

FORMULARIO PARA EL PACIENTE NUEVO (ADULTO)

¿Como escucho acerca de nosotros? _____

¿Cuál es la cosa más importante que a usted le gustaría que nosotros arregláramos? _____

Preferencia del recordatorio de la cita: Texto Llamada Email (Email:) _____

Nombre del Paciente (Nombre, Inicial, Apellido): _____		
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		
Numero de seguro social: _____	Numero de Teléfono: _____	
Dirección: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
Ocupación: _____	Empleador: _____	Años con la empresa _____
Número de Teléfono del trabajo: _____		
Nombre del cónyuge / pariente más cercano: _____		
Parentesco con usted: _____		
Número de teléfono del cónyuge / pariente: _____		

Nombre del Dentista: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO PRIMARIO
Nombre del asegurado: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Seguro Social: _____
Empleador: _____
Teléfono de empleo: _____
Dirección de empleo: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Compañía de Seguro: _____
Numero del grupo: _____
Dirección: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO SECUNDARIO
Nombre del asegurado: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Seguro Social: _____
Empleador: _____
Teléfono de empleo: _____
Dirección de empleo: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Compañía de Seguro: _____
Numero del grupo: _____
Dirección: _____

RESPONSABLE DE LA CUENTA DE FINANZAS: _____

HISTORIAL MÉDICO: Ahora o en el pasado ha tenido:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Defectos de nacimiento o problemas hereditarios? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Fracturas de hueso, accidentes mayores? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Condiciones reumatoideas o artríticas? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Problemas de la glándula endocrina o de la tiroides? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Problemas del riñón? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Diabetes? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Cáncer, tumor, radioterapia o quimioterapia? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Úlcera estomacal o de acidez? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Poliomielitis, mononucleosis, tuberculosis o pulmonía? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Problemas del sistema inmune? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿SIDA o VIH? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Hepatitis, ictericia o problemas del hígado? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Sufre de desmayos, convulsiones, epilepsia o problema neurológico? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Trastornos de salud mental o problemas de comportamiento? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Dificultades de visión, de audición, de probar o de habla? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Pérdida de apetito o de peso recientemente? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Historia del trastorno alimentario (anorexia, bulimia)? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Trastorno sanguíneo, trastornos hematológicos, Sangrado excesivo o anemia? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Presión arterial alta o baja? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Se cansa con facilidad? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Dolor de pecho, falta de aire o hinchazón de tobillos? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Problema Cardiovascular (problema del corazón, ataque al corazón, angina, insuficiencia coronaria, arterioesclerosis, derrame cerebral, defectos congénitos del corazón, soplo cardíaco o enfermedad cardíaca reumática)? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Trastorno de la piel? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Come una dieta balanceada? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Frecuentes dolores de cabeza, resfriados o dolor de garganta? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Condición de ojo, el oído, la nariz o la garganta? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Fiebre de heno, asma, problema de sinusitis o urticaria? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Condiciones con las anginas o adenoides? |

SÓLO MUJERES

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Está embarazada? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Está anticipando quedar embarazada? |

Alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Anestésicos locales (novocaína o lidocaína)? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Aspirina? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Ibuprofen (Motrin, Advil)? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿La penicilina u otros antibióticos? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Drogas Sulfonamidas? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Codeína o narcóticos? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Metales (joyas, broches de ropa)? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Látex (guantes, globos)? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Vinilo? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Acrílico? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Animales? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Comidas (especifique)? _____ |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Otras sustancias (especifique)? _____ |

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Está tomando medicamentos, suplementos nutritivos, medicación herbaria que no requieren receta médica? Por favor, nombre. |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

Medicación: _____ Tomado Para: _____

Medicación: _____ Tomado Para: _____

Medicación: _____ Tomado Para: _____

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Actualmente tiene o alguna vez ha tenido un problema de uso indebido de sustancias? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Mastica o fuma tabaco? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Operaciones? (Especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Hospitalizado? (Por) _____ |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Otro problema físico o síntomas? (Describir) _____ |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿¿Está siendo tratado por otro profesional de la salud?? (para) _____ |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Fecha del mas reciente examen físico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Hay otras condiciones médicas que de la que debemos ser conscientes? _____ |

He leído y entendido las preguntas anteriores. No voy a contener la ortodoncista o cualquier miembro del personal responsable de los errores u omisiones que he hecho en la terminación de esta forma. Si hay cualquier cambio posterior a este registro de historial médica y dental, informare de ello a esta práctica.

