

# FORMULARIO PARA PACIENTE NUEVO

Nombre del paciente (Primer Nombre y Apellido): \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Para menor de edad, Nombre del padre o guardian: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Empleador del paciente/padre/guardian: \_\_\_\_\_ Años con este empleador: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_ Años en este domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre de su Dentista: \_\_\_\_\_ ¿Cómo se enteró de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

¿Qué le preocupa a usted o a su dentista de los dientes del paciente? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

### ¿Ahora o en el pasado, ha tenido el paciente?

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fracturas de Hueso                 | <input type="checkbox"/> Problemas de la Piel                           | <input type="checkbox"/> Problema de Comportamiento                                    | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta/Baja                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Riñon                 | <input type="checkbox"/> Diabetes                                       | <input type="checkbox"/> Disturbios de Salud Mental                                    | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón                          |
| <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño                    | <input type="checkbox"/> SIDA. / H.I.V                                  | <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio  | <input type="checkbox"/> Desorden Sangrante                             |
| <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis / Ictericia                          | <input type="checkbox"/> Osteoporosis  | <input type="checkbox"/> Asma   |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho/Falta de Aliento | <input type="checkbox"/> Dificultad con la Visión/ Audición/Sabor/Habla | <input type="checkbox"/> Problemas del sistema inmunológico                            | <input type="checkbox"/> Condición reumatoide o artrítica               |
| <input type="checkbox"/> Cáncer / Radiación o Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Cadera/ Rodilla/Articulación      | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes Resfriados o Dolores de Garganta | <input type="checkbox"/> Condición del oído, ojos, nariz, Garganta      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Endocrina o Tiroides    | <input type="checkbox"/> Desmayos/Epilepsia/ Convulsiones               | <input type="checkbox"/> Condición de las Amígdalas o Adenoides                        | <input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento/ Problemas Hereditarios |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                        |   |  |   |

**Solo mujeres:** ¿Está la paciente actualmente embarazada?  Si  No

Por favor liste cualquier medicamento o suplemento:

Medicación: \_\_\_\_\_ Tomado por: \_\_\_\_\_ Medicación: \_\_\_\_\_ Tomado por: \_\_\_\_\_

Medicación: \_\_\_\_\_ Tomado por: \_\_\_\_\_ Medicación: \_\_\_\_\_ Tomado por: \_\_\_\_\_

## ALERGIAS

- |  |                                     |                                      |                                 |   |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Anestesia Local | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Látex       | <input type="checkbox"/> Vinilo | <input type="checkbox"/> Níquel/Metales |
| <input type="checkbox"/> Acrílico        | <input type="checkbox"/> Aspirina   | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |                                 |   |

### HISTORIAL DENTAL

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chuparse el dedo                                   | <input type="checkbox"/> Teeth grinding,/jaw clenching                      | <input type="checkbox"/> Ronquidos   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad periodontal                             | <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula                              | <input type="checkbox"/> Dificultad para abrir o cerrar  |
| <input type="checkbox"/> Respiración por la boca / dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Dolor o dolor en la cara o alrededor de las orejas | <input type="checkbox"/> La Mandíbula se Tranca/Un sonido de clic o de chasquido al abrir o cerrar la boca |

¿Tiene un "flex spending plan" que quiera usar?  Si  No

¿El paciente ha tenido alguna vez un examen de ortodoncia o ha recibido tratamiento de ortodoncia antes?  Si  No

Si es así, ¿cuál es el nombre de la oficina o el doctor? \_\_\_\_\_

En una escala de 1 a 5, 5 estando listo para comenzar, ¿qué tan preparado está para que comience el tratamiento de su hijo o hija? \_\_\_\_\_

He leído y entiendo las preguntas anteriores. No responsabilizaré a mí ortodoncista ni a ningún miembro del personal por los errores u omisiones que haya cometido al completar este formulario. Si hay algún cambio posterior a este registro historial o estado médico/dental, informaré a esta práctica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del 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.*

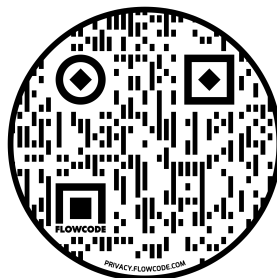
\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Date

**Puede ver nuestro formulario de HIPAA escaneando el código a continuación o yendo a <https://braceplace.net> coloque el cursor sobre nuevos pacientes y haga clic en formularios de pacientes en el menú desplegable**



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

### 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

### Acceso a la Información de Salud

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o guardián

\_\_\_\_\_  
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.

# Formulario de liberación de fotos

---

Yo, \_\_\_\_\_, otorgo permiso a The Brace Place para usar mis fotografías con respecto al cuidado dental que recibí, en cualquier material de marketing, publicidad o enseñanza utilizado para comercializar o publicitar las prácticas dentales, incluido el uso en el sitio web de The Brace Place, página de Facebook o blog en línea. Reconozco el derecho de The Brace Place a recortar o tratar la fotografía a su discreción. También reconozco que The Brace Place puede optar por no usar mi fotografía en este momento, pero puede hacerlo a su propia discreción en una fecha posterior. También entiendo que una vez que mi imagen se publique en el sitio web de The Brace Place, la página de Facebook o el blog en línea, cualquier usuario de la computadora, que está fuera del control de The Brace Place, puede descargar la imagen y yo eximiré a él / ella y cualquiera de sus oficinas afiliadas de cualquier uso o descarga.

Por la presente consiento libre y voluntariamente el uso de mi fotografía como se indicó anteriormente hasta que revoque este consentimiento por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma de la paciente/Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso Del Paciente

Para revocar este consentimiento por escrito, comuníquese con:  
The Brace Place  
2630 S. Carrier Pkwy, Suite A  
Grand Prairie, TX 75052

## Consentimiento para tratar al menor sin Padres Presente

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Yo doy mi permiso completo de realizar cualquier tratamiento dental necesario para mi hijo(a) (nombrado arriba) en mi ausencia. Esto incluye rayos - x, exámenes o tratamiento necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma de la paciente/Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha