INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha

Nombre del Paciente Hombre / Mujer

Primer Segundo Apellido

Dirección

Calle Ciudad Código postal

Teléfono de casa Fecha de Nacimiento Edad SSN - -

¿A quién le agradecemos por recomendarle nuestra oficina?

Escuela Grado

Niños/Hermano(a): Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_\_\_\_

Amistades vistos en nuestra oficina

Por favor liste algunas aficiones o interés \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE INDIVIDUO RESPONSABLE

Si Mismo/Padre/Guardian

Primer Segundo Apellido

Residencia

Calle Ciudad Código postal

Dirección postal

Calle Ciudad Código postal

¿Cuánto tiempo en esta dirección? Teléfono de Casa Teléfono de Trabajo

Celular/Otro Teléfono Correo Electrónico

Dirección Anterior (si menos de 3 años)

SSN - - Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el Paciente

Empleador Ocupación Número de Años Empleado

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Cónyuge/Padre/Guardian/Otro

Primer Segundo Apellido

Residencia

Calle Ciudad Código postal

Dirección postal

Calle Ciudad Código postal

¿Cuánto tiempo en esta dirección? Teléfono de Casa Teléfono de Trabajo

Celular/Otro Teléfono Correo Electrónico

Dirección Anterior (si menos de 3 años)

SSN - - Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el Paciente

Empleador Ocupación Número de Años Empleado

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Persona Económicamente Responsable de esta Cuenta:

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA DENTAL

Nombre del Asegurado Fecha de Nacimiento

Nombre del Empleador y Dirección

SSN del Asegurado - - ID#

¿Cuánto tiempo en esta dirección? Teléfono de Casa Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compañía de aseguranza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No de grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene doble cobertura? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si contesta sí favor de completer la siguiente información:

Nombre del Asegurado Fecha de Nacimiento

Nombre del Empleador y Dirección

SSN del Asegurado - - ID#

¿Cuánto tiempo en esta dirección? Teléfono de Casa Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compañía de aseguranza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No de grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección

Calle Ciudad Código postal

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La oficina se reserve el derecho de verificar la situación financier de los pacientes potenciales que buscan condiciones de pago.

Firma: Usted/Cónyuge/Padre/Tutor/Guardian/Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Actualizationes (Fecha e Inicial) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Actualizationes (Fecha e Inicial) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Actualizationes (Fecha e Inicial) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HISTORIA MEDICO

Doctor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de la Última Visita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor de circular Sí o No (Si contesta sí favor de llenar los datos)

Sí No ¿Está tomando algún medicamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Es alérgico a algún medicamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Tiene antecedentes de una enfermedad grave? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Ha tenido alguna operación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Alguna vez ha estado involucrado en un accidente serio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Ha visto a un médico en los últimos 12 meses? ¿Por qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Círcule cualquiera de las condiciones médicas a continuación que ha tenido o tiene actualmente:

Sangrado anormal/hemofilia Anemia Artritis Asma o Alergias Trastornos de los huesos

Sangrado Prolongado Mareos Epilepsia Problemas del corazón Trastornos gastrointestinales

Soplo cardíaco VIH/SIDA Neumonía Presión arterial alta Problemas renales

Trastornos nerviosos Tuberculosis Diabetes Radiación/quimioterapia Fiebre reumática

Tumor o cancer

¿Hay alguna condición médica que no hemos discutido que usted considere que debamos tener en cuenta? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Existen problemas sensoriales u otras necesidades especiales? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HISTORIA DENTAL

Dentista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de la Última Visita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué le preocupa más acerca de sus dientes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor de circular Sí o No (Si contesta sí favor de llenar los datos)

Sí No ¿Actualmente tiene algún dolor dental? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción no favorable a la odontología \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Ha perdido o astillado algún diente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Ha tenido lesiones en el rostro, boca o dientes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Hay alguna parte de su boca sensible a la temperatura? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Hay alguna parte de su boca sensible a la presión? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Sus encías sangran al cepillarse? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Usted tiene algún tipo de hábito pulgar o lengual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Usted respira por la boca? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Ha visto alguna vez un ortodoncista? En caso afirmativo, quién y cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Cuál es su actitud de recibir tratamiento ortodóntico? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Tiene alguien en su familia que ha recibido tratamiento ortodóntico? ¿Cómo se sienten sobre el resultado? \_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Alguna vez siente los dientes o mandibula incómodas cuando se despierta en la mañana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Está conciente de que su mandíbula haga clic o estallidos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Está conciente de apretar o rechina los dientes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Tiene dolores de cabeza de “tensión”? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Está conciente de que algunas citas van a ser durante horas de escuela/trabajo?