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente)

Firma: _____ Fecha: _____
(Miembro del personal Dental)

HISTORIAL DENTAL: Ahora o en el pasado, ha tenido:

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Usted se opondría llevar aparatos de ortodoncia (frenillos) si en caso que fueran necesarios?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Preocupaciones por su perfil?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Preocupaciones por los dientes espaciados, torcidos o que resaltan?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Consciente o preocupado por el desarrollo de la mandíbula?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Cualquier pariente con similares problemas de dientes o mandíbula?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Han brotado los dientes en forma rápida o lenta?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿El habito de chuparse el dedo? Hasta qué edad? _____
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Deglución anormal o empuje lingual?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Historia de trastornos del habla?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Habito de respirar por la boca, roncar o dificultad para respirar?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Recibió tratamiento para enfermedad periodontal (encías)?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Le han removido dientes permanentes o dientes "extras" (supernumerarios)?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Dientes astillados o lesionados?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Dientes sensibles al frío o calor; siente latido o dolor?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Fracturas mandibulares, quistes o infecciones de la boca?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿"Dientes muertos" o endodoncias tratadas?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Impacciones de comida entre los dientes??
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Rechinamiento de los dientes, aprieta, le truena, o se le atranca la mandíbula?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Cualquier dolor en la mandíbula o zumbido en los oídos?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Cualquier tipo de dolor o malestar en los músculos de la cara o alrededor de las orejas?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Dificultad en la masticación o la apertura de la mandíbula?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Le faltan rellenos o se le encuentran flojos o quebrados?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿"Ebullición de las encías" fuegos o herpes?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Toma cualquier forma de fluoruro?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Problemas graves relacionados con cualquier tratamiento dental anterior?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido un examen ortodóntico o recibido tratamiento ortodóntico anteriormente?
		Nombre del ortodoncista: _____ Fecha del examen/tratamiento: _____
		Razón para no iniciar el tratamiento con ese ortodoncista? _____

He leído y entendido las preguntas anteriores. No voy a contener la ortodoncista o cualquier miembro del personal responsable de los errores u omisiones que he hecho en la terminación de esta forma. Si hay cualquier cambio posterior a este registro de historial médica y dental, informare de ello a esta práctica.

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente)

Firma: _____ Fecha: _____
(Miembro del personal Dental)

Reconocimiento de haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA)

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento.

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.

Imprima su nombre: _____ Firma _____

Fecha: _____

Comunicación por correo electrónico, mensaje de texto, y otros medios no seguros

Puede llegar a ser útil durante el curso del tratamiento comunicarse por correo electrónico, mensaje de texto (por ejemplo, "SMS") u otros métodos de comunicación electrónicos. Le informamos de que estos métodos, en su forma típica, no son medios de comunicación confidenciales. Si utiliza estos métodos para comunicarse con The Brace Place, hay una posibilidad razonable de que una tercera persona puede ser capaz de interceptar y espiar a esos mensajes. El tipo de partes que pueden interceptar estos mensajes incluyen, pero no se limitan a:

- La gente en su hogar o en otros entornos que pueden acceder su teléfono, computadora u otros dispositivos que usted utiliza para leer y escribir mensajes
- Su empleador, si usted utiliza su correo electrónico del trabajo para comunicarse con The Brace Place
- Terceras partes a través de Internet, como los administradores de servidores y otros que monitorean el Internet

Si hay gente en su vida que usted no quiera que tengan la manera de acceder estas comunicaciones, por favor consulte con The Brace Place sobre maneras de mantener sus comunicaciones seguras y confidencial. El tipo de información que podemos enviar puede incluir información relacionada con la programación de reuniones u otras citas, información relacionada con la facturación y de pago, y la información sobre el tratamiento, incluyendo fotos y radiografías.

Yo, _____ autorizo a The Brace Place ubicado en 2630 S. Carrier Pkwy,

(nombre del paciente o guardián)

Grand Prairie, TX 75052 TRANSMITIR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD RELACIONADOS CON MI EXPEDIENTE DE SALUD Y TRATAMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA POR LOS SIGUIENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN: CORREO ELECTRONICO, MENSAJE DE TEXTO Y OTROS MEDIOS NO SEGUROS COMO SE DESCRIBE EN NUESTRO DOCUMENTO "COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRONICO, MENSAGE DE TEXTO, Y OTROS MEDIOS NO SEGUROS" QUE SE LE ENTREGO.

TERMINACIÓN

Esta autorización terminará tres meses después de la terminación de mi tratamiento de ortodoncia.

He sido informado de los riesgos, incluyendo, pero no limitado a mi confidencialidad en el tratamiento, de transmitir mi información protegida de la salud por medios sin garantía. Entiendo que no estoy obligado(a) a firmar este acuerdo para recibir tratamiento. También entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento.

(Firma del paciente o guardián)

Fecha

Nombre impreso del Paciente

Nombre impreso del firmante si no es el paciente