

PACIENTE NUEVO: NIÑOS

¿El paciente ha concurrido a alguna cita en alguna de nuestras sucursales? Sí No

En caso afirmativo, cuál: _____

¿Cómo se enteró de nuestro consultorio? ¿A quién podemos agradecerle que nos recomendara? _____

¿Cuál es la inquietud principal respecto de la sonrisa del paciente? ¿Qué le gustaría cambiar?

¿Alguno de los miembros de su familia recibió atención aquí? Sí No

En caso afirmativo, detalle los nombres: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Título: _____ Nombre de preferencia o apodo: _____

Dirección. Calle: _____ N.º de depto. o unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____ Origen étnico: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Teléfono residencial: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Empleador: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Teléfono laboral: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Empleador: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Teléfono laboral: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

En caso de emergencia, llame a esta persona: _____ **al teléfono:** _____

HISTORIA CLÍNICA DENTAL

Nombre del dentista: _____ Fecha de la última limpieza o examinació _____

¿Es necesario realizar algún procedimiento dental? Sí No

¿El paciente hizo una consulta por ortodoncia alguna vez? Sí No

¿El paciente ha sufrido alguna lesión en el rostro, la boca o los dientes? Sí No

¿El paciente ha sentido dolor o sensibilidad en las articulaciones temporomandibulares (ATM) o trastornos de la articulación temporomandibular (TTM)? Sí No

¿El paciente ha recibido un diagnóstico de periodontitis o disminución de la masa ósea? Sí No

¿El paciente tiene alguno de los siguientes hábitos?

Succionar el pulgar Proyectar la lengua Rechinar los dientes Apretar los dientes

HISTORIA CLÍNICA

Seleccione la casilla si el paciente tiene o ha tenido lo siguiente:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resultado positivo en la prueba de VIH | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Inflamación de las articulaciones | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Extracción de adenoides |
| <input type="checkbox"/> Trastornos óseos | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Lesiones cerebrales |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado | <input type="checkbox"/> Problemas de riñones o hígado |
| <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos | <input type="checkbox"/> Dolor de oído |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Extracción de amígdalas | <input type="checkbox"/> Hepatitis |

¿El paciente padece alguna afección o alergia que se considere un alerta para los médicos? _____

¿El paciente tiene alguna preocupación médica? _____

Nombre del médico: _____

Enumere todos los medicamentos que el paciente está tomando ahora:

Solo para pacientes mujeres: ¿La paciente está embarazada? Sí No En caso afirmativo, ¿de cuántas semanas? _____

¿El paciente padece alguna dolencia emocional o de la conducta de la que deberíamos tener conocimiento?

TDAH o TDA Trastorno del espectro autista Trastorno por ansiedad Trastorno del procesamiento sensorial

Otro: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del asegurado: _____

Parentesco con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Número de seguro social o de identificación del asegurado: _____

Empleador del asegurado: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Teléfono de la compañía de seguros: _____ Número del grupo: _____

AUTORIZACIONES

Autorización a la compañía de seguros: Autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Prettyman Orthodontics y a sus dentistas asociados los beneficios del seguro que me correspondería cobrar a mí. Entiendo que mi proveedor de seguro dental podría pagar menos que el monto real de los servicios. Acepto hacerme responsable del pago de todos los servicios prestados a mi persona o a mis dependientes. He recibido, leído, comprendido y aceptado la póliza de seguro y financiera de Prettyman Orthodontics. Además, con mi firma a continuación acuerdo recibir llamados del personal de Prettyman Orthodontics en mi teléfono laboral, residencial o móvil para hablar sobre cuestiones relacionadas con mi tratamiento dental, el seguro y los arreglos financieros.

Firma del paciente o del tutor legal

Fecha

Autorización de tratamiento: Doy mi consentimiento para realizar el procedimiento que se determinó necesario o recomendable a criterio del ortodoncista.

