

## ¡BIENVENIDO!

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE: (MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD)

Fecha: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre / Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo \*Seguro Social

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

### PACIENTES ADICIONALES: (HERMANOS) (MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre / Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre / Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA:

Pariente #1: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo

Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Si es diferente de arriba) Calle Ciudad Estado Código postal

\*Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Pariente #2: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo

Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Si es diferente de arriba) Calle Ciudad Estado Código postal

\*Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### 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 los dientes de su niño? \_\_\_\_\_

- Si No ¿Ha visto el paciente 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 ¿Está el paciente actualmente con dolor dental?  
Si No ¿Ha experimentado el paciente cualquier reacción desfavorable a la odontología?

¿Tiene o ha tenido el paciente 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"/> Ronquidos                            |
| <input type="checkbox"/> Lesiones a la cara, boca, o dientes        | <input type="checkbox"/> Dientes cariados                                | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza o migrañas         |
| <input type="checkbox"/> Sensibles a la presión                     | <input type="checkbox"/> Respira por la boca                             | <input type="checkbox"/> Sonido crónico en los oídos          |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de encías cuando se cepilla       | <input type="checkbox"/> Dientes o mandíbulas con sensación incómodas    | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con las instrucciones |
| <input type="checkbox"/> Hábito de dedo pulgar, dedo, labio, lengua | <input type="checkbox"/> Experimentar un clic o estallar en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Sensible / autoconsciente            |
|   | <input type="checkbox"/> Apretando o rechinando los dientes              |   |

## HISTORIA MÉDICA

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

- Si No ¿El paciente toma algún medicamento o tiene alguna alergia?  
Si No ¿Hay antecedentes de alguna enfermedad importante?  
Si No ¿Ha tenido el paciente alguna operación o ha estado involucrado en un accidente grave?  
Si No ¿Está la paciente embarazada? (Sólo para pacientes femeninos)  
Si No ¿A el paciente alguna vez le hicieron una tomografía computarizada o una resonancia magnética de la cabeza?

Círculo de cualquiera de las condiciones médicas que el paciente ha tenido o tiene 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 hoy mi niño (niños) se examinarán y discutirán los resultados de este examen conmigo. Si mi seguro cubre este examen, se enviará un formulario de reclamación a la compañía de seguros.

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)