

Información Del Paciente

Nombre: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo nombre

Nombre preferido

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Domicilio: _____

Dirección Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

Dentista: _____ Medico: _____ Referido Por: _____

Nombres Y edades de niños en la familia: _____

Nombre Del Padre: _____ Empleo: _____ Teléfono: _____

Nombre de la Madre: _____ Empleo: _____ Teléfono: _____

Estado civil de los padres: Casado Separado Divorciado Casado de nuevo Viudo

Deportes e Intereses del paciente: _____

Música Favorita: _____ Programa de TV Favorito: _____ Materia Favorita: _____

Información Del Seguro Dental

Persona responsable de la cuenta: _____

Relación con el paciente: _____ Nombre Fecha de nacimiento: _____ Apellido Número de seguro social: _____ Segundo Nombre

Domicilio(si difiere del paciente) _____

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono: _____ Celular: _____ Empleo: _____ Ocupación: _____

Domicilio de Empleo: _____ Teléfono de empleo: _____

Compania de seguro Dental: _____ # De Grupo _____ #De Suscriptor: _____

Nombre de otros dependes en este plan: _____

Para las siguientes preguntas, debe contestar, sí, no, o no se/no comprendo (ns/c). Estas respuestas sólo serán utilizadas como expediente en la oficina, y serán consideradas confidenciales. Es esencial contar con un historial completo para poder realizar una evaluación ortodóntica adecuada.

Historia Médica

Perfil del paciente:

Si no ns/c

- El paciente sigue indicaciones?
- El paciente se cepilla los dientes a conciencia?
- El paciente tiene dificultades de aprendizaje?
- El paciente es sensible por la apariencia de sus dientes?

Historia Médica:

Ahora o en el pasado el paciente ha tenido:

- Malformaciones congénitas o problemas hereditarios?
- Fracturas o accidentes mayores?
- Condiciones reumáticas o artritis?
- Problemas endocrinos o tiroides?
- Problemas de riñón?
- Diabetes?
- Cáncer, Tumor, Tratamientos de radiación, o quimioterapia?
- Úlcera o hiper acidez estomacal?
- Polio, mononucleosis, tuberculosis, neumonía?
- Problemas del sistema inmunológico?
- SIDA o VIH positivo?
- Hepatitis, ictericia o problemas hepáticos?
- Desmayos, convulsiones, epilepsia, o problemas neurológicos?
- Alteración de la salud mental o depresión?
- Dificultades visuales, auditivas, gustativas o del habla?
- Pérdida de peso reciente o falta de apetito?
- Antecedentes de trastornos alimenticios(anorexia, bulimia)?
- Sangrado excesivo, tendencia de moretones?
- Anemia o trastorno hemorrágico?
- Presion alta o baja?
- Se Fatiga fácilmente?
- Dolor de tórax, falta de aire o tobillos hinchados?
- Problema cardiovascular (problema del corazón, Infarto, angina, insuficiencia coronaria, arteriosclerosis, Accidente cerebrovascular, cardiopatías congénitas, Soplo al corazón, o cardiopatía reumática)?
- Problemas de la piel?
- El paciente practica una dieta bien equilibrada?
- Dolores de cabeza, resfriados, dolores de garganta frecuentes?
- Padece alguna condición en los ojos, garganta, nariz u oídos?
- Padece fiebre del Heno, asma, sinusitis, o urticaria?
- Padece condiciones en la amígdalas o adenoides?

Alergias o reacciones a algo de lo siguiente:

- Metales (joyas, Broches de la ropa)
- Látex (guantes, Globos)
- Vinilo
- Acrílico
- Animales
- Alimentos(especificar) _____
- Anestesia Local
- Aspirina
- Ibuprofeno

Penicilina u otros antibióticos

Sulfamidas

codeína u otros narcóticos

El paciente toma medicamentos, Suplementos nutricionales a base de hierbas o de venta libre?

Nombrarlos:

Medicamento _____ Tomad para _____

Medicamento _____ Tomad para _____

Medicamento _____ Tomado Para _____

Si no ns/c

El paciente tiene o ha tenido problemas De abuso de sustancias?

El paciente mastica o fuma tabaco?

Operaciones? Describir _____

Hospitalizado(a) _____

Otros problemas o síntomas físicos? Describir _____

Recibe tratamiento de otro profesional de La salud? Motivo _____

Padece alguna otra condición médica de la Que deberíamos saber? _____

Fecha de examen Físico más reciente _____

Solo Niñas

Si no ns/c

La paciente ha iniciado su menstruación? Cuando? _____

La paciente está embarazada?

Historia Médica Familiar

Los padres o hermanos del paciente padecen algún de los siguientes problemas de salud?

Trastornos sanguíneos Diabetes Artritis

Alergias Severas Problemas dentales inusuales

Desarrollo desequilibrado de la mandíbula

Existe alguna otra condición médica familiar del a que deberíamos saber? _____

Historia Odontologica

Ahora o en el pasado, el paciente:

Si no ns/c

- Inició la dentición muy tarde o tempranamente?
- Ha tenido extracción de dientes primarios?
- Ha tenido extracción de dientes permanentes o extras?
- Le faltan dientes por problemas congénitos?
- Tiene dientes Supernumerarios(extras)?
- Se ha dañado los dientes primarios o permanentes?
- Tiene dientes sensibles al frío o calor?
- Tiene dolor de dientes?
- Ha tenido fractura a la mandíbula?
- Dientes muertos o endodoncias?
- Tiene sangrado de encías, mal sabor u olor en la boca?
- Problemas periodontales?
- Impactación de alimentos entre los dientes?
- Tiene hábito de chuparse el dedo?
- Deglución anormal?
- Problemas del habla?
- Respiración oral, ronquido o dificultad para respirar?
- Trituración de dientes o apretar la mandíbula?
- Dolor en la mandíbula o zumbido en los oídos?
- Dolor en los músculos faciales o alrededor de las orejas?

si no ns/c

- Dificultad para masticar?
- Dificultad para abrir la mandíbula?
- Tiene restauraciones flojas o faltantes?
- Tiene algún diente que irrite el cachete, el labio, la lengua o el paladar?
- Tiene dientes separados, torcidos o Salidos q le preocupan?
- se ha preocupado por la mandíbula sobredesarrollada o falta de desarrollo?
- Tiene algún familiar con las mismas Relaciones de dientes o mandíbula?
- Flemones, llagas o herpes labial?
- Toma algo que contenga fluoruro?
- Ha tenido a tratamiento periodontal?
- Si fuera indicado a utilizar aparatos Ortodonticos, los rechazaria?
- Tuvo problemas graves con algún Tratamiento dental previo?
- Ha tenido tratamiento o un examen Ortodóntico previamente?
- Está sido atendido por otro dentista?

Especialista _____

Otro _____

Con qué frecuencia se cepilla los dientes el niño _____ Usa hilo dental _____

Cual es su preocupacion principal _____

Por que esta aqui el niño _____

He leído y comprendo las preguntas anteriores. No responsabilizo a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal de los errores o las omisiones que yo haya cometido al completar este formulario. Si más adelante, se produce alguna modificación en este historial médico/dental, lo informaré en este consultorio.

Firma: _____ **Fecha:** _____
(padre o tutor)

Firma: _____ **Fecha:** _____
(personal odontologico)

Existen dos tipos diferentes de imágenes de rayos X (radiografías) que se pueden tomar a los pacientes en Ortho 360 con el fin de ayudar al diagnóstico y al tratamiento recomendado. Estas incluyen las imágenes de radiografía extrabucales panorámicas y cefalométricas para ortodoncia. Como solamente podemos ver un tercio de la boca en si, las radiografías proporcionan información valiosa que de otra manera, nuestros médicos no podrían visualizar. Las radiografías representan la única manera de observar de forma confiable el hueso, las raíces, las composturas, las regiones interproximales y los alrededores y debajo de las restauraciones. También Proporcionan un punto de partida para conocer qué condiciones se padecen al comienzo del tratamiento y qué cambios pueden producirse para la próxima cita del paciente. A menudo sin las radiografías, es imposible detectar los problemas dañinos o el progreso general que se hace durante el tratamiento con ortodoncia.