Para las mujeres: Sí No ¿Está usted embarazada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No ¿Ha comenzado su menstruación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sinceramente he contestado todas las preguntas anteriores y me comprometo a informar a esta oficina de cualquier cambio en mi historia médico o dental. Además, autorizo a Dr. Trent Nestman para realizar una evaluación completa de ortodoncia.

Firma: Usted/Cónyuge/Padre/Tutor/Guardian/Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AVISO DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo informacion medica y dental sobre usted puede utilizarse y divulgarse y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor léalo cuidadosamente.

Entendemos que la privacidad de su información personal es importante para usted. Como su ficina de ortodoncia, creemos que su derecho a la privacidad es una parte fundamental de su tratamiento; como tal, queremos que entienda nuestras prácticas de privacidad y procedimientos. Si tiene cualquier pregunta sobre estas plizas por favor no dude en llamarnos al (303) 498-0351.

Información que recopilamos sobre usted

Recopilamos información personal acerca de usted y su familia como parte de nuestro proceso de pacientes nuevos, en el transcurso de su atención, y de otras entidades de salud que usted utiliza, tales como: otros dentistas y especialistas, instalaciones de procesamiento de imágenes, laboratorios y su compañía de seguros. Esta información personal incluye elementos como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social, empleador, historial de salud, póliza de seguro e información de cobertura y cualquier información que usted proporcione. Durante el curso de su tratamiento recopilaremos información dental sobre diagnóstico, planes de tratamiento, progreso y resultados de la prueba o algunas radiografias.

Cómo se utiliza su información

La información personal y de salud puede utilizarse y divulgarse con su consentimiento general para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica de rutina. Esto significa que podemos enviar su información a otros dentistas o instalaciones involucradas en su tratamiento, así como a su compañía de seguros o una agencia de colección para obtener el pago. Esto incluye la presentación electrónica de la información para efectos de reclamación de seguro. Esto también incluye el contacto con usted y su familia para proveer recordatorios de citas o información sobre el tratamiento. Cualquier otro uso de la información requiere una autorización firmada por usted, el paciente o tutor y puede ser revocado en cualquier momento con una solicitud por escrito. Nestman Orthodontics no vende la información del paciente a cualquier tercer partido. En ciertos casos de interés de salud pública somos obligados a revelar cierta información a organizaciones de salud locales, estatales o nacionales o agencias gubernamentales.

Salvaguardar su información de salud y personal

Estamos obligados por ley a (1) Asegúrese que médicos información que le identifica a usted se mantiene en privado, (2) proporcionarle nuestra política de privacidad y (3) cumplir con los términos establecidos en la política de privacidad. Como un medio de proteger su privacidad, restringimos el acceso a su información personal y salud sólo aquellos empleados que necesitan la información para completar sus puestos de trabajo y proporcionar servicio de calidad a usted.

Nestman Orthodontics mantiene salvaguardias físicas, electrónicas y de procedimientos para cumplir con las regulaciones estatales y federales que protegen su información personal y de salud. Si siente que su privacidad ha sido violado usted tiene el derecho a presentar una queja con el Departamento de salud y servicios humanos. Una queja de ninguna manera influirá en el curso del tratamiento con nuestra oficina.

Cambios a nuestra política de privacidad

Todos los pacientes nuevos revisará una copia de nuestra política de privacidad. Nestman Orthodontics ocasionalmente revisa la política de privacidad y se reserva el derecho a modificarla. Notificación de cambios estará disponible en la recepción antes de la fecha efectiva de cualquier cambio.

El derecho a restringir el uso de la información

Usted tiene el derecho a solicitar restricciones a nuestros usos o divulgaciones de su información personal o de salud, aunque no estamos obligados a aceptar estas restricciones. Una vez que se ha procesado su solicitud permanecerá en efecto hasta que usted solicita un cambio.

Reconocimiento de paciente

He revisado la política de privacidad de Nestman Orthodontics y entiendo que mi nombre y mis registros diagnósticos pueden utilizarse para propósitos educativos y promocionales.

Firma: Usted/Cónyuge/Padre/Tutor/Guardian/Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_