

INFORMACIÓN DEL PACIENTE



Fecha de hoy: _____

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente completo _____ Nombre Preferido _____

Dirección del paciente _____ Código postal _____

Teléfono de la Casa _____ Teléfono celular _____

Fecha de nacimiento _____ #Social _____ Sexo _____ Escuela _____ Grado _____

Nombre del Dentista _____ Nombre del Médico Primario _____

A quién podemos agradecer por su referencia _____

DETALLES DEL GRUPO RESPONSABLE

Por favor, consulte nuestro folleto práctica, Aviso de Privacidad Políticas y Prácticas, Comunicaciones con la familia. Por favor escriba abajo toda la familia y / o los miembros del grupo responsables o que son autorizados a recibir información relativa a su tratamiento de ortodoncia o de su hijo. Es su responsabilidad notificar a nuestra oficina inmediatamente si alguna de esta información cambia.

Nombre _____ Relación con el Paciente _____

Dirección del paciente _____ Código postal _____

Teléfono de la casa _____ Celular _____ Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento _____ #Social _____ #De la licencia _____

Empleador _____ Ocupación _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección _____ Código postal _____
calle ciudad estado

Con quien más podemos hablar de su o el tratamiento de su hijo o de la cuenta?

Contacto principal autorizado (s) _____ Teléfono _____

Contacto autorizado secundario (s) _____ Teléfono _____

SEGURO DE ORTODONCIA (Proveedor Dental) - PRIMARIO

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____

Fecha De nacimiento _____ #Social _____ Aseguradora del empleador _____

Nombre de la Compañía Aseguradora _____ Telefono de la Compañía Aseguradora _____

Dirección _____ Código postal _____

Beneficio de por vida _____ # De identificación _____ Grupo # _____

SEGURO DE ORTODONCIA (Proveedor Dental) - SECUNDARIO

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ #Social _____ Aseguradora del empleador _____

Nombre de la Compañía Aseguradora _____ Telefono de la Compañía de Aseguradora _____

Dirección _____ Código postal _____
calle ciudad estado

Beneficio de por vida _____ # De identificación _____ Grupo # _____

AUTORIZACIÓN DE CRÉDITO

Esta oficina se reserva el derecho de verificar el estado de crédito de los pacientes y / o padres de los pacientes potenciales antes de extender el crédito por gastos de tratamiento y puede, a discreción de esta oficina, utilizar los servicios de una agencia de informes de crédito. Si esta oficina acepta el seguro, yo entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados, así como el responsable de pagar cualquier co-pago y deducibles que mi seguro no cubre. Por la presente autorizo al ortodoncista para realizar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Y en su caso, asignar directamente al médico todos los beneficios del seguro de otro modo pagadero a mí. Además, autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros, ya sea manual o electrónico.

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Yo autorizo una investigación de crédito para determinar la capacidad crediticia para el pago inicial

SI

NO

DATOS PERSONALES

- Y N 1. ¿El paciente tiene algún problema de salud? En caso afirmativo por favor indique _____
- Y N 2. ¿Hay antecedentes de enfermedad grave, accidente u operación? En caso afirmativo por favor indique _____
- Y N 3. ¿El paciente está bajo tratamiento médico por cualquier problema en este momento? En caso afirmativo por favor indique _____
- Y N 4. ¿El paciente está tomando algún medicamento? En caso afirmativo por favor indique _____
- Y N 5. ¿El paciente tiene alguna alergia o sensibilidad a alguna droga? En caso afirmativo por favor indique _____

HISTORIA DENTAL

- Y N 1. ¿El paciente ha tenido alguna consulta de ortodoncia antes?
- Y N 2. ¿El paciente ha tenido algún tratamiento ortodóncico previo?
- Y N 3. ¿El paciente a tenido alguna lesión en los dientes? (Esto incluye los dientes de bebé y los dientes permanentes) En caso afirmativo por favor indique qué y cuándo _____
- Y N 4. ¿El paciente ha tenido alguna lesión en la cara, la mandíbula o la barbilla?
- Y N 5. ¿El paciente ha tenido algún quiste o tumores de los maxilares o las encías?
- Y N 6. ¿Alguna vez ha sido informado de algún diente que le falta o que tiene extra?
- Y N 7. ¿El paciente se chupa los dedos, el pulgar, o tienen un hábito similar? En caso afirmativo por favor indique _____
- Y N 8. ¿Fecha del último examen dental _____
- Y N 9. ¿Razón por la búsqueda de un tratamiento de ortodoncia _____
- Y N ¿Necesita un texto o correo electrónico de recordatorio? (marque con un círculo)
 texto _____ correo electrónico _____
 Correo electrónico de la persona a notificar: _____
 # celular de la persona a notificar: _____
 Compañía de telefono celular: _____

LISTA DE CONTROL MÉDICO

Tiene el paciente o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas?

- ADD o ADHD (marque con un círculo)
- Alergias
- Artritis
- Asma
- Dificultades para respirar
- Trastornos de sangrado
- Trastornos óseos
- Cáncer o tumor (s)
- Paladar hendido
- Diabetes
- Infecciones de oído
- Problemas endocrinos
- Problemas emocionales
- Epilepsia o convulsiones
- Desmayo o mareos
- Problemas de audición
- Enfermedades del corazón o soplo
- Hepatitis / Enfermedad del Hígado
- VIH o SIDA
- Alergias al látex
- Problemas renales
- Dificultades de aprendizaje
- Fiebre reumática
- Artritis reumatoide
- Problemas del habla
- Articulación temporomandibular
- Tuberculosis

Nuestra oficina es HIPPA compatible y se ha comprometido a cumplir o superar los estándares de control de la infección por mandato de OSHA, CDC y ADA. Entiendo que la información que he proporcionado es correcta a lo mejor de mi conocimiento, y que se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a esta oficina de ortodoncia de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo. Yo autorizo al personal de ortodoncia para realizar los servicios de ortodoncia necesarios que mi hijo pueda necesitar.

Firma del Padre o Tutor

Fecha