Comprendo que los rayos x son necesarios para que proporcionen un diagnóstico y un tratamiento correctos para mi hijo.

Por ley, todo niño menor de 18 años no puede ser revisado por un médico sin el consentimiento del padre o tutor. Si el menor llega al consultorio con alguien que no sea su padre o tutor, debemos contar con la autorización por escrito del padre o tutor en la que conste que esta persona fue designada para que actúe en nombre del padre o tutor del niño. Puede designar a cualquier persona mayor de 18 años para que acompañe al niño a sus consultas ortodónticas con el formulario de consentimiento firmado que le entregaremos. Esto incluye el nombre de la persona designada, la dirección y el número de teléfono. Solicite este formulario al personal de nuestro consultorio si en algún momento desea que otra persona que no sea el padre o tutor acompañe al niño a sus consultas.

He leído y comprendo todas las preguntas y las declaraciones del formulario para pacientes nuevos. No responsabilizo a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal de los errores que yo haya cometido al completar este formulario. Si más adelante, se produce alguna modificación en la historia clínica o en el estado médico/dental, lo informaré en este consultorio.

Firma del paciente

Fecha

AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida (es decir, la información de identificación particular. Tal como nombres, fechas, números de teléfono y fax, direcciones de correo electrónico, números de seguro social y datos demográficos) de una o más de las siguientes maneras:

- A otros proveedores de servicios de la salud (es decir, su dentista general, el cirujano bucal, etc.) en relación con la prestación del tratamiento con ortodoncia que le ofrecemos (es decir, para determinar los resultados de las limpiezas, la cirugía, etc.)
- A terceros o cónyuges que paguen el tratamiento (es decir, compañías de seguro, empleadores con reintegro directo, administradores de cuentas de gastos flexibles, etc.) con el fin de recibir el pago de nuestra cuenta (es decir, para determinar los beneficios, las fechas de pago, etc.)
- A organismos de certificación, licencia o acreditación (es decir, el Consejo Estadounidense de Ortodoncia, consejos dentales estatales, etc.) en relación con la obtención de certificaciones, licencias o acreditaciones.
- En ámbitos internos, a miembros del personal que tengan alguna función en su tratamiento.
- A otros pacientes y terceros que puedan ver o escuchar de manera accidental divulgaciones acerca de su tratamiento, sus citas, etc.
- A su familia y amigos cercanos involucrados en el tratamiento.
- O podemos ponernos en contacto con usted para recordarle sobre citas o para ofrecerle información acerca de tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios de salud que puedan ser de su interés. Cualquier otro uso o divulgación de su información médica protegida solo se hará después de obtener su autorización por escrito, la cual tiene derecho de rechazar.

En función de las nuevas normas de privacidad, tiene derecho a:

- Solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su información médica protegida.
- Solicitar comunicación confidencial de su información médica protegida.
- Solicitarnos inspeccionar y obtener copias de su información médica protegida.
- Cambiar o modificar su información médica protegida en algunos casos.
- Recibir un recuento de ciertas divulgaciones que nosotros hayamos hecho de su información médica protegida.
- Puede, sin riesgo a sufrir represalias, presentar un reclamo por todo acto de violación de sus derechos de privacidad que hayamos cometido ante nosotros (mediante en envío de consultas a nuestra persona de contacto en temas de privacidad a nuestra dirección postal) o ante el Secretario de Servicios Humanos y de salud de los Estados Unidos (este reclamo se debe presentar dentro de los 180 días de la violación de derechos).

