

Información General Del Paciente

Fecha: _____

Nombre: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero Telefónico: _____ Numero del Trabajo: _____ Numero Celular: _____

Partido Responsable: _____ Relación al partido responsable: _____

Dirección para declaraciones (si diferente al mencionado arriba): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ E-mail: _____

¿Algún familiar ha sido paciente aquí? _____ Nombre: _____

¿Algún familiar ha usado frenos? _____ ¿Quién fue el Ortodoncista? _____

¿Quién es responsable en tomar decisiones concerniendo tratamiento del paciente? _____

¿Quién es responsable de la cuenta? _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Numero Telefónico: _____

Yo reconozco que puede ser apropiado utilizar un reporte de crédito en determinando un plan de pagos.

Firma (partido responsable) _____ Fecha: _____

¿Cuándo fue la última vez que usted visito una oficina dental? _____ Dentista? _____

¿En cuentas formas ha escuchado usted sobre nuestra oficina? Nombre de amigo: _____

___ *Paginas Amarillas* ___ *Personal de trabajo* ___ *Miembro familiar* ___ *Paciente Previo* ___ *Periódico* ___ *Radio*

___ *Su Dentista* ___ *Televisión* ___ *Correo Directo* ___ *Su Compañía* ___ *Plan De Seguro* ___ *Cartelera*

¿Podríamos agradecer a alguien por referirlo a usted? _____ ¿Quién? _____

SI EL PACIENTE ES UN ADULTO:

Empleador: _____

Dirección: _____

Posición: _____

No. Telefónico: _____

Numero de Seguro Social: _____

Esposo(a): _____

Empleador: _____

Dirección: _____

No. Telefónico: _____

Numero de Seguro Social: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR:

Padre/Padrastro/Guardián: _____

Empleador: _____

Posición: _____

Numero de Trabajo: _____

Numero de Seguro Social: _____

Estado Civil: Casado Separado divorciado viudo Soltero

Relación al Paciente: *Nacimiento* *Adopción*

Madre/Madrastra/Guardián: _____

Empleador: _____

Posición: _____

Numero de Trabajo: _____

Numero de Seguro Social: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO ORTHODONCISTA (O PLAN PRE-PAGADO):

Seguro Primario

Poseedor de póliza: _____

Cumpleaños: _____ Empleador: _____

Compañía de Seguro: _____

Numero telefónico de Seguro: _____

Dirección: _____

Numero de póliza/ Grupo: _____

Numero de ID del empleado: _____

Seguro Secundario

Poseedor de póliza: _____

Cumpleaños: _____ Empleador: _____

Compañía de Seguro: _____

Numero telefónico de Seguro: _____

Dirección: _____

Numero de póliza/ Grupo: _____

Numero de ID del empleado: _____

Yo autorizo la liberación de cualquier información relacionada con este reclamo y entiendo que yo soy responsable por todo el costo del tratamiento dental.

Fecha _____

Firma (partido responsable) _____



Razón por la cual están buscando tratamiento: _____

Dentista del paciente: _____

¿Qué le gustaría cambiar mas sobre la apariencia de sus dientes? _____

Es la actitud del paciente hacia el tratamiento de la ortodoncia: ¿Favorable? __ ¿Indiferente? __ ¿Negativa? __

Historial Medico: Por favor marca Si o No. Si esta en duda, dejar pregunta en blanco.

- SI NO ¿Esta usted en este tiempo presente en buenas condiciones medicas? _____
- SI NO ¿Esta usted presentemente bajo el cuidado de un medico por una enfermedad? _____
- SI NO ¿Ha estado hospitalizado o ha tenido una enfermedad seria en los pasados 3 años? _____
- SI NO ¿Es alérgico o ha tenido una reacción a cualquier tipo de drogas o medicamentos? _____
¿Cuáles? _____
- SI NO ¿Ha tomado drogas o medicamentos en las últimas 24 horas? _____
¿Cuales, y porque? _____
- SI NO ¿Ha llegado al punto de desarrollo el paciente? (Niños)- Cambio de voz (fecha) _____
(Niñas)- Menstruación (fecha) _____
- SI NO MUJERES SOLAMENTE- ¿Esta usted embarazada? _____
- SI NO ¿Hay cualquier otro problema medico o dental que debemos saber? ¿Cual? _____

¿Tiene usted o ha tenido cualquiera de los siguiente? (Por favor indique si o no)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Presión Alta/ Baja | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asma/Polinosis |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Problemas Auditivos | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Condición Nerviosa | <input type="checkbox"/> Desmayos |
| <input type="checkbox"/> Terapia de Radiación | <input type="checkbox"/> Problemas del Riñón | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón o soplo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venéreo/ Sida | <input type="checkbox"/> Desorden del Seno |
| <input type="checkbox"/> Problemas Hepáticos | <input type="checkbox"/> Ulceras en el Estomago | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Problemas de endocrino | <input type="checkbox"/> Dolor en la Quijadas/ TMJ |
| <input type="checkbox"/> Sangrando prolongado | <input type="checkbox"/> Desorden en los huesos | <input type="checkbox"/> Otros |

Historial Dental: Por favor marca Si o No. Si esta en duda, dejar pregunta en blanco.

