Formulario de registro del paciente

¡Bienvenido a nuestro consultorio! Para atender mejor sus necesidades de ortodoncia, complete ambos lados de este cuestionario médico y dental. Al terminar, entréguelo a uno de nuestros colaboradores; lo atenderemos en breve.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apodo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ciudad: _____

Dirección: _____

Estado: _____ Código postal: _____

¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE COMUNICARNOS CON USTED?

Teléfono de casa: _____

Teléfono celular: _____

¿Enviar mensajes de texto para confirmar citas?

☐ Sí ☐ No

Teléfono del trabajo u otro: _____

Correo electrónico: _____

¿Enviar correos electrónicos para confirmar citas?

☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Tiene seguro dental o de ortodoncia?

☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro(a)

Titular principal del seguro:

☐ Yo ☐ Cónyuge ☐ Padre/madre

Si seleccionó cónyuge o padre/madre, proporcione su nombre y número de Seguro Social (obligatorio):

Nombre y número de Seguro Social: _____

Compañía aseguradora: _____ N.º de miembro/póliza: _____

N.º de grupo: _____ Teléfono del proveedor: _____

OTRA INFORMACIÓN

¿Cómo se enteró de nuestro consultorio? _____

Nombre del dentista: _____ Última visita dental: _____

¿Le han tomado radiografías en los últimos 6 meses?

☐ Sí ☐ No

Nombre de su médico de atención primaria: _____

Familiares que reciben o han recibido tratamiento en este consultorio: _____

Historial médico y dental del paciente

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

¿Goza de buena salud?	☐ Sí ☐ No
¿Está bajo la atención de un médico? Si es así, ¿por qué motivo?	☐ Sí ☐ No
¿Toma algún medicamento? Si es así, enumérelo:	☐ Sí ☐ No
¿Tiene alguna alergia? Si es así, enumérela:	☐ Sí ☐ No

¿TIENE EL PACIENTE ANTECEDENTES DE ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES?

Asma	☐ Sí ☐ No
Apnea del sueño	☐ Sí ☐ No
Problemas respiratorios	☐ Sí ☐ No
Respiración por la boca	☐ Sí ☐ No
Dificultad para tragar	☐ Sí ☐ No
Problemas de oído	☐ Sí ☐ No
Extracción de amígdalas o adenoides	☐ Sí ☐ No
Problemas del habla	☐ Sí ☐ No
Problemas cardíacos	☐ Sí ☐ No
Fiebre reumática	☐ Sí ☐ No
Convulsiones o epilepsia	☐ Sí ☐ No
Diabetes	☐ Sí ☐ No
Sangrado prolongado	☐ Sí ☐ No
VIH o hepatitis	☐ Sí ☐ No

HISTORIAL DENTAL DEL PACIENTE

¿Ha tenido una revisión dental reciente? Si es así, ¿cuándo?	☐ Sí ☐ No
¿Ha recibido tratamiento o una consulta de ortodoncia anteriormente?	☐ Sí ☐ No
Si es así, ¿cuándo y dónde?	☐ Sí ☐ No
¿Alguna otra persona tiene una mordida similar? Si es así, ¿quién?	☐ Sí ☐ No
¿Es el paciente adoptado(a)?	☐ Sí ☐ No

¿TIENE EL PACIENTE ANTECEDENTES DE LO SIGUIENTE?

Traumatismo en la cara o los dientes	☐ Sí ☐ No
Hábito de chuparse el pulgar o los dedos	☐ Sí ☐ No
Hábito de rechinar los dientes por la noche	☐ Sí ☐ No
Pérdida de dientes permanentes	☐ Sí ☐ No
Labio o paladar hendido	☐ Sí ☐ No
Dolor o sensibilidad en las articulaciones de la mandíbula	☐ Sí ☐ No
Chasquidos en la mandíbula al abrir o cerrar la boca	☐ Sí ☐ No
Dificultad para masticar o comer	☐ Sí ☐ No
Llagas o úlceras en la boca	☐ Sí ☐ No
Herpes labial o ampollas febriles	☐ Sí ☐ No
Tratamiento de endodoncia o conducto radicular	☐ Sí ☐ No
Coronas o puentes dentales	☐ Sí ☐ No
Implantes dentales	☐ Sí ☐ No

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento para el uso y la divulgación

de información médica

SECCIÓN A: PACIENTE QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ N.º de Seguro Social: _____

Correo electrónico: _____

SECCIÓN B: INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE - LEA CON ATENCIÓN

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted autoriza nuestro uso y divulgación de su información médica protegida para proporcionar tratamiento, realizar actividades de pago y llevar a cabo operaciones de atención médica.

Aviso de prácticas de privacidad: Usted tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Nuestro Aviso describe las actividades relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica protegida y otros asuntos importantes relacionados con dicha información. Se adjunta una copia del Aviso a este consentimiento. Le recomendamos leerlo detenida y completamente antes de firmar.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad descritas en el Aviso de prácticas de privacidad. Si las modificamos, emitiremos un Aviso revisado que incluirá los cambios. Estos cambios podrían aplicarse a cualquier información médica protegida suya que conservemos.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluidas sus revisiones, en cualquier momento comunicándose con:

Family Orthodontics | Teléfono: 561-744-5456 | Fax: 561-744-9803
Correo electrónico: Frontdesk@westfamilyortho.com
1851 W. Indiantown Road, Suite #201, Jupiter, Florida 33458

Derecho a revocar: Usted tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento mediante una notificación escrita enviada a la persona de contacto indicada arriba. Tenga en cuenta que la revocación no afectará ninguna acción que hayamos realizado basándonos en su consentimiento antes de recibir la notificación, y que podemos negarnos a brindarle tratamiento o a continuar tratándolo si revoca este consentimiento.

FIRMA

He tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y de su Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que, al firmar, autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida para fines de tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este consentimiento lo firma un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____

TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLO.

Incluya el consentimiento completo en el expediente del paciente.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO: Revoco mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida para fines de tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica. Entiendo que esta revocación no afectará ninguna acción realizada basándose en mi consentimiento antes de recibir esta notificación escrita de revocación. También entiendo que pueden negarse a brindarme tratamiento o a continuar tratándome después de que revoque mi consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento informado para redes sociales

Family Orthodontics se complace en participar en redes sociales como Facebook, Instagram, YouTube, Google+, entre otras. A través de estas plataformas compartimos fotografías, novedades del consultorio, nuevos concursos y otra información divertida y útil que puede beneficiar a nuestros pacientes y a la comunidad.

Con el permiso expreso de nuestros pacientes o de sus padres o tutores legales, nos complace publicar mensajes de bienvenida para nuevos pacientes, felicitar a quienes completan su tratamiento y compartir fotografías de las nuevas y hermosas sonrisas de nuestros pacientes.

Marque UNA de las dos opciones siguientes:

☐ Doy mi consentimiento para que Family Orthodontics publique actualizaciones o fotografías mías o de mi hijo(a) en las redes sociales.

☐ No doy mi consentimiento para que se comparta información mía o de mi hijo(a) en las redes sociales.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE O DE LA PERSONA RESPONSABLE: _____

FECHA: _____

Comentarios o instrucciones específicas: _____

Family Orthodontics
Teléfono: 561-744-5456 | Fax: 561-744-9803
Correo electrónico: Frontdesk@westfamilyortho.com
1851 W. Indiantown Road, Suite #201, Jupiter, Florida 33458