



Special Anesthesia Services
 727 N. Baltimore
 Derby, KS 67037
 Phone: 316-788-5939
 Fax: 316-788-5945
 Email: office@sleepinsafety.com
 Website: www.sleepinsafety.com

Registro de Pacientes Adultos

Complete esta hoja de registro y envíela.

Fecha: _____ Altura del paciente: _____ Peso: _____ Kg libras
 Nombre del dentista: _____ Dia de 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: _____

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"/> Transfusion 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 |



Special Anesthesia Services
727 N. Baltimore
Derby, KS 67037
Phone: 316-788-5939
Fax: 316-788-5945
Email: office@sleepinsafety.com
Website: 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
 Website: www.sleepinsafety.com

SAS Deposit Form

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. Al final de la cita de sedacion, se proporcionara y cobara un calculo preciso de las tarifas en el momento del servicio. Todas las tarifas vencen en su totalidad al momento del servicio.

Tiempo Estimado	Tarifas estandar	Cantidad del deposito	Tiempo Estimado	Tarifas estandar	Cantidad del deposito
30 minutos	\$483	\$120	2 horas 30 minutos	\$1035	\$260
45 minutos	\$552	\$140	2 horas 45 minutos	\$1104	\$275
1 hora	\$621	\$155	3 horas	\$1173	\$295
1 hora 15 minutos	\$690	\$175	3 horas 15 minutos	\$1242	\$310
1 hora 30 minutos	\$759	\$190	3 horas 30 minutos	\$1311	\$3330
1 hora 45 minutos	\$828	\$210	3 horas 45 minutos	\$1380	\$345
2 horas	\$897	\$225	4 horas	\$1449	\$360

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 _____