

FORMA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (INICIAL DE SECUNDO NOMBRE)

Dirección: _____
(CALLE) (#APT) (CIUDAD,ESTADO,CODIGO)

Fecha de Nacimiento: _____ # SS : _____ Ocupación: _____

Empleador: _____ # de Años Empleado: _____

de Trabajo: _____ # de Casa: _____ # de Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Pasatiempos /Deportes: _____

Nombre de la escuela: _____ Ciudad: _____

Otros miembros de la familia que tratamos (edades): _____

Hermano(s) no listados (que estan o han sido tratado en otro lugar): _____

¿A quien le podemos dar GRACIAS por referirlo a nuestra oficina?: _____

Nombre del Dentista: _____ Ciudad: _____ # Teléfono: _____ Fecha de la Última Cita: _____

Firma de la Persona Responsable: _____ Fecha de Hoy: _____

INFORMACION DEL SEGURO

SEGURO: La información del seguro tiene que ser completada antes que usted venga a su cita inicial para poder determinar efectivamente sus beneficios de ortodoncia y a así poder facturar su seguro. (Nota: Ortodoncia es Dental y TMJ es Médico)

¿Tienes Seguro de Ortodoncia? No Sí Compañía de Seguro: _____ # de Plan: _____

Dirección del Seguro: _____ # de Teléfono del Seguro: _____

Nombre del Asegurado Primario: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # SS: _____

¿Tienes Seguro Secundario? No Sí Compañía de Seguro: _____ # de Plan: _____

Dirección del Seguro: _____ # de Teléfono del Seguro: _____

Nombre del Asegurado Secundario: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # SS: _____

INFORMACION DEL RESPONSABLE

Nota: Si Separados/divorciados la persona responsable del niño es el Padre/Madre con custodia. La persona responsable de la cuenta y la que firma el contrato es la única persona legalmente que puede adquirir información sobre el paciente. Si la persona responsable tiene la custodia legal de la persona menor de 18 años y no es Padre/madre, por favor proporcione la información que sigue.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

de Celular: _____ # de Trabajo: _____ # SS: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección (si es diferente de el arriba): _____

Información de la Madre: Madrastra Guardian Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(CALLE) ((#APT) (CIUDAD,ESTADO,CODIGO)

Información del Padre: Padrastra Guardian Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Quien es el Responsable de hacer las citas? Nombre: _____

Relación al Paciente: _____ # de Casa: _____ # de Celular: _____

Si la persona completando esta forma NO es el Paciente o la Persona Responsable, por favor provea:

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Dirección: _____ # de Celular: _____
(CALLE) (#APT) (CIUDAD,ESTADO,CODIGO)

Firma: _____ Fecha de Hoy: _____

QUESTIONARIO DE SALUD SOBRE ORTODONCIA DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre: _____

I. COMPLICACIONES SUBJETIVAS Y PEROCUPACIONES

A. ¿Quales son las preocupaciones principales del paciente o de los padres relacionadas con la mandibula y los dientes?

	Leve	Moderada	Severa
1. Dolor Cronico del Cuello.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dolor Facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Recesión de la Encía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Problemas de la Encía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Disfunción de la Mandibula.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dolor de Mandibula.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marce todas las que aplican:

- Dientes de Conejo / Dientes que Resaltan
- Apiñamiento de los Dientes de Arriba
- Apiñamiento de los Dientes de Abajo
- Apiñamiento de los Dientes de Arriba y Abajo
- Mordida Cruzada
- Rechinar los Dientes
- Muestra las Encías Cuando Sonries
- Diente(s) Impactado
- Posición Incorrecta de los Dientes
- Proporciones Faciales Irregulares
- Diente(s) de Forma Irregular
- Diente(s) Faltante
- Boca Demasiado Pequeña
- Mordida Abierta
- Sobremordida
- Mandíbula Inferior Prominente (muy "fuerte")
- Protuberancia de Dientes
- Mandíbula Inferior Recesiva (muy "debil")
- Rotacions
- Dientes Pequeños
- Espacios
- Submordida
- Otros: _____