De acuerdo con las normas de privacidad, nosotros tenemos las siguientes obligaciones:

- Por ley, mantener la privacidad de la información médica protegida y brindarle este aviso en el que se establecen nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a dicha información.
- Cumplir con nuestro aviso de privacidad que está actualmente vigente.
- Advertirle acerca de nuestro derecho de cambiar las condiciones de este aviso de privacidad y poner en vigor todas las disposiciones del aviso nuevo para toda la información médica protegida que conservamos y que, si lo hacemos, le ofreceremos una copia del aviso de privacidad revisado.

Tenga en cuenta que no estamos obligados:

- Dar lugar a sus solicitudes para restringir el uso y la divulgación de su información médica protegida.
- Modificar su información médica protegida si, por ejemplo, tal información es precisa y esta completa.
- Ofrecer un ambiente que esté totalmente exento de la posibilidad de que su información médica protegida pueda accidentalmente, ser escuchada por otros pacientes o terceros.

Este aviso de privacidad entra en vigencia a partir de la fecha de la firma. Si tiene alguna pregunta acerca de la información que se presenta en este aviso, sírvase preguntar a nuestra persona de contacto para asuntos de privacidad o envíe sus inquietudes a esta persona al domicilio de la oficina. Gracias.

Reconocimiento del paciente

Por medio del presente, reconozco que he recibido y revisado una copia de este Aviso de Privacidad.

Firma _____

Fecha _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Este formulario es opcional en función de las disposiciones sobre la privacidad de pacientes nuevos que, recientemente, publicó el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos. Hemos optado por usar este formulario. Antes de comenzar con el tratamiento de ortodoncia, lo debe revisar, firmar y fechar.

Es posible que su información médica protegida (la información de identificación particular, tal como nombres, fechas, números de teléfono\fax, direcciones de correo electrónico, domicilios postales, números de seguro social, y datos demográficos) se use en relación con su tratamiento, el pago de su cuenta o tareas de servicios de la salud (controles de desempeño, certificaciones, acreditaciones y licencias).

Tiene derecho de revisar el aviso de privacidad de nuestro consultorio antes de firmar este consentimiento. Por ello, se le entregó una copia junto con el consentimiento.

Tiene derecho a solicitar restricciones respecto al uso y la divulgación de su información médica protegida. No obstante, no es nuestra obligación hacerlo y posiblemente, no demos lugar a su solicitud.

Podemos modificar el aviso de privacidad adjunto en cualquier momento. Si lo hacemos, le entregaremos una copia de los cambios y estos no se implementarán antes de la fecha de entrada en vigencia del aviso revisado.

Puede revocar este consentimiento en cualquier momento y por escrito. No obstante, tal revocación no tendrá vigor en la medida que se haya realizado alguna acción como consecuencia de lo allí estipulado.

Agradecemos su colaboración. Si tiene una inquietud, no dude en consultarnos.

Firma del paciente

Nombre en letra imprenta

Fecha

Autorización para tratamiento ortodóntico de menores

Por ley, cualquier niño menor de 18 años no puede ser visto por un médico sin el consentimiento de su padre o tutor legal. Si el menor llega a la oficina con alguien que no sea su padre o tutor, debemos tener el permiso por escrito de su padre / guardián de que esta persona ha sido designada por usted para actuar en su nombre. Este es un documento legal y con él, usted puede nombrar a cualquier persona mayor de 18 años para acompañar a su hijo a sus citas de ortodoncia.

Complete los siguientes:

Nombre del Menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____ el padre / guardián del menor mencionado arriba, designó a las siguientes personas para que actúen en mi nombre al autorizar el cuidado ortodóntico de mi hijo.

Nombre: _____

Numero de teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____

Numero de teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____

Numero de teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Entiendo que en mi ausencia ortho 360 puede realizar procedimientos de ortodoncia si la persona mencionada anteriormente ha dado permiso. Por lo tanto, mantengo libre de responsabilidad todo el personal de Ortho 360 prestando atención de acuerdo con el permiso de la persona mencionada anteriormente.

Firma del padre/tutor

Fecha