no tienen ninguna cobertura. SAS presentará una solicitud a las compañías de seguros con las que somos proveedores participantes. Si SAS presenta una solicitud al seguro médico del paciente, todavía existe la posibilidad de que se deban pagar tarifas por el procedimiento. Si SAS es un proveedor no participante con el seguro médico del paciente, no se presentará ningún reclamo y las tarifas de sedación se pagarán en su totalidad en el momento del servicio.

**\*\*Special Anesthesia Services no puede facturar ningún seguro dental\*\***

Las estimaciones de las tarifas de sedación se basan en el tiempo que pasa en la oficina del Proveedor de referencia. Las tarifas de la sedación se basan en el tiempo y subirán / bajarán según el tiempo que el paciente esté sedado. Una vez que se complete el papeleo de sedación, nuestra oficina lo llamará después de verificar la cobertura de su seguro y le informará el presupuesto para el procedimiento.

**Todas las tarifas de sedación seran hechas en su totalidad en el momento del servicio, los planes de pago están disponibles a través de Care Credit**

Special Anesthesia Services es un proveedor contratado con Care Credit. Si está interesado en obtener más información sobre Care Credit, visite su sitio web en [www.carecredit.com](http://www.carecredit.com) para presentar la solicitud. Si está utilizando Care Credit para la próxima cita de sedación, su transacción puede calificar para un financiamiento sin intereses de 6 meses. Hable con uno de los miembros del personal de la oficina de SAS para obtener más información.

**Nuestra oficina acepta todas las tarjetas principales (excepto American Express), Care Credit, cheques de caja, giros postales o efectivo. No se aceptarán cheques personales.**

Special Anesthesia Services no es una parte incluida en los acuerdos de divorcio. El adulto acompañante con un paciente menor será responsable de las tarifas por los servicios de sedación.

*Entiendo y he leído el depósito / información financiera anterior para el procedimiento de sedación con Special Anesthesia Services.*

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

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

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

Relacion con el/la 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)

### **Consentimiento para obtener registros médicos**

El historial médico de un paciente incluye una lista de diagnósticos médicos anteriores, enfermedades, cirugías, hospitalizaciones y medicamentos que sus proveedores de atención médica tienen en sus archivos. Esto incluye notas de visitas al consultorio, análisis de laboratorio, informes de ECG y eco, y cualquier otra documentación de pruebas médicas anteriores.

Una variedad de fuentes, incluido su médico de atención primaria y proveedores especializados, contribuyen a la recopilación de este historial. La información recopilada se almacena en el sistema de registro médico electrónico de la práctica y se convierte en parte de su registro médico personal.

El historial médico de un paciente es muy importante para ayudar a los proveedores a tratar adecuadamente sus síntomas y / o enfermedad. Es muy importante que usted y su proveedor discutan todo su historial médico para asegurarse de que su historial médico registrado sea 100% exacto.

Cuando el paciente tiene ciertas condiciones médicas o un historial médico pasado significativo, es necesario que SAS obtenga los registros médicos y la autorización de sus médicos antes de proporcionar anestesia en el consultorio para procedimientos dentales electivos en el entorno del consultorio.

Doy mi permiso para permitir que los Servicios de Anestesia Especial obtengan mi historial médico completo de mi médico de atención primaria, cualquier médico especializado y cualquier otro proveedor de atención médica, incluidos los hospitales de VA.

Fecha de finalización \_\_\_\_\_

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

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

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