**Información del Paciente Adulto y Estado de salud para Ortodoncia**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexo: M F

Número de Teléfono Celular:(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Numero de casa:(\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Calle Ciudad Estado Código Postal

Dentista del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha del último examen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A quien podemos agradecer por referirle:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Dental: Si\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_ Cobertura de ortodoncia: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Compañía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Política #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel:(\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anos en su trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Persona Responsable**

Marque aquí si la parte responsable y el paciente son los mismos

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexo: M F

Número de Teléfono Celular:(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Numero de casa:(\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Calle Ciudad Estado Código Postal

Dentista del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha del último examen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A quien podemos agradecer por referirle:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Dental: Si\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_ Cobertura de ortodoncia: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Compañía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Política #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel:(\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anos en su trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_**

Dirección: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Calle Cuidad Estado Código Postal

**Historia de Salud del Paciente**

**S N** Está de buena salud el paciente? Si no, explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**S N** Tiene historia familiar de enfermedad grave? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**S N** Esta alérgico a algún medicamento, comida, o otros? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**S N** Está tomando algún medicamento? (Por ejemplo, bis-fosfonatos)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**S N** Está bajo cuidado de algun médico? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**S N** Ha sufrido alguna lesión en la cara, boca, o dientes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Se le ha diagnosticado o tratado al niño alguno de los siguientes?**

**S N** Sangrado Abnormal **S N** Soplo en el corazón **S N** SIDA /VIH+ **S N** Paladar/Labio hendido **S N** Cualquier noche en el Hospital/Cirugía **S N** Problemas de Auditivas/hablar **S N** Embarazada **S N**  Diabetes

Por favor, explique de lo anterior y cualquier otro problema médico que el paciente tiene/tuvo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Dental del Paciente**

Cuáles son las principales preocupaciones que le gustaría llevar a cabo la ortodoncia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**S N** Ha sido consultado a un ortodoncista antes?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del ortodoncista y la fecha?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**S N** Le truena o tiene dolor en las articulaciones de la mandíbula?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**S N** Tiene dolores de cabeza de parte de la mandíbula, se le bloquea la mandíbula, cansancio de las mandíbulas,o tiene apertura limitada de la mandibula?\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que la información que he puesto es correcta a lo mejor de mi conocimiento, que se quedará en la más estricta de las confidencias y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado de salud. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con las reclamaciones de seguros. Doy consentimiento para el examen por el médico y yo autorizo el pago de los beneficios del seguro a la oficina. Yo soy responsable de todos los gastos no cubiertos por el seguro. Entiendo que en cualquier caso, la oficina puede obtener informes de mi crédito.

.

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion con el paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HIPPA CONSENT FORM**

El Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 proporciona garantías para proteger su privacidad. HIPPA le brinda ciertos derechos y protección a usted como paciente. La información del paciente se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario para proporcionar tratamiento o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen de manera adecuada. Es la política de la oficina recordar a los pacientes su cita. Esto se puede hacer telefoneando a los pacientes o por cualquier otro medio conveniente para la práctica. El paciente comprende y acepta la revisión de documentos que pueden incluir la PHI de agencias gubernamentales o compañías de seguros en el desempeño normal de sus funciones. El paciente se compromete a presentar cualquier queja o pregunta sobre la privacidad a la atención del médico o del gerente de la oficina. La práctica puede cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para satisfacer mejor las necesidades tanto del paciente como de la práctica.

**Políticas De Seguro y Oficina**

**Citas Perdidas/Tardanza**

Las citas se programan según lo que se denomina "Hora del médico". Esto significa, básicamente, que se ha determinado, según el tipo de cita, cuánto tiempo necesita el ortodontista y cuánto tiempo necesita el asistente de ortodoncia para atender a los pacientes. A menudo se nos pregunta si podemos forzar a alguien, pero esto no funciona porque un paciente no programado / que llega tarde al horario programado provocará un atasco de tráfico que resultará en que otra persona espere de 15 a 30 minutos para su cita programada. Si cree que va a llegar tarde, llámenos y veremos qué podemos hacer por usted. **Tres citas consecitivas perdidas son motivos para suspender el tratamiento de cualquier paciente a nuestra discrecion.**

**Seguro Medico**

Tenga en cuenta que si su seguro dental, o cualquier otra forma de seguro, se retira por cualquier motivo antes de que el tratamiento se haya pagado en su totalidad, usted será responsable del saldo y tenemos el derecho de usar una agencia de colleccions para los pagos.

**Soportes/ Brackets Rotos**

Los brackets rotos forman parte del tratamiento de ortodoncia. Va con el territorio. A veces, el paciente ha sufrido un traumatismo en la boca o tal vez simplemente decidió comer de la "Lista de no comer". Los primeros 5 brackets rotos están en nosotros. Después de eso, habrá cargos **de $ 25.00** por cada bracket adicional roto. Queremos que sepa que los paréntesis rotos causarán un retraso en el tratamiento. También queremos que sepa que cualquier cita que implique la colocación de aparatos quebrados **debe realizarse durante el horario escolar**. Esta es una cita larga que no se puede hacer antes o después de la escuela porque todos quieren ser vistos en este momento.

**Visitas y Limpiezas Dentales**

Nuestra oficina no revisará las caries durante la visita del paciente a nuestra oficina a menos que sea obvio sin el uso de radiografías. Por lo tanto, es importante que el paciente vea a su dentista cada 4 a 6 meses para una limpieza y un chequeo.Algunos consultorios odontológicos solicitan que los pacientes se presenten a su consultorio con los cables de ortodoncia retirados para que el dentista o el higienista puedan hacer un mejor trabajo de trabajo alrededor de los aparatos. Si su dentista solicita que se retiren los cables. Necesitaremos hacer arreglos con usted con al menos 6 semanas de anticipación para que el paciente sea atendido en nuestra oficina antes y después de la cita dental. Los cables se pueden quitar una tarde y reemplazar la tarde siguiente después de su cita dental. Trataremos de hacerlo lo más conveniente posible para usted

**Al firmar a continuación, declaro que he leído y entiendo las Políticas de la oficina** Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consiento en permitir que mi hijo participe en el sitio web de Global Smiles Orthodontics y / o cualquier material promocional que incluya, entre otros, folletos, videos y boletines informativos**

Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_