

FORMULARIO PARA EL PACIENTE NUEVO (MENOR)

¿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: _____	Teléfono (casa): _____
Dirección: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
Numero de hermanos y hermanas: _____	Edades: _____
Otros miembros de familia tratados aquí: _____	
Nombre del Padre: _____	Numero de Celular: _____
Dirección: _____	
Nombre de la Madre: _____	Numero de Celular: _____
Dirección: _____	

El AAO recomienda que un niño(a) tenga un chequeo de ortodoncia no más tarde de la edad de 7 años. ¡Programe una consulta gratis para su niño(a) hoy!

Nombre del Dentista: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	
Nombre del Médico: _____	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: _____

PERFIL DEL PACIENTE

- Si No ¿El paciente sigue direcciones bien?
- Si No ¿El paciente cepilla sus dientes al menos 2 veces por día?
- Si No ¿El paciente tiene discapacidades de aprendizaje o necesitó ayuda adicional con instrucciones?
- Si No ¿Es el paciente sensible o tímido sobre sus dientes?
- Si No ¿Está la paciente embarazada?

HISTORIAL MÉDICO: Ahora o en el pasado, el paciente tenía o tenía:

- Si No ¿Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?
- Si No ¿Fracturas de hueso, accidentes mayores?
- Si No ¿Condiciones reumatoideas o artríticas?
- Si No ¿Problemas de la glándula endocrina o de la tiroides?
- Si No ¿Problemas del riñón?
- Si No Diabetes?
- Si No ¿Cáncer, tumor, radioterapia o quimioterapia?
- Si No ¿Úlcera estomacal o de acidez?
- Si No ¿Poliomielitis, mononucleosis, tuberculosis o pulmonía?
- Si No ¿Problemas del sistema inmune?
- Si No ¿SIDA o VIH?
- Si No ¿Hepatitis, ictericia o problemas del hígado?
- Si No ¿Sufre de desmayos, convulsiones, epilepsia o problema neurológico?
- Si No ¿Trastornos de salud mental o problemas de comportamiento?
- Si No ¿Dificultades de visión, de audición, de probar o de habla?
- Si No ¿Pérdida de apetito o de peso recientemente?
- Si No ¿Historia del trastorno alimentario (anorexia, bulimia)?
- Si No ¿Trastorno sanguíneo, trastornos hematológicos, Sangrado excesivo o anemia?
- Si No ¿Presión arterial alta o baja?
- Si No ¿Se cansa con facilidad?
- Si No ¿Dolor de pecho, falta de aire o hinchazón de tobillos?
- Si 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)?
- Si No ¿Trastorno de la piel?
- Si No ¿El paciente come una dieta balanceada?
- Si No ¿Frecuentes dolores de cabeza, resfriados o dolor de garganta?
- Si No ¿Condición de ojo, el oído, la nariz o la garganta?
- Si No ¿Fiebre de heno, asma, problema de sinusitis o urticaria?
- Si No ¿Condiciones con las anginas o adenoides?

Alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes:

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

- Si No ¿El paciente está tomando medicamentos, suplementos nutritivos, medicación herbaria que no requieren receta médica? Por favor, nombre.

Medicación: _____ Tomado Para: _____

Medicación: _____ Tomado Para: _____

Medicación: _____ Tomado Para: _____

- Si No ¿El paciente actualmente tiene o alguna vez ha tenido un problema de uso indebido de sustancias?
- Si No ¿El paciente mastica o fuma tabaco?
- Si No ¿Operaciones? (Especificar) _____
- Si No ¿Hospitalizado? (Por) _____
- Si No ¿Otro problema físico o síntomas? (Describir) _____
- Si No ¿Siendo tratado por otro profesional de la atención sanitaria? (para) _____
- Si No ¿Fecha del mas reciente examen físico: _____
- Si 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: _____
(Padre/Guardián)

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

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

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	El paciente 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	¿Enterado o en cuestión sobre 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	¿Dientes primarios han sido quitados por su dentista?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿El habito de chuparse el dedo? _____
<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	¿Impactos de la 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	¿El paciente 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: _____
(Padre/Guardián)

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, MESSAGE 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