



INFORMACIÓN DEL PACIENTE DE ORTODONCIA

Nombre de Paciente: _____ 2o Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: [M / F]

Dirección de casa: _____

Escuela: _____ Grado: _____

PADRE 1/ TUTOR LEGAL

Nombre completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono #: _____ E-mail: _____

SSN/TAXID: _____ Relación con el paciente: _____

Empleador: _____

PADRE 2/ TUTOR LEGAL

Nombre completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono #: _____ E-mail: _____

SSN/TAXID: _____ Relación con el paciente: _____

Empleador: _____

Método de comunicación preferido: [] llamada [] mensaje de texto [] email

¿Quién Acompaña el paciente hoy? _____ Relación: _____

¿Con quién vive el paciente: ___Padres ___Madre ___Padre ___Otro

Estado civil de los padres: (___) soltero/a (___) casado/a (___) divorciado/a (___) viudo/a

Otra familia que atendemos: _____ Relación: _____

¿A quién agradecemos por su referencia? _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

Teléfono de Contacto de Emergencia #: _____ Relación: _____

Dentista General: _____ Telefono De Dentista: _____

Dirección de Dentista: _____ Ultimo Cita: _____

Nombre de Parte Responsable: _____

Compañía de Seguro Dental: _____

Nombre De Miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de póliza/SSN: _____



¿Qué le gustaría lograr mediante el tratamiento ortodóntico?

¿Ha tenido tratamiento ortodóntico en el pasado?	SI	NO
¿Se ha lastimado la cara, los dientes, o la mandíbula?	SI	NO
¿Se le han removido los adenoides o amígdalas?	SI	NO
¿Su hijo ha sido informado de algún diente permanente faltante o adicional?	SI	NO
¿Su hijo/a ha mencionado dolor o sensibilidad en la mandíbula? (TMJ/TMD)	SI	NO
¿Su hijo/a cepilla los dientes diariamente?	SI	NO
¿Su hijo/a usa hilo dental diariamente?	SI	NO

¿Esta tomando medicamento? Si No

Por favor mencione los medicamentos que su hijo/a esta tomando:

¿Tiene Alergias? Si No

Por favor mencione todas las sustancias a las que el niño es alérgico:

¿Su hijo/a ha tenido alguno de estos problemas médicos ?

SI	NO	Sangramiento Abnormal	SI	NO	Diabetes
SI	NO	ADD/ADHD	SI	NO	Discapacidad auditiva
SI	NO	Soplo cardíaco	SI	NO	Hepatitis
SI	NO	VIH+/SIDA	SI	NO	Problema de rinones
SI	NO	Lupus	SI	NO	Asma
SI	NO	Fiebre Reumática	SI	NO	Defecto Cardíaco Congenito
SI	NO	Convulsiones/Epilepsia	SI	NO	Tuberculosis (TB)
SI	NO	Cancer	SI	NO	Células Falciformes/sickle cell disease
SI	NO	Problemas de hablar	SI	NO	Hueso/Coyuntura/Válvulas Artificiales
SI	NO	Operaciones: _____			
SI	NO	Discapacidad físico o mental (Autismo/Síndrome de Down/Ansiedad): _____			

Su hijo/a tiene alguno de estos hábitos?

SI	NO	¿Rechina los dientes?	SI	NO	Habitos de biberon de niño
SI	NO	¿Respira por la boca frecuente?			
SI	NO	Hábitos orales frecuentes (muerde las uñas, masticar el bolígrafo, etc.)			

Entiendo que la información que he dado es correcta a mi leal saber y entender, que se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en el estado médico de mi hijo.

Firma

Fecha



Formulario de Información y Consentimiento HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) proporciona protecciones para salvaguardar su privacidad. La implementación de los requisitos de HIPAA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de estas políticas ya han sido parte de nuestra práctica durante años. Este formulario es una versión "amigable". Un texto más completo está disponible en la oficina.

¿De qué se trata esto? Específicamente, existen reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado acerca de su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesario para brindarle los servicios de la oficina. HIPAA le otorga ciertos derechos y protecciones como paciente. Nosotros equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de proporcionarle un servicio profesional de calidad y atención médica. Puede encontrar información adicional en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.: www.hhs.gov

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario para brindarle servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención sean manejados adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de salud, laboratorios y compañías de seguros médicos cuando sea necesario y apropiado para su atención. Los archivos de los pacientes pueden ser almacenados en estanterías abiertas y no contendrán ningún código que identifique la condición del paciente ni información que no sea ya de dominio público. En el curso normal de la atención, estos registros pueden ser dejados, al menos temporalmente, en áreas administrativas como la recepción, la sala de examen, etc. Dichos registros no estarán disponibles para personas que no sean parte del personal de la oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados en la oficina para el manejo de expedientes, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.
2. Es política de esta oficina recordar a los pacientes sobre sus citas. Podemos hacerlo por teléfono, correo electrónico, correo postal de EE.UU. o por cualquier medio conveniente para la práctica y/o solicitado por usted. También podemos enviarle otras comunicaciones para informarle sobre cambios en las políticas de la oficina y nuevas tecnologías que puedan ser valiosas o informativas para usted.
3. La práctica utiliza varios proveedores para la realización de actividades comerciales. Estos proveedores pueden tener acceso a PHI, pero deben aceptar cumplir con las reglas de confidencialidad establecidas por HIPAA.
4. Usted entiende y acepta que agencias gubernamentales o aseguradoras pueden inspeccionar la oficina y revisar documentos que pueden incluir PHI como parte normal del desempeño de sus funciones.
5. Usted se compromete a comunicar cualquier inquietud o queja relacionada con la privacidad al administrador de la oficina o al doctor.
6. Su información confidencial no será utilizada con fines de mercadeo ni para la publicidad de productos, bienes o servicios.
7. Nos comprometemos a proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, añadir, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades tanto de la práctica como del paciente.
9. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso de su información de salud protegida y a solicitar cambios en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina en relación con su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a modificar nuestras políticas internas para ajustarnos a su solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

Paciente, Padre/Madre o Tutor Legal

Si la firma corresponde a un representante del paciente, indique su relación con el paciente: _____