

# Troy ORTHODONTICS

**¡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)**

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

### NJ FAMILY CARE

Compañía de seguro principal:  
Por favor marque

Horizon  
NJ Health

United Healthcare  
Community Plan

Other

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre / Mujer No. de ID: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

¿Tienes otro plan de seguro? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Otro compañía de seguro: \_\_\_\_\_ 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)