

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre de pila: _____ Apellido: _____ Nombre preferido: _____ Sexo: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Número de la casa: _____ Teléfono celular: _____
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Correo electrónico: _____ Seguridad Social # _____
Escuela (si es estudiante) _____ Grado: _____
Empleado por/ Ocupación: _____ Teléfono de negocios: _____
Persona responsable de la cuenta: _____ Relación con el paciente: _____

¿Cómo prefiere recibir recordatorios de cita? (círculo uno) **CORREO ELECTRÓNICO** **TEXTO**

***Por favor, proporcione a la compañía de telefonía celular para recibir recordatorios de texto de las citas.**

*** COMPAÑÍA:** _____

¿Cómo supiste de nuestra oficina? Por favor liste todos los que aplican: (círculo)

SEGURO PARA PACIENTES DENTISTA GOOGLE FACEBOOK BILLBOARD Otros: _____

Pacientes o amigos relacionados que están o han estado bajo nuestro cuidado: _____

Nombre y edad de los hermanos: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES Por favor complete si el paciente es menor de edad.

Nombre del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

SS#: _____ Bdato: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Empleador: _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES Por favor complete si el paciente es menor de edad.

Nombre de la Madre/Tutor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

SS#: _____ Bdato: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Empleador: _____

Correo electrónico: _____

Si se trata de un divorcio, ¿quién es el progenitor que tiene la custodia? _____

¿Puede la información del paciente ser entregada al padre que no tiene la custodia? (círculo uno) **SÍ** **NO**

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de Seguros Primaria: _____ Número de teléfono _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____

Seguro del Astillero Szczecin: _____

Número de identificación: _____ Relación con el paciente: _____

Empleador del asegurado: _____ Número de grupo: _____

Compañía de seguros secundaria: _____ Número de teléfono _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____

Seguro del Astillero Szczecin: _____

Número de identificación: _____ Relación con el paciente: _____

Empleador del asegurado: _____ Número de grupo: _____

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

Nombre de la dentista: _____ Fecha de la última visita: _____

¿Qué es lo que más te preocupa de tus dientes? _____

¿Tienes algún hábito de pulgar o lengua? _____

¿Sus dientes o mandíbulas alguna vez se sienten incómodos cuando se despierta por la mañana? _____

¿Eres consciente de tu mandíbula chasqueando o saltando? _____

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE Por favor, compruebe si el paciente ha tenido o ha tenido:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Problemas del Sistema Inmunitario | <input type="checkbox"/> Dolores de oído |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Pérdida/ganancia de peso reciente | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad/Trastorno del Corazón | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Asma/Fiebre del heno |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> ETS | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Hepatitis/enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides/paratiroides |
| <input type="checkbox"/> Trastorno óseo | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo articular o implantes | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Incautaciones |
| <input type="checkbox"/> Anemia/ Trastornos de la sangre | <input type="checkbox"/> Tumores/crecimientos | <input type="checkbox"/> Desmayos/mareos |
| <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado | <input type="checkbox"/> Tratamiento del Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Extirpación de amígdalas/adenoideos | <input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Glaucoma |

¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción a lo siguiente?

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anestesia local | <input type="checkbox"/> Otros (véase la lista más abajo) |
| <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos | List any other Illnesses: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sulfa Drugs | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cualquier Metal (p.ej. níquel, mercurio, etc.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Látex de goma | _____ |

List any drugs or medications now being taken: _____

¿Está el paciente actualmente bajo el cuidado de un médico? SÍ NO

Reason if YES: _____

¿Alguna vez te dijeron que te medicaras antes de las citas dentales? SÍ NO

Reason if YES: _____

Name of Physician: _____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN

He leído y entiendo las preguntas anteriores. No consideraré a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal responsables de ningún error u omisión que haya cometido al completar este formulario. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Por la presente autorizo la entrega de todos los registros médicos del paciente antes mencionado al dentista, médico u otro proveedor de atención médica, así como la información y los registros necesarios para procesar las reclamaciones del seguro. Autorizo la publicación de información financiera para fines de recolección y transferencia de registros. Autorizo las pruebas diagnósticas necesarias y cualquier tratamiento de ortodoncia que se considere necesario realizar por o bajo la dirección del Dr. Knapp y/o asociados de Knapp Ortodoncia. Doy mi permiso para que las fotografías, rayos X o modelos de estudio se actualicen durante el tratamiento y se utilicen para exhibiciones en nuestra oficina, en nuestro sitio web, en reuniones científicas, presentaciones y publicaciones de carácter científico o con fines de grupos de estudio para promover el arte y la ciencia de la ortodoncia. Por la presente autorizo la información crediticia necesaria para ser obtenida por McKinney Orthodontics u otra compañía de terceros para los propósitos de consideración de opciones de pago. Lamentamos no poder aceptar los decretos de divorcio como asignaciones de responsabilidad para la cuenta de ortodoncia de un niño. El padre que acompaña al niño debe pagar por los servicios y solicitar cualquier reembolso del otro padre. Yo, el abajo firmante, acepto pagar los honorarios del abogado y otros costos de cobro en caso de que sea necesario utilizar los servicios de abogados para asegurar el pago de esta cuenta.

