

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer nombre del paciente: _____ Apellido: _____ Nombre preferido: _____ Sexo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Número de la casa: _____ Teléfono celular: _____
 Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Código postal: _____ Correo electrónico: _____ Seguro Social# _____
 Escuela (si es estudiante) _____ Grado: _____
 Empleado por/ Ocupación: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Nombre y edad de los hermanos/as: _____
 Pacientes relacionados o amigos que están o alguna vez han estado bajo nuestro cuidado: _____

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

DENTISTA RELATIVO PARA PACIENTES SEGURO INTERNET SOCIAL MEDIA OTROS: _____

Persona responsable de la cuenta: _____ Relación con el paciente: _____

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

Nombre del Padre/Tutor: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 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 del Madre/Tutor: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Teléfono de la casa: _____ Teléfono de trabajo: _____
 Teléfono celular: _____ Empleador: _____
 Correo electrónico: _____

Si se trata de un divorcio, ¿Quién es el padre con custodia? _____

¿Puede la información del paciente ser entregada al padre que no tiene la custodia? SÍ NO

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de Seguros Primaria: _____ Número de teléfono: _____
 Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Seguro Social: _____
 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 Social: _____
 Número de identificación: _____ Relación con el paciente: _____
 Empleador del asegurado: _____ Número de grupo _____

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

Nombre de la dentista: _____

¿Cuál es su principal preocupación o el motivo de su visita? _____

¿Fecha de última limpieza? _____

¿Alguna vez ha tenido una "limpieza profunda" o enfermedad de las encías? Y/N

¿Tiene alguna caries o trabajo dental que deba completarse? Y/N

¿Tienes una fecha programada para completarlo? Y/N/NA

¿Has tenido algún tratamiento de ortodoncia anteriormente? Y/N

¿Se ha astillado o lastimado sus dientes permanentes? Y/N

¿Hábito de respirar por la boca o roncar por la noche? Y/N

¿Tiene algún tipo de hábito en el pulgar o la lengua? Y/N

¿Rechinar o apretar los dientes? Y/N

¿Tiene dolor en los músculos de la mandíbula o de la cara? Y/N

¿Clic, bloqueo de las articulaciones de la mandíbula? Y/N

¿Dificultad para masticar o abrir la mandíbula? Y/N

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del Médico: _____ Número del Médico: _____

Dirección del Médico: _____ Fecha del examen físico reciente: _____

Alguna droga/medicamento que esté tomando actualmente: _____

¿Toma pre medicación con antibióticos antes de cualquier procedimiento dental? SÍ NO Razón en caso si: _____

¿Alguna vez ha tomado medicamentos intravenosos para trastornos óseos o cáncer como bifosfonatos como Zometa (ácido zoledrónico), Aredia (pamidronato) o Didronel (etidronato)? SÍ NO

¿Alguna vez ha tomado medicamentos orales para trastornos óseos como bifosfonatos Fosamax (Alendronate), Actonel (risedronate), Boniva (ibandronate), Skelid (tiludronate) o Didronel (etidronate)? SÍ NO

¿Endocarditis infecciosa/valvulopatía? SÍ NO

Válvulas o material cardíaco protésico, antecedentes de EI, trasplante cardíaco, cardiopatía congénita cianótica no reparada, reparada con derivaciones? SÍ NO

