

Forma de Historia de Salud

Información Confidencial del Paciente	
Nombre Completo de Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Género:	Apodo:
Dirección:	Número Celular:
	Correo Electronico:
Numero de Seguro Social #:	
Nombre de Madre/Padre o Tutor: (con quien vive el/la paciente)	
Si sus niños son menor de 18, por favor escriba sus nombres y fechas de nacimiento para registrarlos para consultas gratis y descuentos familiares.	
Hermano/a #1	Fecha de Nacimiento
Hermano/a #2	Fecha de Nacimiento
Hermano/a #3	Fecha de Nacimiento
Hermano/a #4	Fecha de Nacimiento
Algún miembro de la familia inmediata visto?	
Cómo escucho de nuestra oficina?	
Quien esta llenando esta forma? (Nombre/Relación/# de Teléfono):	
Contacto de Emergencia(Nombre/Relación/# de Teléfono):	

Información confidencial del Partido Financiero		
Fiesta Responsable		
Nombre Completo:	Dirección:	
Número de Celular:		
Estado de matrimonio: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Padres Casados <input type="checkbox"/> Padres Divorciados <input type="checkbox"/> Domestic Partner		
Numero de Seguro Social#:	Correo Electronico:	
Fecha de Nacimiento:	Relación a paciente:	
Empleador:	Título Profesional:	
Información de Esposo/a		
Nombre Completo:	Dirección:	
Numero de Celular:		
Numero de Seguro Social #:	Correo Electronico:	
Fecha de Nacimiento:	Empleador:	Título Profesional:
Relación a Paciente: <input type="checkbox"/> Madre/Padre Biológico <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro :		

Información de Seguro Dental			
Seguro Dental Primario			
Nombre del Titular de la Póliza:		Relación a Paciente:	
Compañía de Seguro:		Empleador:	
Numero de Grupo:		# de Identificación de Abonado:	
Seguro Dental Secundario			
Nombre del Titular de la Póliza:		Relación a Paciente:	
Compañía de Seguro:		Empleador:	
Numero de Grupo:		# de Identificación de Abonado:	
Interés y Historia del Tratamiento de Ortodoncia			
Alguna vez ha tenido un tratamiento de ortodoncia antes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso de si, estuvo completado?	
Cual es su preocupación principal?			
Esta interesado/a en: <input type="checkbox"/> frenos <input type="checkbox"/> alineadores <input type="checkbox"/> Lo que el doctor recomiende <input type="checkbox"/> No quiero frenos			

Historia Dental			
Nombre de Dentista General:		Ultima visita al dentista:	
Necesita antibióticos antes de las visitas al dentista? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Problemas/Terapia de Habla?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Respiración por la boca?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Rechinar o Apretar los Dientes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cualquier diente perdido o extra permanente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hábito del dedo, morderse los labios/las uñas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hábito del dedo de niño?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lesión en la cara de la mandíbula, los dientes. o los labios?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tragar anormal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ha sido tratado por "TMJ"?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nota un chasquido o un chasquido en el punto de la mandíbula?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alguna vez has bloqueado tu mandíbula?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dificultad para masticar o abrir la boca?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Historia Medica			
Nombre de Medico Primario:		Fecha del Último Examen Físico:	
Salud del Paciente: <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Justo <input type="checkbox"/> Bueno/a		Es un paciente bajo el cuidado de un medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso de si, que se esta tratando?			
El paciente ha tenido una enfermedad grave/hospitalización en los ultimos 5 años? <input type="checkbox"/> Si; Porque? <input type="checkbox"/> No			
Medicaciones tomadas:			
Alergias o Reacciones a Medicamentosa:			
Látex	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Penicilina o otros antibióticos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sulfamidas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Aspirina. Ibuprofeno, o Tylenol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anestésicos locales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Codeína o otros narcóticos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otros:		Anestésicos locales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Válvulas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis/Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Defecto Cardíaco Congenito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cancer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alergia a los Metales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hipertension/ Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Trastornos óseos/pérdida ósea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia / Trastorno de la Sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones/ Epilepsia/Enfermedad Neurológica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Eliminación de amígdalas/adenoideas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fracturas óseas/ trauma en la cara/ mandíbula	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tome Bisfosfonatos (Fosamax, Boniva)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Artritis/ Problemas Articulares	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problema de los Senos Paranasales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión Arterial Baja	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Certifico que he leído y entendido lo anterior. Reconozco que he completado este formulario a mi leal saber y entender, y que mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. No responsabilizaré a mi ortodoncista ni a ningún otro miembro de su personal por ningún error o omisión que pueda haber cometido al completar este formulario. Si hay algún cambio posterior a este registro de historial o estado medico o dental, informaré a la práctica.

FIRMA: X

Autorización Para El Uso O Divulgación de Imágenes Fotográficas y/o de Video del Paciente

Autorizo el uso y la divulgación de mi nombre, imágenes fotográficas/de video y/o testimonio con fines de marketing por parte de Freels Orthodontics. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y es posible que ya no esté protegida por las normas de privacidad de HIPAA.

Propósito: Las imágenes fotográficas/de video y/o el testimonio se utilizarán par alas redes sociales, la pagina de internet, y/o la publicidad.

Revocabilidad: Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento pero dicha revocación debe ser por escrito y recibida por la práctica por correo certificado. La revocación afecta la divulgación en el futuro y no es retroactiva.

Tratamiento Sin Condiciones: Yo entiendo que la práctica no puede condicionar el tratamiento si firmo esta autorización o no.

() Declinación

() Tiene mi aprobación para usar imágenes fotográficas/ de videos para los fines mecionados anteriormente.

FIRMA : X

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

A continuación se enumeran hasta tres personas que pueden estar involucradas en mis actualizaciones de ortodoncia, que pueden ser, entre otras,: tratamiendo de ortodoncia, citas, información financier y transporte. Entiendo que cualquier solicitud para eliminar el acceso de alguien requerirá una notificación por escrito.

Nombre	Relación	Número de Teléfono
Nombre	Relación	Número de Teléfono
Nombre	Relación	Número de Teléfono

Entiendo que debo preguntarle al Oficial de Privacidad de nuestra práctica dental si tengo alguna pregunta sobre estas políticas y procedimientos.

Entiendo que puedo solicitar una copia de nuestro Aviso de Practicas de privacidad o verlo en línea en www.freelsortho.com

FIRMA: X

FECHA: