

nestman orthodontics

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 completar 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 _____

Teléfono _____ Calle _____ Ciudad _____ Código postal _____
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: _____

Actualizaciones (Fecha e Inicial) _____

Actualizaciones (Fecha e Inicial) _____

Actualizaciones (Fecha e Inicial) _____

nestman orthodontics

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 debemos 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 lingual? _____
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 mandíbula 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 información médica 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 oficina 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 pólizas 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 radiografías.

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: _____