



INFORMACIÓN DEL PACIENTE (ADULTO)

Fecha de hoy _____

Nombre del paciente _____ Nombre preferido _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Cell # _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo ___ Edad ___ SS # _____

Correo Electrónico _____ Estado Civil: Soltera Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

¿Cómo te enteraste de nosotros? Amigo/Familia Dentista/Profesional Sanitario Internet Facebook

A quien podemos agradecer por recomendarlo a nuestra oficina? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Cell # _____ Relacion _____

Domicilio _____ Correo Electrónico _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Empleador _____ Ocupación _____ # Años empleados _____

Dirección de empleador _____ # De Empleador _____

Si otra persona ayudara con esta cuenta proporcione su información abajo:

Nombre _____ Cell # _____ Relacion _____

Correo Electrónico _____ Fecha de Nacimiento _____ SS # _____

Empleador _____ Ocupación _____ # Años empleados _____

Dirección de empleador _____ # De Empleador _____

INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL

Nombre Del Subriotor _____ Fecha de Nacimineto _____ SS # or ID # _____

Compañía de seguro _____ Group # _____ # De Telefono _____

Dirección de Compañía de Seguro _____

Tiene Doble Cobertura? Si No *Si si:*

Nombre Del Subriotor _____ Fecha de Nacimineto _____ SS # or ID # _____

Compañía de seguro _____ Group # _____ # De Telefono _____

Dirección de Compañía de Seguro _____

HISTORIAL MEDICO

Médico _____ Fecha de Última Visita _____ Razón _____

Dirección _____ # de Telefono _____

- Si No Estás tomando algún medicamento? _____
 - Si No Necesita alguna premedicación antibiótica antes de las visitas al dentista? _____
 - Si No Toma o ha tomado Fosamax o Bifosfonato? _____
 - Si No Tiene antecedentes de una enfermedad grave? _____
 - Si No Ha tenido alguna operación? _____
 - Si No Alguna vez ha estado involucrado en un accidente grave _____
 - Si No Alguna vez ha fumado o mascado tabaco? _____
 - Si No Usas sustancia controladas? _____
- Solo pacientes femeninas:*
- Si No Estas embarazada o intentando quedar embarazada? _____
 - Si No Tomas pastillas anticonceptivas? _____

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes? Penicilina Acrílico Metal Latex Anestésicos locales Otro _____

Circule cualquiera de las siguientes condiciones médicas que haya tenido o tenga actualmente.

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------|-------------------------|
| Sangrado anormal/Hemofilia | Trastornos Oseos | Soplo Cardiaco | Neumonía |
| Hepatitis/Problemas Hepaticos | Defecto Cardiac Congenito | TDAH | Sangrado Prolongado |
| Anemia | Diabetes | Herpes | Radiación/Quimioterapia |
| Trastorno de Ansiedad | Mareo | Hipertension | Fiebre Reumática |
| Artritis | Epilepsia | VIH/SIDA | Tuberculosis |
| Asthma | Trastornos Gastrointestinales | Problemas Renales | Tumor o Cancer |
| Autismo | Problemas Cardiacos | Trastornos Nerviosos | Úlcera o Reflujo Ácido |

Hay alguna condición médica que no hayamos discutido y que usted crea que deberíamos conocer? _____

HISTORIA DENTAL

Dentista General _____ Fecha de Última Visita _____ Razón _____

Dirección _____ # de Telefono _____

Otros Especialistas Dentales _____ Fecha de Última Visita _____ Razón _____

Dirección _____ # de Telefono _____

Fecha aproximada de su última limpieza _____ Te cepillas diario? Si No Usas hilo dental diario? Si No

¿Qué preocupaciones tienes sobre tus dientes? _____

- Si No ¿Te gusta tu sonrisa? Si no, ¿por qué no? _____
- Si No Alguna vez te has sometido a un tratamiento de ortodoncia? Sí sí, cuando? _____
- Si No Has tenido una consulta de ortodoncia? Si sí, cuál fue el motivo para no iniciar tratamiento? _____

Alguna vez ha tenido o experimentado alguno de los siguientes?

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas con tratamientos dentales previos | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Encia Sangrante |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dientes permanentes faltantes o extra | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Dientes perdidos o astillados |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Traumas en la cara, boca, dientes o mandíbula(s) | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Habito de respirar por la boca |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Llagas de curación lenta en o alrededor de la boca | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Habito de chupar dedo(s) |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolor en la articulación de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Dificultad para cerrar los labios |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Rechinar o apretar los dientes | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Apnea del sueño |

Entiendo que se pueden obtener informes de buró de crédito. Si es necesario, autorizo a Marysville Orthodontics a acceder a mis registros de otros profesionales de la salud. Reconozco que soy responsable de todos los cargos incurridos independientemente de los beneficios del seguro los acuerdos preestablecidos. Yo, el abajo firmante, asignó directamente a Marysville Orthodontics todos los beneficios del seguro, que de otro modo serán pagaderas a mi por los servicios prestados. También autorizo a Marysville Orthodontics a liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de la firma en todas las presentaciones de seguros. Hasta donde yo sé, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar datos incorrectos puede ser peligroso para mi salud. No responsabilizaré a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal por ningún error o omisiones que he cometido al completar este formulario. Notificaré a mi ortodoncista sobre cualquier cambio realizado en mi información médica o salud dental.

