

Información De Paciente Nuevo-Adulto



Información del Paciente

Nombre: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Nombre preferido

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: ____ Correo electronico _____

Número Telefónico: _____ Móvil/Alternativo: _____

Domicilio: _____

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Estado Civil: o Soltero

o Casado

o Separado

o Divorciado

o Viudo

Referido Por: _____

Nombre y edad de sus hijos: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Número Telefónico: _____

Nombre de Esposo(a): _____ Empleador: _____

Numero Telefonico : _____ Ocupacion: _____

Consentimiento para Rayos-X

Existen dos tipos de Imagenes de radiografias (rayos-x) que se le pueden tomar a los pacientes en Ortho 360 con el fin de ayudar el diagnóstico y el tratamiento recomendado. Estas incluyen las radiografías extraorales, 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, al igual que por debajo y alrededor de 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 problema dañinos o el progreso general que se hace durante el tratamiento de ortodoncia.

Comprendo que las radiografías son necesarias para proporcionar un diagnóstico y un tratamiento correcto para mi.

Firma _____ Fecha _____

Historial Medico\Dental

Nombre de su médico _____ Número telefónico _____

Nombre de su Dentista _____ Número Telefónico _____

Ultima visita _____

Si No Está actualmente bajo algún tratamiento médico? _____

Si No Tiene dolor de mandíbula? _____

Si No Es usted consciente de apretar o rechinar los dientes? _____

Si No Tiene dolores de cabeza frecuentes? Con qué frecuencia? _____

Si No Tiene problemas del oído? _____

Si No Tiene dificultades respirando por la nariz? _____

Si No Tiene hábito de morderse la uñas, los labios, el cachete? _____

Si No Se chupa el dedo? _____

Si No Tiene problemas del Habla, o esta en terapia? _____

Si No Le han quitado las amígdalas o adenoides? _____

Si No Tiene historial de inflamación de articulaciones, Asma, Tuberculosis, SIDA, Problema de Pulmones, Problema de Riñones, Epilepsia, Fiebre reumática, Alguna otra condición? _____

Si No Sangras Facilmente? _____

Si No Se marea o se desmaya con frecuencia? _____

Si No Tiene alergias a Penicilina, Azufre, Latex, Metal, Novocaina, etc? _____

Si No Actualmente está tomando algún medicamento? _____

Si No Tiene problemas del corazón? Eres premedicado?Cardiologo? _____

Si No Tiene Apnea del sueño? _____

Si No Fuma o mastica tabaco? _____

Si No Ha tenido lesiones en los dientes? _____

Si No Le han extraído algún diente permanente? _____

Si No Hemos tratado a otros miembros de la familia? _____

Si No Anteriormente a tenido tratamiento de ortodoncia?Cuando? _____

Algo adicional que quiera que sepamos _____

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 _____

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 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 contactarnos

Firma

Nombre en letra imprenta

Fecha