



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Hombre / Mujer

Primer Segundo Apellido

Dirección \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Código postal

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿A quién le agradecemos por recomendarle nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Niños/Hermano(a): Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Amistades vistos en nuestra oficina \_\_\_\_\_

Por favor liste algunas aficiones o interés \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE INDIVIDUO RESPONSABLE

Si Mismo/Padre/Guardian \_\_\_\_\_

Primer Segundo Apellido

Residencia \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Código postal

Dirección postal \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Código postal

¿Cuánto tiempo en esta dirección? \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Celular/Otro Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Dirección Anterior (si menos de 3 años) \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Número de Años Empleado \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_\_

Cónyuge/Padre/Guardian/Otro \_\_\_\_\_

Primer Segundo Apellido

Residencia \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Código postal

Dirección postal \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Código postal

¿Cuánto tiempo en esta dirección? \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Celular/Otro Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Dirección Anterior (si menos de 3 años) \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Número de Años Empleado \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_\_



Persona Económicamente Responsable de esta Cuenta: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE ASEGURANZA DENTAL

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador y Dirección \_\_\_\_\_

SSN del Asegurado \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo en esta dirección? \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Compañía de aseguranza \_\_\_\_\_ No de grupo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Tiene doble cobertura? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si contesta sí favor de completar la siguiente información:

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador y Dirección \_\_\_\_\_

SSN del Asegurado \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo en esta dirección? \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Compañía de aseguranza \_\_\_\_\_ No de grupo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Código postal

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

La oficina se reserve el derecho de verificar la situación financier de los pacientes potenciales que buscan condiciones de pago.

Firma: Usted/Cónyuge/Padre/Tutor/Guardian/Otro \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Actualizationes (Fecha e Inicial) \_\_\_\_\_

Actualizationes (Fecha e Inicial) \_\_\_\_\_

Actualizationes (Fecha e Inicial) \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

### HISTORIA MEDICO

Doctor \_\_\_\_\_ Fecha de la Última Visita \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Por favor de circular Sí o No (Si contesta sí favor de llenar los datos)

- Sí No ¿Está tomando algún medicamento? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Es alérgico a algún medicamento? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Tiene antecedentes de una enfermedad grave? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Ha tenido alguna operación? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Alguna vez ha estado involucrado en un accidente serio? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Ha visto a un médico en los últimos 12 meses? ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Círcule cualquiera de las condiciones médicas a continuación que ha tenido o tiene actualmente:

- |                            |              |           |                         |                               |
|----------------------------|--------------|-----------|-------------------------|-------------------------------|
| Sangrado anormal/hemofilia | Anemia       | Artritis  | Asma o Alergias         | Trastornos de los huesos      |
| Sangrado Prolongado        | Mareos       | Epilepsia | Problemas del corazón   | Trastornos gastrointestinales |
| Soplo cardíaco             | VIH/SIDA     | Neumonía  | Presión arterial alta   | Problemas renales             |
| Trastornos nerviosos       | Tuberculosis | Diabetes  | Radiación/quimioterapia | Fiebre reumática              |
| Tumor o cancer             |              |           |                         |                               |

¿Hay alguna condición médica que no hemos discutido que usted considere que debemos tener en cuenta? \_\_\_\_\_

¿Existen problemas sensoriales u otras necesidades especiales? \_\_\_\_\_

### HISTORIA DENTAL

Dentista \_\_\_\_\_ Fecha de la Última Visita \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Qué le preocupa más acerca de sus dientes? \_\_\_\_\_

Por favor de circular Sí o No (Si contesta sí favor de llenar los datos)

- Sí No ¿Actualmente tiene algún dolor dental? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción no favorable a la odontología? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Ha perdido o astillado algún diente? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Ha tenido lesiones en el rostro, boca o dientes? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Hay alguna parte de su boca sensible a la temperatura? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Hay alguna parte de su boca sensible a la presión? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Sus encías sangran al cepillarse? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Usted tiene algún tipo de hábito pulgar o lingual? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Usted respira por la boca? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Ha visto alguna vez un ortodoncista? En caso afirmativo, quién y cuándo? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Cuál es su actitud de recibir tratamiento ortodóntico? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Tiene alguien en su familia que ha recibido tratamiento ortodóntico? ¿Cómo se sienten sobre el resultado? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Alguna vez siente los dientes o mandíbula incómodas cuando se despierta en la mañana? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Está conciente de que su mandíbula haga clic o estallidos? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Está conciente de apretar o rechina los dientes? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Tiene dolores de cabeza de "tensión"? \_\_\_\_\_  
 Sí No ¿Está conciente de que algunas citas van a ser durante horas de escuela/trabajo?

