INFORMACIÓN DEL NUEVO PACIENTE (ADULTO)

¡Gracias por elegir Discover Orthodontics! Complete la información que corresponda.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre completo: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad / Estado Código postal

Tel. de casa: _____ **Tel. de trabajo:** _____ **Celular:** _____

Correo electrónico: _____

Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a)

2. INFORMACIÓN LABORAL / DEL CÓNYUGE

Empleador: _____ **Ocupación:** _____

Años de empleo: _____ **Nombre del cónyuge:** _____ **Fecha nac.:** _____

Empleador del cónyuge: _____ **Años de empleo:** _____

3. ¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

☐ Dentista _____ ☐ Familiar/amigo _____ ☐ Google ☐ Facebook ☐ Otro

4. INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

SEGURO PRIMARIO

Nombre del titular: _____
Relación con el paciente: _____
Compañía de seguros: _____
Número de miembro: _____
Número de grupo: _____
Fecha de nac. del titular: _____
Empleador: _____

SEGURO SECUNDARIO (SI APLICA)

Nombre del titular: _____
Relación con el paciente: _____
Compañía de seguros: _____
Número de miembro: _____
Número de grupo: _____
Fecha de nac. del titular: _____
Empleador: _____

Proporcione una copia del frente y reverso de su tarjeta del seguro dental.

5. CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ **Relación:** _____

Teléfono: _____ **Dirección:** _____

6. MÉTODO DE COMUNICACIÓN PREFERIDO

☐ Mensaje de texto ☐ Llamada ☐ Correo electrónico **Teléfono preferido:** _____

7. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Certifico que la información proporcionada está completa y es correcta según mi leal saber y entender.
Entiendo que debo informar a Discover Orthodontics sobre cualquier cambio en esta información.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Discover ORTHODONTICS

HISTORIAL MEDICO

Fecha de su ultima visita medica: _____

Marque Si o No. Si su respuesta es Si, proporcione detalles.

Si ☐ No ☐ ¿Toma actualmente algun medicamento? _____

Si ☐ No ☐ ¿Es alergico(a) a algun medicamento? _____

Si ☐ No ☐ ¿Tiene antecedentes de alguna enfermedad grave? _____

Si ☐ No ☐ ¿Ha tenido alguna cirugia u hospitalizacion? _____

Si ☐ No ☐ ¿Esta actualmente bajo el cuidado de un medico? _____

Si ☐ No ☐ ¿Ha visitado a un medico en los ultimos 12 meses? ¿Por que?

Si ☐ No ☐ Para pacientes femeninas: ¿Ya comenzo la menstruacion?

Si ☐ No ☐ ¿Existe la posibilidad de que este embarazada? (Informenos si ocurre algun cambio.)

Marque cualquier condicion medica que tenga o haya tenido:

☐ Sangrado anormal / Hemofilia	☐ Diabetes	☐ Hepatitis / Problemas hepaticos	☐ Neumonia
☐ Anemia	☐ Desmayos / Mareos	☐ Herpes	☐ Sangrado prolongado
☐ Artritis / Problemas articulares	☐ Epilepsia / Convulsiones	☐ Presion arterial alta	☐ Radiacion / Quimioterapia
☐ Asma o fiebre del heno	☐ Trastornos gastrointestinales	☐ VIH / SIDA	☐ Fiebre reumatica
☐ Trastornos oseos	☐ Problemas cardiacos	☐ Problemas renales	☐ Tuberculosis
☐ Defecto cardiaco congenito	☐ Soplo cardiaco	☐ Trastornos nerviosos	☐ Tumor o cancer

¿Tiene alguna otra condicion medica no mencionada? Explique: _____

HISTORIAL DENTAL

Fecha de su ultima visita dental: _____

Dentista general: _____ **Telefono:** _____

¿Cual es su principal inquietud sobre sus dientes? _____

Si ☐ No ☐ ¿Tiene dolor dental actualmente?

Si ☐ No ☐ ¿Ha tenido una reaccion desfavorable al tratamiento dental?

Si ☐ No ☐ ¿Ha perdido o se ha quebrado algun diente?

Si ☐ No ☐ ¿Tiene llagas o ulceras en la boca?

