



INFORMACIÓN DEL PACIENTE INFANTIL

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 _____ Escuela _____ Año escolar _____

Pasatiempos/deportes _____

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

A quien podemos agradecer por recomendarlo a nuestra oficina? _____

INFORMACIÓN DE PADRES/GUARDIÁN

Estado Civil: Soltera Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

El paciente vive con: Ambos padres Padre Madre Otro _____

<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Otro _____
Nombre _____	Nombre _____
Domicilio _____	Domicilio _____
Ciudad/Estado/Código Postal _____	Ciudad/Estado/Código Postal _____
Cell # _____ # de Trabajo _____	Cell # _____ # de Trabajo _____
Correo Electrónico _____	Correo Electrónico _____
SS# _____ Fecha de Nacimiento _____	SS# _____ Fecha de Nacimiento _____
Occupacion _____ # años empleados _____	Occupacion _____ # años empleados _____
Empleador _____	Empleador _____
Dirección de empleador _____	Dirección de empleador _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Cell Phone _____ Relacion _____

Domicilio _____ Correo Electrónico _____

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 Su hijo está tomando algún medicamento? _____

Si No Su hijo necesita alguna premedicación antibiótica antes de las visitas al dentista? _____

Si No Su hijo tiene antecedentes de una enfermedad grave? _____

Si No Su hijo ha tenido alguna operación? _____

Si No Su hijo alguna vez ha estado involucrado en un accidente grave? _____

Si No Ha comenzado la pubertad? Si sí, cuando? _____

Solo pacientes femeninas:

Si No Ha comenzado la menstruación? Si si, cuando? _____

Si No Su hija está embarazada o podría estar embarazada? _____

Si No Su hija toma pastillas anticonceptivas? _____

¿Su hijo es 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 Cardíaco	Neumonía
Hepatitis/Problemas Hepáticos	Defecto Cardíaco Congenito	TDAH	Sangrado Prolongado
Anemia	Diabetes	Herpes	Radiación/Quimioterapia
Trastorno de Ansiedad	Mareo	Hipertensión	Fiebre Reumática
Artritis	Epilepsia	VIH/SIDA	Tuberculosis
Asthma	Trastornos Gastrointestinales	Problemas Renales	Tumor o Cáncer
Autismo	Problemas Cardíacos	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/Pediátrico _____ Fecha de Última Visita _____ Razón _____

Dirección _____ # de Telefono _____

Fecha aproximada de su última limpieza _____ Tu hijo cepilla diariamente? Si No Usas hilo dental diario? Si No

¿Qué preocupaciones tiene sobre los dientes de su hijo? _____

Si No Su hijo es sensible o cohibido con respecto a sus dientes? _____

Si No Su hijo alguna vez ha tenido un tratamiento de ortodoncia antes? Si sí, cuando? _____

Si No Su hijo ha tenido una consulta de ortodoncia? Si sí, cuál fue el motivo para no iniciar tratamiento? _____

Alguna vez su hijo 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	Encía 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
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Roncando por la noche	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Problema de pronunciación

Altura de los padres: Padre _____ Madre _____

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 la salud de mi hijo. 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 de la salud de mi hijo médica o salud dental. Si es necesario autorizo a Marysville Orthodontics a acceder a los registros de mi hijo de otros profesionales de la salud.

Firma del Padre/Guardián _____

Relación con el Paciente _____

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 fotografía, 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