Por favor marque todos los que apliquen:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Condiciones hereditarias o de desarrollo | <input type="radio"/> Historia de la osteoporosis | <input type="radio"/> Fracturas óseas o lesiones importantes |
| <input type="radio"/> Sangrado excesivo, hematomas o anemia | <input type="radio"/> Migrañas o dolores de cabeza frecuentes | <input type="radio"/> Dolor en el pecho, dificultad para respirar, cansancio |
| <input type="radio"/> Cualquier lesión en la cara, cabeza o cuello | <input type="radio"/> Reemplazo protésico/implante de articulación (rodilla, cadera) | <input type="radio"/> Defectos cardíacos, soplo cardíaco, cardiopatía reumática |
| <input type="radio"/> Polio, mononucleosis, tuberculosis o neumonía | <input type="radio"/> Hepatitis, ictericia u otros problemas hepáticos | <input type="radio"/> Angina, aterosclerosis, accidente cerebrovascular o ataque cardíaco |
| <input type="radio"/> Problemas endocrinos o de tiroides | <input type="radio"/> Artritis o problemas en las articulaciones | <input type="radio"/> Problemas de riñón |
| <input type="radio"/> Diabetes o niveles bajos de azúcar en la sangre | <input type="radio"/> Convulsiones, desmayos o problemas neurológicos | <input type="radio"/> Gonorrea, sífilis, enfermedad de transmisión sexual |
| <input type="radio"/> Trastorno de la piel (aparte del acné común) | <input type="radio"/> Alteración de la salud mental o depresión | <input type="radio"/> Infecciones frecuentes de oído, resfriados o infecciones de garganta |
| <input type="radio"/> Cáncer, tumor, radioterapia o quimioterapia | <input type="radio"/> Historia de trastorno alimentario (anorexia, bulimia) | <input type="radio"/> Asma, problemas sinusales, fiebre del heno |
| <input type="radio"/> Úlcera de estómago o reflujo ácido | <input type="radio"/> Problemas de visión, audición o habla | <input type="radio"/> Condición de amígdalas o adenoides |
| <input type="radio"/> Problemas del sistema inmunológico | <input type="radio"/> Presión arterial alta o baja | <input type="radio"/> SIDA o VIH positiva |

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

- Látex de goma Cualquier Metal (p.ej. níquel, mercurio, etc.) Acrílicos Anestesia local
- Penicilina u otros antibióticos Otros: _____

¿Estás embarazada? SÍ NO ¿Estás intentando quedar embarazada? SÍ NO

¿Masticas tabaco? SÍ NO ¿Fumas alguna sustancia o vapeas? SÍ NO

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN

He leído y entiendo las preguntas anteriores. No responsabilizaré a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal por 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 sobre cualquier cambio en mi estado médico. Yo autorizo la divulgación de todos los registros médicos del paciente mencionado anteriormente al dentista, médico u otro proveedor de atención médica remitente, así como la información y los registros necesarios para procesar las reclamaciones de seguro. Autorizo la divulgación de información financiera para fines de recopilación y transferencia de registros. Autorizo que las pruebas de diagnóstico necesarias y cualquier tratamiento de ortodoncia que se considere necesario sean realizados por o bajo la dirección del Dr. Knapp y/o asociados de Knapp Orthodontics. Doy mi permiso para que cualquier fotografía, radiografía o modelo de estudio se actualice durante el tratamiento y se use para exhibir en la oficina, en el sitio web, en reuniones científicas, presentaciones y publicaciones de naturaleza científica o para fines de grupos de estudio promover el arte y la ciencia de la ortodoncia. Yo autorizo que Knapp Orthodontics u otra empresa externa obtenga la información crediticia necesaria a los efectos de considerar las opciones de pago. (Lamentamos no poder aceptar sentencias de divorcio como asignaciones de responsabilidad para la cuenta de ortodoncia de un niño.) El padre que acompaña al niño debe pagar los servicios y solicitar cualquier reembolso al otro padre. Yo, el abajo firmante, aceptó pagar los honorarios de los abogados y otros costos de cobro en caso de que sea necesario utilizar los servicios de un abogado 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 según las nuevas regulaciones de privacidad del paciente 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, domicilios particulares, números de seguro social y datos demográficos) puede usarse en relación con su tratamiento, pago de su cuenta o servicios de salud, operaciones de atención (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, del cual se le entregó una copia con este Consentimiento. Tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso de su información médica protegida. Sin embargo, no estamos obligados ni podemos aceptar su solicitud. Podemos modificar el aviso de privacidad adjunto en cualquier momento. Si lo hacemos, le proporcionaremos una copia de los cambios y es posible que los cambios no se implementen antes de la fecha de entrada en vigor del aviso revisado. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito. Sin embargo, dicha revocación no será efectiva en la medida en que se haya tomado alguna medida basándose en este Consentimiento. Gracias por su cooperación. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta.