Firma _____

Fecha _____



MARYSVILLE
orthodontics

CONSENTIMIENTO DE PRIVACIDAD

Este formulario es opcional según las nuevas regulaciones de privacidad del paciente emitidas recientemente por el departamento de salud de los Estados Unidos y Servicios Humanos. Hemos elegido utilizar este formulario. Antes de comenzar su tratamiento de ortodoncia, debe revisar y firmar este formulario.

- Su información de salud protegida (es decir, información de identificación individual como nombres, fechas, telefono/numeros fax, correo electrónicos, domicilios, números de seguro social y datos demográficos) pueden usarse en conexión con su tratamiento, pago de su cuenta o operación de atención médica (es decir, revisiones de desempeño, certificación, acreditación y licencia).
- Tiene derecho a revisar el aviso de privacidad de nuestra oficina antes de firmar este consentimiento, una copia del cual fue entregada a usted con este consentimiento.
- Tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso de su información médica protegida. Sin embargo, no somos obligados a cumplir con su solicitud.
- Podemos modificar el aviso de privacidad adjunto en cualquier momento. Si lo hacemos, le daremos una copia de los cambios, y es posible que los cambios no se implementen antes de la fecha de vigencia del aviso revisado.
- Puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito. Sin embargo, dicha revocación no será efectiva en la medida que se ha tomado alguna medida basándose en este consentimiento.

Gracias por su cooperación. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta.

AUTORIDAD DE DIVULGACIÓN ADICIONAL

Además de la divulgación permitida descrita en la declaración de prácticas de privacidad, autorizo específicamente divulgación de mi información de salud protegida a la(s) persona(s) indicada(s) a continuación:

Por favor marque

CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA INMEDIATA	SI	NO
SOLO CONYUGE	SI	NO
OTRO (ESPECIFICAR) _____	SI	NO

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Este aviso de privacidad es vigente a partir de la fecha de su firma, si tiene alguna pregunta sobre la información contenida en este aviso, por favor póngase en contacto con nuestra oficina. Gracias.

Reconozco que he recibido y revisado una copia del aviso de prácticas de privacidad.

Firma del responsable

Fecha

Nombre

Relación con el paciente



MARYSVILLE
orthodontics

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR MEDIOS

Esta autorización es requerida por las regulaciones de privacidad promulgadas recientemente por el departamento de salud de los Estados Unidos y Servicios Humanos.

Autorizo a Marysville Orthodontics o cualquiera de sus cesionarios a revelar fotografías, radiografías, modelos de estudio, videos de los dientes, mandíbula(s), y cara del siguiente paciente aprobado a continuación:

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Entiendo que las fotografías, radiografías, modelos de estudio, videos, y tarjetas de comentarios serán utilizados como registro de mi atención y pueden usarse para comunicarse con otros profesionales de salud, publicaciones educativas (revistas dentales y científicas), conferencias educativas, investigación y/o mercadeo para la práctica (publicaciones de sitios web, publicaciones de Facebook etc).

Entiendo que si las fotografías, dispositivos, y videos se utilizan en cualquier publicación o como parte de una demostración, mi información de identificación (solo mi nombre) podría usarse a menos que se indique lo contrario a continuación.

Marque la respuesta adecuada a cada una de las siguientes preguntas:

- Si No Se puede mostrar su foto y video en el **sitio web de la oficina, Facebook, Instagram y otras redes sociales y/o dentro de la oficina** con el fin de informar a los pacientes sobre el resultado positivo que hemos logrado?
- Si No Se puede mostrar su foto y video en el **sitio web de la oficina, Facebook, Instagram y otras redes sociales y/o dentro de la oficina** si es un ganador(a) de un premio?
- Si No Se puede utilizar su registro con sus fotografías para **consultas profesionales, educación o publicación en revistas profesionales?**

Tenga en cuenta:

- Entiendo que la oficina no recibe compensación de nadie por el uso de la fotografía del paciente.
- Esta autorización no caducará
- Entiendo que negarme a firmar parte o la totalidad de esta autorización no afectará de ninguna manera el tratamiento del paciente.
- Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Sin embargo, su revocación no será efectiva en la medida en que se haya confiado en esta autorización. Entiendo que Marysville Orthodontics no puede garantizar mi total privacidad en caso de que mi imagen sea utilizada por terceros.
- La información utilizada o divulgada según esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario, y por lo tanto, ya no está protegido por las reglas de privacidad.

He leído lo anterior en su totalidad y entiendo sus términos.

Firma del responsable

Fecha

Nombre

Relación con el paciente