



¡BIENVENIDO!

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Fecha: _____ **Sexo:** Hombre / Mujer **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del Paciente: _____
Apellido Primer nombre Segundo *Seguro Social

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: (Casa) _____ (Celular) _____ (Trabajo) _____

***Correo Electrónico:** _____

Empleador: _____ **Occupation:** _____

Estado civil: (favor de circular una) Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

Nombre de cónyuge: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Empleador: _____ **Occupation:** _____

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

Dentista general y la ciudad de la práctica:: _____ **Fecha de última visita:** _____

HISTORIA DENTAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

¿Qué le preocupa de sus dientes? _____

Si No ¿Has visto a un ortodoncista? ¿En caso afirmativo, quién y cuándo? _____

Si No ¿Alguien de la familia ha recibido tratamiento de ortodoncia?
¿Cómo se sienten sobre el resultado? _____

Si No ¿Estás actualmente con dolor dental?

Si No ¿Has experimentado cualquier reacción desfavorable a la odontología?

¿Tienes o has tenido alguno de los siguientes? (Por favor marque los que correspondan a usted)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Perdidos o astillado de dientes | ☐ Dientes flojos | ☐ Apretando o rechinando los dientes |
| ☐ Lesiones a la cara, boca, o dientes | ☐ Dientes cariados | ☐ Ronquidos |
| ☐ Sensibles a la presión | ☐ Respira por la boca | ☐ Dolores de cabeza o migrañas |
| ☐ Sangrado de encías cuando se cepilla | ☐ Dientes o mandíbulas con sensación incómodas | ☐ Sonido crónico en los oídos |
| ☐ Hábito de dedo pulgar, dedo, labio, lengua | ☐ Experimentar un clic o estallar en la mandíbula | ☐ Necesita ayuda adicional con las instrucciones |
| | | ☐ Sensible / autoconsciente |

HISTORIA MÉDICA

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____ Fecha de última visita: _____

Razón: _____

Por favor, círculo sí o no (En caso afirmativo, por favor, rellene los datos)

- | | | |
|----|----|---|
| Si | No | ¿Tienes algún medicamento o tienes alguna alergia? |
| Si | No | ¿Hay antecedentes de alguna enfermedad importante? |
| Si | No | ¿Has tenido alguna operación o has estado involucrado en un accidente grave? |
| Si | No | ¿Estás embarazada? (Sólo para pacientes femeninos) |
| Si | No | ¿Alguna vez le hicieron una tomografía computarizada o una resonancia magnética de la cabeza? |

Círculo de cualquiera de las condiciones médicas que has tenido o tienes actualmente.

Sangrado anormal/hemofilia	Diabetes	Problemas de hígado/ Hepatitis	Neumonía	
Anemia		Mareo	Herpes	Sangrado prolongado
Artritis		Epilepsia	Presión arterial alta	Radiación/quimioterapia
Asma		Trastornos gastrointestinales	VIH / SIDA	Fiebre reumática
Desórdenes del hueso		Problemas del corazón	Problemas de riñón	Tuberculosis
Defecto congénito del corazón		Soplo cardíaco	Trastornos nerviosos	Tumor o cáncer

¿Hay alguna condición médica que no discutamos que debemos ser conscientes de? _____

Entiendo que la información que he proporcionado es correcta a lo mejor de mi conocimiento, que será guardado en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

BENEFICIOS:

Beneficios de la Ortodoncia: Estética, Salud y Función. La Ortodoncia es un servicio que proporciona una mejora en la apariencia de los dientes, en la función general de los dientes y salud dental en general. Dientes, encías y mandíbulas son una parte del cuerpo intrincado y pueden dejar de responder al tratamiento. He leído y entiendo este párrafo. También entiendo que mi nombre y mis registros de diagnóstico pueden usarse para fines educativos y promocionales. Además, autorizo a Dr. Tuhina Roy para llevar a cabo una evaluación ortodoncia. Entiendo que tengo una consulta y los resultados de esta evaluación se discutirán conmigo. Si mi seguro cubre este examen, se enviará un formulario de reclamación a la compañía de seguros. Si se requieren más documentos (fotografías, radiografías y/o impresiones) para una revisión más completa de opciones de tratamiento, cargos adicionales serán discutidos conmigo antes de tomar estos registros.

Firma: _____

Fecha: _____

Revisado por el Médico: _____

Fecha: _____



INFORMACIÓN SOBRE SEGURO DENTAL

(Por favor permite la recepcionista escanear sus tarjetas de identificación de seguros)

Compañía de seguro principal: _____ Grupo # _____ Póliza # _____

Nombre del asegurado: _____ Sexo: Hombre / Mujer Empleado: _____

Fecha de nacimiento: _____ No. de Seguro Social: _____

¿Tienes otro plan de seguro? Si _____ No _____

Compañía de seguro secundaria: _____ Grupo # _____ Póliza # _____

Nombre del asegurado: _____ Sexo: Hombre / Mujer Empleado: _____

Fecha de nacimiento: _____ No. de Seguro Social: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Para poder facturar a las compañías de seguros y recibir cheques pagados en su cuenta, debemos contar con su firma. Firmar este formulario, incluso si usted no tiene seguro en este momento, nos permitirá facturar inmediatamente su seguro en cuanto reciban beneficios aún estando en tratamiento activo.

He sido informado del plan de tratamiento y honorarios asociados. Estoy de acuerdo en ser responsable de todos los cargos para servicios dentales y materiales no pagados por mi plan de beneficios dentales, no esté prohibido por ley, o el dentista tratante o consultorio tiene un acuerdo contractual con mi plan que prohíbe toda o una porción de dichos cargos. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información protegida de salud para llevar a cabo actividades de pago en relación con este reclamo.

Autorizo el pago directo de los beneficios dentales lo contrario a pagar a mí, directamente el nombre del dentista o entidad dental.
(T. Roy Orthodontics, Dr. Tuhina Roy)

Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE APELAR

T. Roy Orthodontics apelará las decisiones de la compañía de seguros en su nombre cuando sea necesario. Al firmar abajo, usted está autorizando a presentar apelaciones a su compañía de seguros en su nombre.

Firma: _____ Fecha: _____

Si usted no desea usar su seguro para los cargos, usted será responsable de todo el saldo de su cuenta.



Tuhina Roy, DDS

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Ley de Responsabilidad de Portabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), 1996

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para realizar tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Puede obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento comunicándose con: Dr. Tuhina Roy, Troy Orthodontics, 159 E Main St., Little Falls, NJ 07424, (973) 785-3035.

Derecho a revocar: Usted tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento enviándonos un aviso por escrito de su revocación a la persona de contacto que se menciona arriba. La revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que tomemos basándonos en este consentimiento antes de recibir su revocación, y podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si revocar este consentimiento.

* Puede negarse a firmar este reconocimiento *

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente (firma del tutor si el paciente es menor de edad)

Fecha

Permita que Troy Orthodontics revele / discuta mi información de salud personal con respecto a mi condición y tratamiento con las siguientes personas.

INDIQUE LOS NOMBRES A CONTINUACIÓN:

1. _____
2. _____
3. _____

Sólo para uso de oficina

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no pudimos obtener el acuse de recibo porque:

- ☐ El individuo se negó a firmar
 - ☐ Las barreras de comunicación prohibieron la obtención del reconocimiento
 - ☐ Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento
 - ☐ Otro (especificar)
-
-