- SI NO ¿Ha tenido golpes a la cara, boca, o dientes? ¿Cuando? _____
- SI NO ¿Ha chupado el paciente su dedo gordo o cualquier otro dedo? ¿Que edad? _____
- SI NO ¿Tiene este paciente problemas con el hablar? _____
- SI NO ¿Respira por la boca el paciente? ¿Estando despierto? _____ ¿Cuando duerme? _____
- SI NO ¿Alguna vez le han informado de dientes permanentes que le faltan o tiene de más? _____
- SI NO ¿Tiene dientes chuecos o siente que sus dientes sobresalen muy lejos? _____
- SI NO ¿Le gusta la medida y forma de sus dientes? _____
- SI NO ¿Esta confortable con la forma en que sus dientes quedan? _____
- SI NO ¿Esta contento con el color de sus dientes? _____
- SI NO ¿Cuándo come, se le atrapa la comida entre sus dientes? _____
- SI NO ¿Son sus dientes sensibles cuando come o bebe algo caliente o frío? _____
- SI NO ¿Le sangran las encías o se sienten irritadas? _____
- SI NO ¿Ha tenido tratamiento dental hacia sus encías en algún momento? _____
- SI NO ¿Tiene dolores de cabeza crónicos frecuentemente? _____
- SI NO ¿Alguna vez ha tenido dificultad en abrir o serrar su Quijada? _____
- SI NO ¿Rechina los dientes durante el día o en la noche? _____
- SI NO ¿Le dan dolores de oído, le suenan los oídos, o se siente mariado? _____

Firma (Partido Responsable): _____ Fecha: _____

Notas del Doctor: _____

Aletas Medicas: _____





Nota de Practicas Privadas

Propósito: Esta forma, Nota de Practicas Privadas, presenta la información que la ley federal nos requiere a nosotros darle a nuestros pacientes.

Nosotros Debemos proveer esta nota a cada paciente empezando no mas tarde que la fecha de nuestro servicio entregado al paciente, incluyendo servicio entregado electrónicamente, después del 14 de Abril del año 2003. Nosotros debemos tomar una tentativa de buena- fe para obtener, por escrito un reconocimiento del recibo da la nota del paciente. También debemos nosotros obtener la nota disponible en la oficina para nuestros pacientes para que puedan pedir que se las lleven. Nosotros debemos anunciar la nota en nuestra oficina en una localidad clara y prominente donde es razonable esperar que cualquier paciente buscando servicio de nosotros pueda leer la nota. Cuando la nota es revisada, nosotros debemos hacer la nota disponible sobre pedido dentro o después del día efectivo de la revisión de una manera constante con las instrucciones mencionadas previamente. Después, debemos distribuir la nota a cada paciente nuevo al tiempo del servicio entregado y a cualquier persona queriendo solicitar una nota en nuestra oficina, como mencionado previamente.

Servicios de Mercadeo Relacionado con la Salud: Nosotros no usaremos información médica para comunicaciones de mercadeo sin su autorización por estrito.

Requerido por Ley: Nosotros podemos usar o revelar su información médica cuando es requerido hacerlo por la ley.

Abuso o Negligencia: Nosotros podemos revelar a las autoridades militares información médica al personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Nosotros podemos revelar a oficiales federales autorizados información medica requerido por la inteligencia licita o aplicación licita oficiales que tienen custodia licita de información medica protegida de un interno o el paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorio de Citas: Nosotros podemos usar o revelar su información medica para recordarle a usted de sus citas (como mensajes de voz, postales, o cartas).

Derechos del Paciente

Acceso: Usted tiene el derecho de ver u obtener copias de su información medica, con excepciones limitadas. Usted puede pedir que nosotros le proporcionemos copias en un formato de otra manera que fotocopia. Nosotros usaremos el formato que usted proporciono al menos que no podamos practicablemente hacerlo. Usted debe hacer un pedido por escrito para obtener acceso a su información médica. Usted puede obtener una forma para pedir acceso usando la información del contrato dada al final de esta nota. Nosotros le cobraremos a usted un razonable honorario de costo-basado por gastos como copias y tiempo del personal. Usted también puede pedir acceso mandándonos una carta a la dirección que esta al final de esta nota. Si usted pide copias, nosotros le cobraremos \$0.25 por cada página, \$10.00 por cada hora que el personal uso para localizar y copiar su información medica, y franqueo si usted quiere que le enviemos copias. Si usted pide un formato alternativo, nosotros le cobraremos un honorario de costo-basado en dándole su información medica en ese formato. Si usted prefiere, nosotros le prepararemos un resumen o explicación de su información medica por un honorario. Contáctenos usando la información dada al final de esta nota para una explicación entera de nuestra estructura de honorarios.



Reconocimiento De Recibo

Carta de Privacidad

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento.

Yo, _____ he recibido una copia de la carta de privacidad de Family Orthodontics of Woodstock.

Su Nombre

Su Firma

Fecha

Para el uso del personal solamente.

Nosotros procuramos obtener este reconocimiento por escrito de la Carta de Privacidad, pero el reconocimiento no pudo ser obtenido porque:

- Individual se negó a firmar
 - Barreras de comunicación prohibió obtener el reconocimiento
 - Una situación de emergencia se presentó y no pudimos obtener el reconocimiento
 - Otro (por favor explique)
- _____



Póliza de Confirmación

Desde Junio del año 2006, Family Orthodontics of Woodstock P.C. ha aplicado una póliza de confirmación. Nosotros intentaremos contactarlo en la casa o cualquier otro numero alternativo. Si nuestros intentos de contactarlo fracasan, es su responsabilidad de verbalmente confirmar todas las citas con el personal de la oficina o dejando un mensaje en nuestro servicio telefónico contratado disponible las 24 horas al dia. Por favor entienda que sin una notificación dentro de 24 horas antes de su cita, abra un cargo de \$25.00 por cada cita perdida.

Yo también entiendo que es mi responsabilidad de informarle a la oficina de cualquier cambio en mi número telefónico o dirección.

Firma

Fecha

2230 Towne Lake Pkwy
Building 1100, Suite 100
Woodstock, Ga. 30189

Telefono: 678-445-5444
Fax: 770-874-0825