DESERT
ORTHODONTICS

## Información Del Paciente

NOMBRE DE PACIENTE | FECHA DE NACIMINETO | EDAD

APODO | HOMBRE | MUJER | # DE SEGURO SOCIAL

DOMICILIO | CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL

# DE TELEFONO | # DE CELULAR | # DE TRABAJO | EXT

## Información De Persona Responsable

NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | RELACION AL PACIENTE

DOMICILIO | CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL

# DE TELEFONO | # DE CELULAR | # DE TRABAJO | EXT

# DE SEGURO | # DE LICENSIA Y QUE ESTADO ASIGNO

CORREO ELECTRONICO

ESTADO CIVIL DE PADRES: ◯SOLTERO (A) ◯ CASADOS ◯DIVORSIADOS ◯VIUDO (A)

TIENE CUSTODIA LEGAL? ◯ SI ◯ NO

SI NO, QUIEN ES EL TUTOR LEGAL?

## Información De A seguranza

NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA | FECHA DE NACIMIENTO

# DE SUGURO SOCIAL | EMPLEO | # DE EMPLEO

NOMBRE DE ASEGURANZA | # DE GRUPO | # DE IDENTIFICACION

DOMICILIO DE ASEGURANZA | CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL

# TELEFONICO DE ASEGURANZA | RELACION AL PACIENTE

## Aseguranza Secundaria

NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA | FECHA DE NACIMIENTO

# DE SUGURO SOCIAL | EMPLEO | # DE EMPLEO

NOMBRE DE ASEGURANZA | # DE GRUPO | # DE IDENTIFICACION

DOMICILIO DE ASEGURANZA | CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL

# TELEFONICO DE ASEGURANZA | RELACION AL PACIENTE

**Aseguranza De Medicaid** Elegible? ◯ SI ◯NO

# DE MEDICAID

## Contacto De Emergencia

NOMBRE | # DE TELEFONO | # DE CELULAR

RELACION

### HIPPA Reconocimiento de la Notificación de Practicas de Privacidad

Aviso a paciente o persona responsable si paciente es menor: Estamos obligados a proveerle una copia de nuestras Practicas de Privacidad, que establece la forma en que puede utilizar y/o divulgar su información médica. Por favor firme este formulario para acusar recibo de la notificación. Usted puede negarse a firmar este reconocimiento si así lo desea.

Yo reconozco que he recibido una copia del aviso de Practicas de Privacidad de esta oficina.

**NOMBRE EN LETRA DE MOLDE**

**FIRMA** | **FECHA**

DESERT ORTHODONTICS

# Información Medica: Por favor marque SI o NO

## A. El Paciente actualmente tiene o ha tenido alguna vez cualquiera de lo siguiente:

| | YES | NO |
|---|---|---|
| Enfermedad del Corazón | | |
| Enfermedad respiratoria | | |
| Enfermedad de la sangre | | |
| Enfermedad hepática | | |
| Enfermedad de la tiroides | | |
| Enfermedad renal | | |
| Enfermedad del estomago | | |
| Enfermedad veneria | | |
| Enfermedad intestinal | | |
| Enfermedad de los Huesos | | |
| Problemas de audición | | |
| Problemas nerviosos/emocional | | |
| TDHA | | |
| Arterial alta o baja presión | | |
| Problemas de endocrinos | | |
| Problemas con la cicatrización | | |
| Sudores nocturnos | | |
| Pérdida de Peso | | |
| Anorexia | | |

| | YES | NO |
|---|---|---|
| Fiebre | | |
| Tos Persistente | | |
| Esputo Sangriento | | |
| Tumores o Cáncer | | |
| Reumatica/ amarilla/ escarlatina | | |
| SIDA / VIH | | |
| Reumática o Artritis | | |
| Desmayo o vértigos | | |
| Sarampión / paperas / varicela | | |
| Ampollas febriles | | |
| Soplo del Corazon | | |
| Mononucleosis | | |
| Hepatitis | | |
| Polio | | |
| Diabetes | | |
| Anemia | | |
| Hemofilia | | |
| Enfisema | | |

| | YES | NO |
|---|---|---|
| Epilepsy | | |
| Asma o fiebre del heno | | |
| Tuberculosis | | |
| Huesos rotos | | |
| Flujo de sangre prolongado | | |
| Icrericia amarilla | | |
| Terapia de radicación | | |
| Terapia quimia | | |
| Transfusiones de sangre | | |
| Problemas de sinusitis | | |
| Dolores de cabeza fuertes | | |
| Dificultades al respirar | | |
| Abuso de drogas / alcohol | | |
| Ha estado en el hospital? | | |