Firma

Relación con el paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO DE PRIVACIDAD- Por favor, avise a un miembro del personal si desea una copia de este formulario.

Este formulario es opcional bajo las nuevas regulaciones de privacidad de pacientes emitidas recientemente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Hemos elegido utilizar este formulario. Antes de comenzar su tratamiento de ortodoncia, debe revisar, firmar y fechar este formulario. Su información de salud protegida (es decir, información de identificación individual como nombres, fechas, números de teléfono/fax, direcciones de correo electrónico, direcciones de domicilio, números de seguridad social y datos demográficos) puede ser utilizada en relación con su tratamiento, pago de su cuenta u operaciones de atención médica (es decir, revisiones de rendimiento, certificación, acreditación y licencia). You have the right to review our office's privacy notice prior to signing this Consent, a copy of which was given to you with this Consent. You have the right to request restrictions on the use of your protected health information. However, we are not required to, and may not, honor your request. We may amend the attached privacy notice at any time. If we do, we will provide you with a copy of the changes, and the changes may not be implemented prior to the effective date of the revised notice. You may revoke this Consent at any time in writing. However, such revocation will not be effective to the extent that any action has been taken in reliance on this Consent. Thank you for your cooperation. Please let us know if you have any questions.

Print Name

Patient's Signature

Date

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

Your protected health information (i.e., individually identifiable information, such as names, dates, phone/fax numbers, email addresses, home addresses, social security numbers, and demographic data) may be used or disclosed by us in one or more of the following respects:

- To other health care providers (i.e., your general dentist, oral surgeon, etc.) in connection with our rendering orthodontic treatment to you (i.e., to determine the results of cleanings, surgery, etc.);
- To third party payors or spouses (i.e., insurance companies, employers with direct reimbursement, administrators of flexible spending accounts, etc.) in order to obtain payment of your account (i.e., to determine benefits, dates of payment, etc.);
- To certifying, licensing and accrediting bodies (i.e., the American Board of Orthodontics, state dental boards, etc.) in connection with obtaining certification, licensure or accreditation;
- Internally, to all staff members who have any role in your treatment;
- To other patients and third parties who may see or overhear incidental disclosures about your treatment, scheduling, etc.;
- To your family and close friends involved in your treatment; and/or,
- We may contact you to provide appointment reminders or information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you.

Any other uses or disclosures of your protected health information will be made only after obtaining your written authorization, which you have the right to revoke.

Under the new privacy rules, you have the right to:

- Request restrictions on the use and disclosure of your protected health information;
- Request confidential communication of your protected health information;
- Inspect and obtain copies of your protected health information through asking us;
- Amend or modify your protected health information in certain circumstances;
- Receive an accounting of certain disclosures made by us of your protected health information; and,
- You may, without risk of retaliation, file a complaint as to any violation by us of your privacy rights with us (by submitting inquiries to our Privacy Contact Person at our office address) or the United States Secretary of Health and Human Services (which must be filed within 180 days of the violation).

We have the following duties under the privacy rules:

- By law, to maintain the privacy of protected health information and to provide you with this notice setting forth our legal duties and privacy practices with respect to such information;
- To abide by the terms of our Privacy Notice that is currently in effect;
- To advise you of our right to change the terms of this Privacy Notice and to make the new notice provisions effective for all protected health information maintained by us, and that if we do so, we will provide you with a copy of the revised Privacy Notice.

Please note that we are not obligated to:

- Honor any request by you to restrict the use or disclosure of your protected health information;
- Amend your protected health information if, for example, it is accurate and complete; or,
- Provide an atmosphere that is totally free of the possibility that your protected health information may be incidentally overheard by other patients and third parties.

You can now text or call us at 256-532-8900. Just like phone calls and voicemails, texting may not always be 100% secure depending on the mobile service you use. **Your signature on this form serves as consent to receiving text messages from Knapp Orthodontics. Please alert us if you do not consent.**

This privacy notice is effective as of the date of your signature. If you have any questions about the information in this Notice, please ask for our Privacy Contact Person or direct your questions to this person at our office address. Thank you.