Si ☐ No ☐ ¿Alguna parte de su boca es sensible a la temperatura?

Si ☐ No ☐ ¿Alguna parte de su boca es sensible a la presion?

Si ☐ No ☐ ¿Le sangran las encias al cepillarse?

Si ☐ No ☐ ¿Tiene el habito de morder dedos, unas o lengua?

Si ☐ No ☐ ¿Tiene el habito de respirar por la boca?

Si ☐ No ☐ ¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia? ¿Cuando?

Si ☐ No ☐ ¿Alguien en su familia ha tenido ortodoncia?

Si ☐ No ☐ ¿Como describiria sus resultados?

Si ☐ No ☐ ¿Sus dientes o mandibulas hacen ruido?

Si ☐ No ☐ ¿Siente molestias en dientes o mandibulas por la manana?

Si ☐ No ☐ ¿Aprieta o rechina los dientes al abrir o cerrar la boca?

Si ☐ No ☐ ¿Es consciente de apretar o rechinar los dientes?

Si ☐ No ☐ ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza o cara?

Si ☐ No ☐ ¿Tiene dolor cronico de oidos?

Si ☐ No ☐ ¿Necesita ayuda adicional para seguir instrucciones?

Si ☐ No ☐ ¿Considera que el paciente tiene necesidades especiales?

Estado de padres: Madre: _____ Padre: _____

¿Faltara el paciente a la escuela por sus citas?

¿Cual es la actitud del paciente hacia el tratamiento de ortodoncia?

◯ Desea tratamiento ◯ El tratamiento es necesario ◯ No desea, pero acepta ◯ No coopera

BENEFICIOS Y CONSENTIMIENTO

Los beneficios de la ortodoncia incluyen una mejor apariencia, salud bucal y funcion. La ortodoncia mejora la apariencia y funcion de los dientes. Los dientes, encias y mandibulas son partes importantes del cuerpo y responden al tratamiento. Si la higiene bucal es inadecuada, pueden ocurrir caries y enfermedad de las encias. En pocos casos puede haber molestias en articulaciones y raices. Los dientes cambian durante la vida y pueden moverse despues del tratamiento. He leido y entiendo este parrafo.
Entiendo que soy responsable del pago de los servicios proporcionados, independientemente de la cobertura del seguro.
Entiendo que mi informacion diagnostica y nombre pueden usarse con fines educativos y promocionales.
He contestado honestamente y notificare a esta oficina cualquier cambio en mi historial medico o dental.
Autorizo al Dr. Matthew Ng y/o a la Dra. Patricia Tran a realizar una evaluacion completa de ortodoncia.

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento del Paciente para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida (HIPAA)

En este Acuerdo de Consentimiento, las palabras **"usted"** y **"su"** se refieren al paciente, y las palabras **"nosotros"**, **"nuestro"** y **"nuestra"** se refieren al Dr. Matthew Ng, DMD MSD PA, la Dra. Patricia Tran, DDS MSD PA y al personal autorizado de Discover Orthodontics.

Con su consentimiento, podemos utilizar y divulgar su Información Médica Protegida (PHI) para fines de **Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica (TPHCO)**.

Con su consentimiento, podremos comunicarnos con usted por teléfono, correo de voz, correo postal o correo electrónico para recordatorios de citas, asuntos relacionados con el seguro, estados de cuenta y cualquier otro asunto relacionado con su atención clínica, incluyendo su historial médico y el progreso de su tratamiento.

Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso o divulgación de su Información Médica Protegida. Sin embargo, nuestro personal no está obligado a aceptar dichas restricciones. Si aceptamos su solicitud, estaremos obligados a cumplirla.

Al firmar este formulario, usted autoriza el uso y la divulgación de su Información Médica Protegida para fines de Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica (TPHCO).

Usted puede revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya hayamos actuado basándonos en él. Sin este consentimiento, podremos negarnos a brindarle tratamiento, presentar reclamaciones al seguro en su nombre o divulgar su información médica a entidades externas a nuestra práctica.

_____

Nombre del Padre, Madre o Tutor Legal

_____

Firma del Paciente o Padre, Madre o Tutor Legal

_____ _____

Nombre del Paciente Fecha