## B. El Paciente es alérgico a:

| | YES | NO |
|---|---|---|
| Aspirina | | |
| Codeína | | |
| Látex | | |
| Penicilina Látex | | |
| Eritromicina | | |
| Anestésicos Dentales | | |
| Tetraciclina | | |
| Otros: Una Lista: | | |

## Esta el paciente:

| | YES | NO |
|---|---|---|
| Bajo el cuidado de un doctor? Porque? Nombre del Doctor: | | |
| Esta tomando medicamentos? Una lista por favor: | | |
| En ❑ BUENO ❑ REGULAR ❑ MAL estado de Salud? | | |

| | YES | NO |
|---|---|---|
| Peso normal / de estatura | | |
| Pasado de la pubertad | | |
| Píldoras para control natal? | | |
| Está embarazada? | | |
| Cuantas Semanas? | | |
| Fuma actualmente? | | |
| Adicto a las drogas a al alcohol? | | |
| Visto por un médico de rutina? Nombre del Doctor? | | |

## C. Historial Dental- El Paciente A:

| | YES | NO |
|---|---|---|
| Visitado a su dentista general en los últimos 6 meses? | | |
| A tenido clic dolor molestia en o cerca de los oídos? | | |
| Informados acerca de los dientes faltantes o adicionales? | | |
| Tenía la boca, cara o dientes dañados por un accidente? | | |
| Ha sido informado de problemas en las encías? | | |
| Su médico o un dentista recete antibióticos antes de un examen dental? | | |
| Ha eliminado las anginas o adenoides? | | |
| Ha sido examinado por un ortodontista antes? Si es así cuando y con quién? | | |
| Otros miembros de la familia en tratamiento de ortodoncia? Estaban contentos con los resultados? | | |
| El Paciente cuenta con Frenos? | | |
| Tenia dolores de cabeza frecuentes? | | |

## El Paciente ha tenido los siguiente hábitos?

| | YES | NO |
|---|---|---|
| Mejilla, lengua o mastica el labio | | |
| Chupar dedo/dedos | | |
| Respiración por la boca | | |
| Apretando los dientes | | |
| Rechina los dientes | | |
| Empuje de la lengua | | |
| Problemas al hablar | | |

_____
Revisado Por

_____
Fecha

**A quien le agradecemos por recomendarlo?**
❑ Dentista General ❑ Amigo/a ❑ Familiar ❑ Paciente
Su nombre:_____

**Si no, como se dio cuenta de nuestra oficina?**
❑ Pagina Web ❑ TV ❑ Anuncio ❑ Evento ❑ Periódico ❑ Páginas Amarillas
Otro:_____

La información que he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de algún cambio sobre alguna condición médica o dental.

Yo pido que los médicos y el personas de Desert Orthodontics transferían manualmente y o electrónicamente toda la información relacionada con el pago y el tratamiento de casos de Ortodoncia de mi hijo/a a otro dentista, médicos, compañías de seguro, los programas de Medicad y empresas de apoyo(es decir, costumbre laboratorios aparato estudió computarizado empresas modelo). Estos informes pueden incluir pero no están limitados a, la atención médica, dental y de Ortodoncia y tratamiento, enfermedad a lesión, la historia dental y médica, consulta, recetas, radiografías, modelos y todas las copias del pago financiero, dentales, registros médicos.

También autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que yo / mi hijo pueda necesitar durante el tratamiento.

_____ _____
Firma del paciente / Tutor Legal Fecha