Nombre

Firma de Paciente

Fecha

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO CON CUIDADO.

Su información de salud protegida (es decir, información de identificación individual, como nombres, fechas, números de teléfono/fax, direcciones de correo electrónico, domicilios particulares, números de seguro social y datos demográficos) puede ser utilizada o divulgada por nosotros en uno o más de los siguientes saludos:

- A otros proveedores de atención médica (es decir, su dentista general, cirujano oral, etc.) en relación con nuestro tratamiento de ortodoncia (es decir, para determinar los resultados de limpiezas, cirugía, etc.);
- A terceros pagadores o cónyuges (es decir, compañías de seguros, empleadores con reembolso directo, administradores de cuentas de gastos flexibles, etc.) para obtener el pago de su cuenta (es decir, determinar beneficios, fechas de pago, etc.);
- A organismos de certificación, otorgamiento de licencias y acreditación (es decir, la Junta Estadounidense de Ortodoncia, juntas dentales estatales, etc.) en relación con la obtención de certificación, licencia o acreditación;
- Internamente, a todos los miembros del personal que tengan algún rol en su tratamiento;
- A otros pacientes y terceros que puedan ver u oír divulgaciones incidentales sobre su tratamiento, programación, etc.;
- A sus familiares y amigos cercanos involucrados en su tratamiento; y/o,
- Podemos comunicarnos con usted para brindarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Cualquier otro uso o divulgación de su información de salud protegida se realizará únicamente después de obtener su autorización por escrito, la cual tiene derecho a revocar.

Según las nuevas reglas de privacidad, usted tiene derecho a:

- Solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida;
- Solicitar comunicación confidencial de su información de salud protegida;
- Inspeccionar y obtener copias de su información de salud protegida solicitándonos;
- Enmendar o modificar su información de salud protegida en ciertas circunstancias;
- Recibir un informe de ciertas divulgaciones hechas por nosotros de su información de salud protegida; y,
- Puede, sin riesgo de represalias, presentar una queja sobre cualquier violación por nuestra parte de sus derechos de privacidad ante nosotros (enviando consultas a nuestra Persona de contacto de privacidad en la dirección de nuestra oficina) o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (que debe presentarse dentro de los 180 días siguientes a la infracción).

Tenemos los siguientes deberes bajo las reglas de privacidad:

- Por ley, para mantener la privacidad de la información de salud protegida y brindarle este aviso que establece nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a dicha información;
- Para cumplir con los términos de nuestro Aviso de Privacidad que se encuentra actualmente vigente;
- Para informarle sobre nuestro derecho a cambiar los términos de este Aviso de Privacidad y hacer que las nuevas disposiciones del aviso entren en vigor para toda la información de salud protegida que mantenemos, y que si lo hacemos, le proporcionaremos una copia del Aviso de Privacidad revisado.

Tenga en cuenta que no estamos obligados a:

- Respetar cualquier solicitud suya para restringir el uso o divulgación de su información médica protegida;
- Modificar su información de salud protegida si, por ejemplo, es precisa y completa; o,
- Proporcionar una atmósfera totalmente libre de la posibilidad de que otros pacientes y terceros puedan escuchar accidentalmente su información de salud protegida.

Ahora puede enviarnos un mensaje de texto o llamarnos al 256-532-8900. Al igual que las llamadas telefónicas y los mensajes de voz, es posible que los mensajes de texto no siempre sean 100% seguros dependiendo del servicio móvil que utiliza. Su firma en este formulario sirve como consentimiento para recibir mensajes de texto de Knapp Orthodontics. Por favor avisenos si no da su consentimiento.

Este aviso de privacidad entra en vigor a partir de la fecha de su firma. Si tiene alguna pregunta sobre la información de este Aviso, consulte con nuestra persona de contacto de privacidad o dirija sus preguntas a esta persona en la dirección de nuestra oficina. Gracias.