Para las mujeres: Sí No ¿Está usted embarazada? \_\_\_\_\_

Sí No ¿Ha comenzado su menstruación? \_\_\_\_\_

Sinceramente he contestado todas las preguntas anteriores y me comprometo a informar a esta oficina de cualquier cambio en mi historia médico o dental. Además, autorizo al doctor para realizar una evaluación completa de ortodoncia.



Firma: Usted/Cónyuge/Padre/Tutor/Guardian/Otro \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## AVISO DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo información médica y dental sobre usted puede utilizarse y divulgarse y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor léalo cuidadosamente.

Entendemos que la privacidad de su información personal es importante para usted. Como su oficina de ortodoncia, creemos que su derecho a la privacidad es una parte fundamental de su tratamiento; como tal, queremos que entienda nuestras prácticas de privacidad y procedimientos. Si tiene cualquier pregunta sobre estas políticas por favor no dude en llamarnos al (970) 867-9464.

### Información que recopilamos sobre usted

Recopilamos información personal acerca de usted y su familia como parte de nuestro proceso de pacientes nuevos, en el transcurso de su atención, y de otras entidades de salud que usted utiliza, tales como: otros dentistas y especialistas, instalaciones de procesamiento de imágenes, laboratorios y su compañía de seguros. Esta información personal incluye elementos como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social, empleador, historial de salud, póliza de seguro e información de cobertura y cualquier información que usted proporcione. Durante el curso de su tratamiento recopilaremos información dental sobre diagnóstico, planes de tratamiento, progreso y resultados de la prueba o algunas radiografías.

### Cómo se utiliza su información

La información personal y de salud puede utilizarse y divulgarse con su consentimiento general para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica de rutina. Esto significa que podemos enviar su información a otros dentistas o instalaciones involucradas en su tratamiento, así como a su compañía de seguros o una agencia de colección para obtener el pago. Esto incluye la presentación electrónica de la información para efectos de reclamación de seguro. Esto también incluye el contacto con usted y su familia para proveer recordatorios de citas o información sobre el tratamiento. Cualquier otro uso de la información requiere una autorización firmada por usted, el paciente o tutor y puede ser revocado en cualquier momento con una solicitud por escrito. Colorado Smiles Orthodontics no vende la información del paciente a cualquier tercer partido. En ciertos casos de interés de salud pública somos obligados a revelar cierta información a organizaciones de salud locales, estatales o nacionales o agencias gubernamentales.

### Salvaguardar su información de salud y personal

Estamos obligados por ley a (1) Asegúrese que médicos información que le identifica a usted se mantiene en privado, (2) proporcionarle nuestra política de privacidad y (3) cumplir con los términos establecidos en la política de privacidad. Como un medio de proteger su privacidad, restringimos el acceso a su información personal y salud sólo aquellos empleados que necesitan la información para completar sus puestos de trabajo y proporcionar servicio de calidad a usted.

Colorado Smiles Orthodontics mantiene salvaguardias físicas, electrónicas y de procedimientos para cumplir con las regulaciones estatales y federales que protegen su información personal y de salud. Si siente que su privacidad ha sido violado usted tiene el derecho a presentar una queja con el Departamento de salud y servicios humanos. Una queja de ninguna manera influirá en el curso del tratamiento con nuestra oficina.

### Cambios a nuestra política de privacidad

Todos los pacientes nuevos revisará una copia de nuestra política de privacidad. Colorado Smiles Orthodontics ocasionalmente revisa la política de privacidad y se reserva el derecho a modificarla. Notificación de cambios estará disponible en la recepción antes de la fecha efectiva de cualquier cambio.

### El derecho a restringir el uso de la información

Usted tiene el derecho a solicitar restricciones a nuestros usos o divulgaciones de su información personal o de salud, aunque no estamos obligados a aceptar estas restricciones. Una vez que se ha procesado su solicitud permanecerá en efecto hasta que usted solicita un cambio.

### Reconocimiento de paciente

He revisado la política de privacidad de Colorado Smiles Orthodontics y entiendo que mi nombre y mis registros diagnósticos pueden utilizarse para propósitos educativos y promocionales.

Firma: Usted/Cónyuge/Padre/Tutor/Guardian/Otro \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_