

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: _____
Nombre del Médico: _____	Teléfono: _____

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:

- 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 ¿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 ¿Si usted ha sido diagnosticado con apnea del sueño?
- Si No Si se recomendó el uso de una máquina de CPAP, ¿usted actualmente usa la máquina de CPAP cada noche?
- Si el paciente no usa la máquina de CPAP, tenga en cuenta que nuestra oficina fabrica aparatos para la apnea del sueño que pueden ser más cómodos. Por favor hable con nuestro personal si desea más información.
- 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 ¿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?
- Si No ¿Osteoporosis?

SÓLO MUJERES

- Si No ¿Está embarazada?
- Si No ¿Está anticipando quedar embarazada?

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 ¿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 ¿Actualmente tiene o alguna vez ha tenido un problema de uso indebido de sustancias?
- Si No ¿Mastica o fuma tabaco?
- Si No ¿Operaciones? (Especificar) _____
- Si No ¿Hospitalizado? (Por) _____
- Si No ¿Otro problema físico o síntomas? (Describir) _____
- Si No ¿¿Está siendo tratado por otro profesional de la salud?? (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: _____
(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	¿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	¿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	¿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

Acceso a la Información de Salud

Nombre Del Paciente: _____

Los siguientes nombres son de personas, incluyéndome a mi que me gustaría estar involucrado en el acceso a la información protegida del paciente mencionado. Doy permiso a la Dra. Lateefah Washington a compartir la información protegida del paciente con:

Nombre y Relacion

Nombre y Relacion

Nombre y Relacion

Nombre y Relacion

Firma del Paciente

Fecha

NOTA: Si usted desea agregar o terminar acceso de información a alguno de esta lista, usted debe someter su petición por escrito a nuestra oficina.