Firma del paciente o del tutor legal

Fecha

POLÍTICAS DEL CONSULTORIO

- Requerimos notificación previa de 24 horas si usted no puede acudir a la cita programada. Nos reservamos el derecho de cobrarle un monto por cancelación y/o renunciar a prestarle servicios si usted no cumple con esta política.
- Cuando llamamos para confirmar las citas, le pedimos a nuestros pacientes que confirmen su cita devolviéndonos la llamada, correo electrónico o mensaje de texto dentro de las 24 horas de haber recibido la notificación de confirmación. El no cumplir con esta política significará que usted quedará programado como paciente "no confirmado en espera" y que puede o no ser visto si va a su cita.
- Hay un costo de \$30.00 para transferir o liberar la historia clínica del paciente, incluso las radiografías.
- **No se pueden dejar solos a los niños** en la recepción y no pueden acompañarle en las áreas de tratamiento. Programe el cuidado de los niños antes de su cita o nos reservamos el derecho de volver a programar su cita.
- **Solo los pacientes** pueden entrar en las áreas de tratamiento. Si el paciente es menor de edad, el padre/madre o tutor legal podrá acompañar al paciente en el consultorio donde el dentista tratante le explicará el diagnóstico, tratamiento planificado y los riesgos y beneficios del tratamiento. Cuando llegue el momento de realizarle el tratamiento al paciente, quedará a discreción del dentista tratante si permite que el padre/madre/tutor legal permanezca en el consultorio durante el resto de la cita.
- El padre/madre, tutor legal o trabajador del hogar de ancianos debe permanecer en el consultorio durante el tratamiento si el paciente es menor de 18 años o si es residente o está bajo el cuidado de un hogar de grupo, centro de vida asistida, hogar de ancianos u otro tipo de cuidados por tutor.
- **NO** se permite el uso de teléfonos celulares en la recepción. Salga del edificio para usar su teléfono celular.
- No se permite comida o bebida en la recepción o consultorios.
- No se permite fumar dentro o a menos de cincuenta (50) pies de la entrada de los pacientes.
- No se permiten armas de ningún tipo (armas de fuego, cuchillos, porras, etc.), ocultas o visibles en el recinto.
- Debe considerar a las otras personas al hablar. Puede que se le pida que se vayan a los pacientes que hablen en voz alta o que usen groserías.

Entiendo y estoy de acuerdo con seguir las políticas del consultorio antes mencionadas.

Nombre en letra imprenta: _____ Fecha: _____

Firma del paciente/tutor legal: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entendemos que su información médica y dental es personal y nos comprometemos a protegerla. Creamos una historia que incluye el cuidado y servicios que prestamos en nuestro consultorio. Necesitamos esta historia para proporcionarle con el cuidado dental de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso le informará sobre la forma en que podemos usar y compartir su Información de Salud Protegida (PHI, en inglés).

Derechos del paciente: Usted tiene el derecho de solicitar una copia de su historia médica y solicitarla en el formato que desee (en papel o electrónico). Si solicita, por escrito, que se envíe una copia de su historia a un tercero específico, la historia se enviará como se indica de manera oportuna.

Tenemos el deber legal de:

1. Mantener privada su información de salud personal.
2. Darle este aviso que describe sus derechos legales, prácticas de privacidad y sus derechos sobre su información médica.
3. Seguir los términos del aviso actual.
4. Notificarle si hay una divulgación accidental de su información de salud privada de manera oportuna.

Tenemos el derecho de:

- Cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que los cambios los permita la ley.

Aviso de cambios a las prácticas de privacidad:

- Antes de realizar cambios importantes a nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y tendremos el nuevo aviso disponible a solicitud.

USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Lo siguiente describe las diferentes formas en que usamos y divulgamos su información médica. No se enumeran todos los usos o divulgaciones. Sin embargo, hemos enumerado todas las maneras distintas que se nos permite usar y divulgar la información dental/médica. No utilizaremos o divulgaremos su información dental/médica para ningún fin que no esté enumerado a continuación sin su autorización específica por escrito. Cualquier autorización específica por escrito que proporcione será revocada en cualquier momento al comunicarse por escrito con nosotros.

1. **Para tratamiento:** podemos usar su PHI para proporcionarle el tratamiento o servicios dentales. Podemos divulgar información dental/médica sobre usted a los proveedores de cuidados de la salud que normalmente estarían involucrados en su tratamiento, tanto directa como indirectamente.
2. **Para pago:** podemos usar y divulgar su PHI para fines de pago. Puede que se envíe una factura a usted o a un tercer pagador o agencia de cobranza. La información en o que acompaña la factura puede incluir información dental/médica.
3. **Para operaciones de cuidados de la salud:** podemos usar y divulgar su PHI para nuestras operaciones de cuidados de la salud, incluso valorar la calidad, evaluar el rendimiento de empleados y realizar entrenamiento.
4. Prettyman Orthodontics no podrá vender o usar su PHI para fines de mercadeo o recolectar fondos sin su autorización firmada.
5. Si paga su tratamiento dental y solicita que divulguemos el procedimiento a su seguro, debemos cumplir con su solicitud siempre que pague por completo por el procedimiento de manera oportuna.

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido del Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que ustedes usen y divulguen mi información de salud protegida y realizar el tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidados de la salud.

Nombre del paciente (letra imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del paciente/tutor legal: _____

Parentesco con el paciente: _____