



Young at Heart Orthodontics

INFORMACION PARA EL PACIENTE

Nombre _____ Fecha _____
 Apodo _____ Numero de Seguridad Social # _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Fecha De Nacimiento _____ Edad _____
 Mujer Hombre Número De Teléfono# _____
 Proveedor De Celular _____
 Dentista General _____

SEGURO DENTAL

Seguro Principal _____
 Nombre Asegurado _____
 Seguro Social # _____
 Fecha De Nacimiento _____
 Empleador _____
Seguro Secundaria _____
 Nombre Asegurado _____
 Seguro Social # _____
 Fecha De Nacimiento _____
 Empleador _____

Referencia

¿A QUIEN AGRADECEMOS POR LA REFERENCIA?

Dentista _____
 Amigo _____
 Otro _____

Historia Médica

Si No Soplo Cardiaco
 Si No Asma
 Si No Fiebre Reumática
 Si No Tuberculosis
 Si No Sangrado Prolongado
 Si No Cáncer
 Si No Anemia
 Si No Trastornos de Crecimiento
 Si No Enfermedad de Riñón
 Si No Discapacidades
 Si No Enfermedad de Hígado
 Si No Problemas Emocionales
 Si No Diabetes
 Si No Ampollas Febriles
 Si No Hepatitis
 Si No Alergias to Látex/Metal
 Si No Epilepsia
 Si No Alergias a Medicación _____
 Si No Otra Alergias _____
 Si No Desmayos

Información De Persona Responsable (Si el Paciente es Menor de edad)

Madre o Guardián

Nombre _____ Numero de Seguridad Social # _____
 Fecha de Nacimiento _____ Relación hacia el Paciente _____
 Dirección (Si es Diferente) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Número De Teléfono# _____ Proveedor De Celular _____
 Empleador _____

Padre o Guardián

Nombre _____ Numero de Seguridad Social # _____
 Fecha de Nacimiento _____ Relación hacia el Paciente _____
 Dirección (Si es Diferente) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Número De Teléfono# _____ Proveedor De Celular _____
 Empleador _____

Medicamentos/Para Que

Se ha quitado las anginas o adenoideas? Si No
 Problemas de salud que no sabemos? Si No
 Si es así que es: _____

Por favor indique historia de:

Si No Succión de dedo Pulgar
 Si No Problemas de la mandíbula
 Si No respiración por la boca
 Si No Dolores de cabeza Frecuentes
 Si No Empuje de lengua
 Si No Problemas del hablar

Permiso (Si el paciente es menor de edad)

La siguiente persona(s) se les permite acompañar a mi hijo/hija a su cita y tomar todas o algunas decisiones dentales en el mejor interés de mi hijo(a) en sus visitas de ortodoncia hasta nuevo aviso.

Nombre: _____ Relation del Paciente _____
 Nombre: _____ Relation del Paciente _____
 Nombre: _____ Relation del Paciente _____
 Nombre: _____ Relation del Paciente _____

Yo Certifico que la información que les he dado hoy es complete y exacta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina de cambios.

Firma Del Paciente/Padre o Guardián _____ **Fecha** _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

El Departamento de salud y servicios humanos ha establecido un "libro de privacidad" para asegurar que información personal de salud está protegida por privacidad. La regla de privacidad también se creó para proporcionar un estándar para ciertos proveedores de atención médica obtener el consentimiento de sus pacientes para usos y divulgaciones de información médica sobre el paciente para llevar a cabo tratamiento pago u operaciones de atención médica.

Como nuestro paciente, queremos que sepan que respeto la privacidad de su historial médico personal y hará todo lo posible para garantizar y proteger la privacidad. Nos esforzamos siempre tomar las precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado y necesario, proporcionamos la información necesaria mínima solo a aquellos que sentimos están en necesidad de su información de salud sobre las operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud, con el fin de proporcionar una atención de salud que está en su mejor interés. También queremos que sepan que apoyo su pleno acceso a su información personal.

Exención de la liberación

Autorizo cualquier información con respecto al tratamiento ortodoncia de mi hijo a mi compañía de seguros dental o médica.

Firma del Paciente/Padre/Guardián _____ Fecha _____

He leído y entendido las preguntas anteriores. No pongo mi ortodontista o cualquier miembro de su personal responsable de cualquier error o omisión que he hecho en la cumplimentación del presente formulario. Notificaré a mi ortodontista de cualquier cambio en salud médico o dental de mi hijo.

Firma del Paciente/Padre/Guardián _____ Date _____

Doy permiso a YAH ortodoncia, INC para mostrar antes y después de fotos o fotos de ganador de concurso del tratamiento de mi hijo en o alrededor de la oficina.

Firma del Paciente/Padre/Guardián _____ Date _____

Podrá denegar el consentimiento para el uso de la divulgación de su información de salud personal, pero esto debe ser por escrito. Si desea dar su consentimiento en este documento, en algún momento futuro usted puede solicitar para rechazar todo o parte de su información Personal de salud (PHI). Usted no puede revocar acciones que ya han sido tomadas que dependía de este o un consentimiento firmado previamente. Si tienes alguna objeción a esta forma, por favor pida hablar a nuestro Gerente de oficina.

Usted tiene el derecho a revisar nuestro aviso de privacidad para solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después de que ha revisado nuestro aviso de privacidad.