B. Parientes con problemas similares:

- Padre
- Madre
- Hermano
- Hermana
- Otros: _____

II. HISTORIA MEDICA DENTAL

A. Ha empezado la menstruación? Sí No

B. El paciente ha tenido algas de las siguientes condiciones?*

- Alergias
- SIDA / VIH (Marce cual)
- Arteriosclerosis
- Asma
- Desórden Autoinmune
- Desórden de Sangre
- Desórden de Hueso
- Cancer
- Diabetes
- Mareos
- Problemas Endocrinos
- Epilepsia
- Dolores de Cabeza Frecuentes
- Glaucoma
- Desórden Auditivos
- Enfermedades del Corazón / Cirugia
- Hepatitis
- Herpes / Ampollas de Fiebre
- Presión Alta / Presión Baja (Marce cual)
- Hospitalizado por cualquier motivo
- Desórden de riñon
- Lupus
- Prolapso de la Válvula Mitral
- Marcapasos
- Problemas Psiquiátricos
- Radiacion
- Fiebre Reumático
- Zumbido de oidos
- Problemas de la Tiroides
- Amigdalitis
- Trauma (a la cara, dientes, mandibula, o cabeza)
- Tuberculosis (TB)
- Ulceras
- Enfermedades Venereas
- Otros: _____

* Si, Sí por favor explique: _____



C. Medicamentos (medicamentos que actualmente esta tomando el paciente):

- Antibióticos
- Pastillas Anticonceptivas
- Pastillas de Dieta (Diurético)
- Pastillas de Corazón (Digtails, etc.)
- Insulina
- Relajantes Musculares (Valium, etc.)
- Pastillas para el Dolor (Demerol, Codeine, etc.)
- Pastillas para Dormir
- Tranquilizantes (Elvail, Valium, etc.)
- Tratamiento de Huesos (Fosamax, Bisphosphonate, etc.)
- Vitaminas
- Otros: _____

D. Alergias a Medicamentos / Comida (El paciente demuestra una reaccion alergica a):

- Antibióticos (específicamente): _____
- Aspirina
- Productos Lácteos
- Anestésicos Dentales
- Eritromicina
- Tintes de Alimentos
- Joyería / Metales
- Látex
- Nueces
- Pastillas para el Dolor (específicamente): _____
- Trigo
- Otros: _____

E. Vías Respiratorias y Respiración

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Respira por la boca mientras está
despierto o dormido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Problemas durmiendo durante la
noche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Soñoliento o se cansa fácilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Problemas de enfoque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ronquidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F. Algun historia de lo siguiente:

- | | No | Sí |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Dificultad para Masticar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ansiedad Dental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Apretar la Mandibula..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Chuparse el Dedo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Morder los Labios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dientes Adoloridos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Problemas de Lenguaje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Empujar la Lengua | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Rechinar los Dientes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

G. Chequeo dental regular:

- Más de dos veces al año
- Dos veces al año
- Una vez al año
- Solamente cuando es necesario
- Nunca

III. HISTORIA ORTODONCIA

A. Interes del paciente en tratamiento de ortodoncia:

- Recomendado por el dentista
- Solamente cosmético
- Función y salud

B. Ha tenido el paciente tratamiento de ortodoncia?

- No Sí

IV. OTRA INFORMACION

A. Ha tenido el paciente alguna experiencia dental inusual?

- No Sí Si sí, por favor explique: _____

Comentarios: _____

Hasta donde tengo conocimiento, todas las respuestas son correctas y verdaderas.

Firma del Paciente/Del Responsable Date

Firma de Ortodoncista Date

PRIVACY HIPAA CONSENT FORM

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad referentes a mi información de salud. Tengo estos derechos bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPPA). Entiendo que con firmar este consentimiento autorizo usar y compartir mi información protegida de salud para llevar acabo:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto por otros doctores envueltos en mi tratamiento);
- Obtener pago de terceras partes (e.g. mi compañía de seguro);
- Las operaciones de salud diarias de su consultorio.

También me han informado y me han dado el derecho de revisar y solicitar una copia de aviso de las prácticas de privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica protegida y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que se reserva el derecho de obtener los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo comunicarme con usted en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usa y divulga mi información médica protegida para llevar acabo tratamientos, pago y atención médica, pero que usted no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si usted acepta, esta obligado a cumplir con estas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurrió antes de la fecha, la revocación de este consentimiento no se verá afectada.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente/Padre/Guardian: _____

Fecha: _____