

Información del Paciente de Ortodoncia

Nombre del Paciente: _____ Apodo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Codigo: _____

Telefono Casa: _____ Correo Electronico: _____

Celular: _____ Compania de Celular: _____

Empleador: _____ Escuela: _____

Persona Responsable: _____ Relacion con el paciente: _____

Telefono: _____ Correo Electronico: _____

Metodo preferido de comunicacion: _____ Texto _____ E-mail _____ Telefono

Contacto de Emergencia: _____

Relacion: _____ Telefono de emergencia: _____

Dentista General: _____

Doctor Medico : _____ Ninguno

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Nombre de Aseguransa _____ Telefono: _____

Nombre del Suscriptor _____ DOB: _____

ID/Seguro Social: _____ Empleador: _____

¿Cuáles son las principales preocupaciones que le gustaría que lograra la ortodoncia?

¿Alguna vez ha sido evaluado o ha tenido tratamiento de ortodoncia antes?	Si	No
¿Alguna vez ha tenido un problema grave / difícil asociado con el trabajo dental?	Si	No
¿Te gusta tu sonrisa?	Si	No
¿Alguna vez has tenido una lesión en la boca / dientes / barbilla?	Si	No
¿Tienes algún problema con el habla?	Si	No
¿Generalmente respiras a través de tu boca?	Si	No
¿respiras a través de tu boca?	Si	No
¿Tiene algún diente perdido o extra permanente?	Si	No
¿Fumas o usas tabaco de alguna forma?	Si	No
¿Ha experimentado alguna molestia en la articulación de la mandíbula (TMJ / TMD)	Si	No
Alguna vez a tomado Bisphosphonate?	Si	No

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos?

Si	No	Sangrado Anormal	Si	No	Diabetes
Si	No	Anemia	Si	No	Hepatitis
Si	No	Huesos/articulaciones/válvulas artificiales	Si	No	Alta/Baja Presion
Si	No	Transfusión de sangre	Si	No	Hospitalizado por cualquier motivo
Si	No	Cancer/Quimioterapia	Si	No	Problemas Renales
Si	No	Defecto Cardíaco Congénito	Si	No	Prolapso de la válvula mitral
Si	No	Dificultad para Respirar	Si	No	Problemas Psiquiátricos
Si	No	Drogas/Abuso de Alcohol	Si	No	Tratamiento de Radiación
Si	No	Enfisema	Si	No	Reumática/escarlatina
Si	No	Epilepsia/Convulsiones/Desmayos	Si	No	Dolores de cabeza intensos/frecuentes
Si	No	Ampollas de fiebre/herpes	Si	No	Herpes zóster (Shingles)
Si	No	Glaucoma	Si	No	Enfermedad/rasgosdecélulasfalciformes
Si	No	Ataque cardíaco/accidente cerebrovascular	Si	No	Problemas sinusales
Si	No	Soplo cardíaco	Si	No	Tuberculosis(TB)
Si	No	Cirugía cardíaca/marcapasos	Si	No	Ulceras/colitis
Si	No	Enfermedad de Venerael			

Es Alergico a los siguiente?

Si	No	Aspirina	Si	No	Anestecial Dental
Si	No	Penicilina	Si	No	Cualquier metal/plástico
Si	No	Eritromicina	Si	No	Tetraciclina
Si	No	Codeína	Si	No	Latex
Si	No	Otra _____			

Entiendo que la información que he proporcionado hoy es correcta a mi leal saber y entender.

También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

Firma _____ Fecha _____

Firma del Doctor _____

Formulario de información y consentimiento de HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en) proporciona salvaguardas para proteger su privacidad. La implementación de los requisitos de HIPAA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de las políticas han estado en nuestra práctica durante años. Este formulario es una versión "amigable". Un texto más completo se publica en la oficina.

De qué se trata todo esto: Específicamente, hay reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su Información de Salud Protegida (PHI, por sus, por sus— Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesario para proporcionarle servicios de oficina. HIPAA le proporciona ciertos derechos y protecciones como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle un servicio y atención profesional de calidad. Información adicional está disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. www.hhs.gov

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario para proporcionar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguros de salud según sea necesario y apropiado para su atención. Los archivos de los pacientes pueden almacenarse en bastidores de archivos abiertos y no contendrán ninguna codificación que identifique la condición de un paciente o información que no sea ya una cuestión de registro público. El curso normal de la prestación de atención significa que esos registros pueden dejarse, al menos temporalmente, en áreas administrativas como la oficina principal, la sala de exámenes, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean personal de oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.
2. La política de esta oficina es recordar a los pacientes sus citas. Podemos hacer esto por teléfono, correo electrónico, correo de los EE. UU., o por cualquier medio conveniente para la práctica y / o según lo solicitado por usted. Es posible que le enviemos otras comunicaciones informándole de cambios en la política de la oficina y nuevas tecnologías que puedan resultarle valiosos o informativos.
3. La práctica utiliza una serie de proveedores en la realización de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a la PHI, pero deben aceptar cumplir con las reglas de confidencialidad de HIPAA.
4. Usted entiende y acepta las inspecciones de la oficina y la revisión de documentos que pueden incluir PHI por parte de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
5. Usted acepta llevar cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad a la atención del gerente de la oficina o el médico.
6. Su información confidencial no se utilizará con fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios.
7. Acordamos proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades tanto de la práctica como del paciente.
9. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso de su información de salud protegida y de solicitar un cambio en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para ajustarnos a su solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____