

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):		
Contacto de Emergencia :Nombre	Relación	/# de Teléfono:

Información confidencial del Partido Financiero

Fiesta Responsable Nombre Completo:		
Número de Celular:	Dirección:	
Le podriamos mandar mensajes de texto? Si o No		
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 Elija con X		
Numero de Seguro Social#:	Correo Electronico:	
Fecha de Nacimiento:	Relación a paciente:	
Empleador:	Título Profesional:	
Información de Esposo/a Nombre Completo:		
Numero de Celular:	Dirección:	
Le podriamos mandar mensajes de texto? <input type="checkbox"/>Si <input type="checkbox"/> No		
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 Otro : Elija con X		

Información de Seguro Dental

Seguro Dental Primario		<input type="checkbox"/>	Sin Seguro	
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?			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 recomienda <input type="checkbox"/> No quiero frenos Elija con X				

Historia Dental

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

Historia Medica

Nombre de Medico Primario:	Fecha del Último Examen Físico:		
Salud del Paciente: Mal Justo Bueno/a	Es un paciente bajo el cuidado de un medico? Si No		
En caso de si, que se esta tratando?			
El paciente ha tenido una enfermedad grave/hospitalización en los ultimos 5 años? Si; Porque? <input type="checkbox"/> No			
Medicaciones tomadas:			
Alergias o Reacciones a Medicamentosa:			
Elija con X todas las que aplique			
Látex	Si	Penicilina o otros antibióticos	Si
Sulfamidas	Si	Aspirina. Ibuprofeno, o Tylenol	Si
Anestésicos locales	Si	Codeína o otros narcóticos	Si
Otros:		Anestésicos locales	Si

Elija con X todas las que aplique			
Soplo Cardíaco	Si	Diabetes	Si
Válvulas	Si	Tuberculosis/Enfermedad Pulmonar	Si
Defecto Cardíaco Congenito	Si	Cancer	Si
Enfermedad del Corazón	Si	Alergia a los Metales	Si
Hipertension/ Presión Arterial Alta	Si	Trastornos óseos/pérdida ósea	Si
Anemia / Trastorno de la Sangre	Si	Convulsiones/ Epilepsia/Enfermedad Neurológica	Si
VIH/SIDA	Si	Asma	Si
Eliminación de amígdalas/adenoides	Si	Fracturas óseas/ trauma en la cara/ mandíbula	Si
Tome Bisfosfonatos (Fosamax, Boniva)	Si	Presión Arterial Baja	Si
Problema de los Senos Paranasales	Si		

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. Entendido 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 mencionados anteriormente.

Escriba si Apruebe o Rechace

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: