

FOREST ORTHODONTICS

&

Pediatric Dentistry

Para ayudarnos a darle un mejor servicio, por favor de llenar los siguientes formularios..
Si tiene alguna pregunta, no dude en contactarnos. ¡Gracias por elegir nuestra oficina!

PACIENTE

Nombre y Apellido: _____ Apodo: _____
Fecha de nacimiento (MM / DD / AA): _____ Sexo: _____
Dirección (si es diferente a la del paciente): _____
Código postal: _____
Número de teléfono: _____ E-Mail: _____

PERSONA RESPONSABLE (PERSONA ACOMPAÑANDO A PACIENTE)

Nombre Apellido: _____
Fecha de nacimiento (MM / DD / AA): _____ Relación con el paciente: _____
Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Estado civil: _____

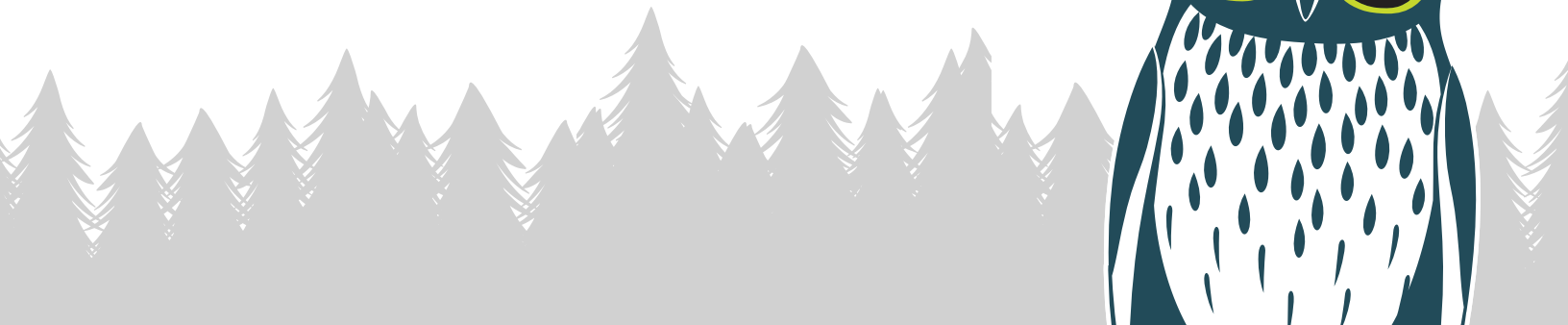
INFORMACIÓN DE SU ASEGURANZA

Nombre y Apellido: _____
Fecha de nacimiento (MM / DD / AA): _____ ID/SSN: _____
Empleo: _____
Nombre de aseguranza: _____
Dirección (si es diferente a la del paciente): _____
Código postal: _____
Teléfono: _____ E-Mail: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre Apellido: _____
Relación con el paciente: _____
Número de teléfono: _____ E-Mail: _____

A quién podemos agradecer por su referencia/ ¿Cómo se enteró de nosotros?



PATIENT

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/YY): _____

HISTORIAL MÉDICO

Nombre de doctor/médico: _____ Fecha de última cita: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Por favor círculo Sí o No (En caso afirmativo, por favor, llene los datos)

Sí No ¿Está tomando algún medicamento? _____

Sí No ¿Cualquier antibiótico necesario antes de la cita con el dentista? _____

Sí No ¿Tiene algún tipo de alergia? (Por favor especifica) _____

Sí No ¿Tiene antecedentes de una enfermedad grave? _____

Sí No ¿Ha tenido alguna operación? _____

Sí No ¿El paciente ronca? _____

Sí No ¿Ha estado involucrado en un accidente grave? _____

Sí No ¿Alguna vez ha fumado, vapear o a masticar tabaco? _____

Sí No he visto un médico en los últimos 12 meses? ¿Por qué? _____

Sí No ¿Está embarazada? _____

Sí No ¿Ha comenzado la menstruación? ¿Qué edad? _____

Circula las condiciones médicas más adelante que usted ha tenido o tiene actualmente.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sangrado Anormal/ Hemofilia | <input type="checkbox"/> Trastornos de los Huesos | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Defecto Cardíaco Congenito | <input type="checkbox"/> Problemas Hepatitis/ Hígado | <input type="checkbox"/> Sangrado Prolongado |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Radiación / Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea | <input type="checkbox"/> Reflujo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Asma o Fiebre del Heno | <input type="checkbox"/> Desórdenes Gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Trastornos Nerviosos | <input type="checkbox"/> Tumor o Cáncer |
| | | | <input type="checkbox"/> Úlcera |

¿Tiene alguna otra condición médica?

HISTORIA DENTAL

¿Quién es su dentista actual / anterior?: _____ Fecha de la última visita: _____

¿Lo que más le preocupa acerca de sus dientes?: _____

Sí No ¿Hay alguna parte de la boca sensible a la temperatura? ¿Dónde? _____

Sí No ¿Hay alguna parte de la boca sensible a la presión? ¿Dónde? _____

Sí No ¿Le sangran las encías al cepillarse? _____

Sí No ¿Tiene algún un vicio relacionado con la lengua o pulgar? _____

Sí No ¿Respira por la boca? _____

Sí No ¿Alguna vez ha visto un ortodoncista? Si es así, ¿quién y cuándo? _____

Sí No ¿Cuál es su actitud hacia recibir un tratamiento de ortodoncia? _____

Sí No ¿Alguien de su familia recibió un tratamiento de ortodoncia? _____

¿Cómo se sintieron con el resultado? _____

Sí No ¿Sus dientes o mandíbula se sienten incómodos cuando se despierta por la mañana? _____

Sí No ¿Está consciente que se mandíbula hace un clic o hace algún tipo de sonido? _____

Sí No ¿Está consciente que apretar los dientes durante el día? _____

Sí No ¿Alguna vez ha rechinar los dientes? _____

Sí No ¿Tiene dolor de cabeza "tensión"? _____

Sí No ¿Alguna vez ha experimentado un zumbido crónico en los oídos? _____

Firma

Fecha de firma

POLICIAS DE CITA

La cita está reservada específicamente para su hijo(a). Cualquier cambio en esta cita afecta a muchos pacientes. Si la cancelación es inevitable, por favor llame a la oficina al menos con 48 horas de antelación para que podamos dar ese tiempo a otro paciente.

- Ciertos tipos de citas pueden requerir citas durante las horas de trabajo / escuela. Los niños, al igual que los adultos, están más preparados y les va mejor en la mañana de este tipo de procedimientos.
- Por favor llegue 5 minutos o más antes de la cita programada le permite completar cualquier papeleo adicional y ver a su hijo(a) a tiempo.
- Si llega 10-15 minutos tarde a su cita, se le puede pedir que reprogramar para la próxima cita disponible.
- Por favor, llame al menos 48 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar su cita.
- Citas rotas o perdidas afectan a muchas personas. Si dos citas rotas o perdidas se producen sin previo aviso de 48 horas, nos reservamos el derecho a cobrar una tarifa de \$47 por cita perdida.
- Entendemos las emergencias inevitables o las circunstancias se presentan.

POLICIAS FINANCIERA

Gracias por elegir nuestra oficina para su cuidado dental. Las siguientes son las políticas financieras:

- **Responsabilidad de pago:** El padre / tutor (s) que lleve al niño (a) a su cita a nuestra oficina Forest Orthodontics & Pediatric Dentistry son legalmente responsables del pago de todos los cargos. La oficina no puede enviar infracciones a otras partes.
- **Política de pago:** Yo /Nosotros entendemos que es nuestra responsabilidad pagar los servicios o el tratamiento e l día de la cita. Como cortesía, Forest Orthodontics & Pediatric Dentistry enviará la cuota a su aseguranza . Yo / Nosotros entendemos que nuestro seguro no siempre puede cubrir el importe total de los servicios prestados y yo / nosotros será responsable de cualquier saldo restante. Bajo ciertas circunstancias, el pago o un pago inicial, puede ser necesario antes del tratamiento. Para la comodidad de nuestros pacientes, aceptamos efectivo, cheques personales (que no puede ser con fecha posterior), toda tarjeta de crédito de Visa, Mastercard, American Express, Discover, Apple Pago, Pago y Samsung. Además, ofrecemos CareCredit para la financiación de opciones.
- **Seguro Dental:** El tipo de plan elegido por usted, y / o por su empleador, determina sus beneficios de seguro. Hacemos el mejor intento para estimar sus beneficios de seguro con la mayor precisión posible. Sin embargo, los cambios en los beneficios y exclusiones, que puede ser único a su política puede resultar en un reembolso o el equilibrio adicional después de que el seguro ha pagado. Nosotros podemos guardar su información de pago almacenada en nuestro procesador de pago seguro, Vanco, en caso de que haya una porción paciente restante debido. Aunque el seguro es una cosa maravillosa a tener, no siempre es fácil de entender. Por favor, tenga en cuenta que es su responsabilidad entender cómo se paga por los servicios. Estaremos encantados de ayudarle lo mejor que podamos. También puede llamar a la compañía de seguros directamente con preguntas sobre su plan.
- **Tratamiento de Emergencia:** Todos los tratamientos de emergencia deben ser pagados en su totalidad al servicio de tiempo representado.



- **Saldos Pendientes:** Yo / Nosotros reconocemos que bajo ciertas circunstancias, un saldo de la cuenta puede incurrir. Forest Orthodontics & Pediatric Dentistry requieren que todos los saldos pendientes de ser pagados en su totalidad dentro de los 30 días a menos que se hayan hecho otros arreglos. Si el saldo llega a ser delincente después de esos 30 días, se añadirá interés a la tasa del 1,5% mensual (18% anual) hasta que la cuenta se pague por completo. Todos los cheques devueltos tendrán un cargo de devolución de \$35, que se añadirá a la cuenta. Adicionalmente, Usted entiende que Forest Orthodontics & Pediatric Dentistry se ve obligado a utilizar una agencia de colección exterior y / o abogado para colecciones que un cargo administrativo de \$ 50 y hasta el 30% del saldo de capital se añadirá a la cuenta como gastos de cobranza. Todo esto es aceptado por Forest Orthodontics & Pediatric Dentistry.

LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DENTALES CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS TÉCNICAS DE SUPERVISIÓN DEL PACIENTE

Por favor, lea cuidadosamente y haga preguntas necesarias sobre este formulario. Estaremos encantados de explicar más a fondo.

Se hará todo lo posible para obtener la cooperación de su hijo a través de calidez, encanto, humor y comprensión. Cuando estos fallan hay varias técnicas de manejo de conducta utilizadas para eliminar o minimizar el comportamiento disruptivo. Estos son todos usados de forma rutinaria y aceptados por la American Academy of Pediatric Dentistry, y se describen a continuación.

- **Decir-mostrar-hacer:** El dentista o el asistente le explica al niño lo que debe ser hecho al demostrar en un modelo o en el dedo del niño. A continuación, el procedimiento se realiza en el diente del paciente. La alabanza se utiliza para reforzar el comportamiento cooperativo.
- **Refuerzo Positivo:** Esta técnica premia al niño que muestra un comportamiento deseable. Las recompensas incluyen cumplidos, elogios y una palmada en el brazo o un premio.
- **Control de Voz:** La atención de un niño con conducta disruptiva se obtiene cambiando el tono o aumentar el volumen de la voz del practicante.
- **Morder la boca Puntales Bloquear:** Un caucho dispositivo se coloca suavemente en la boca del niño para evitar el cierre, ya sea intencional o no en los dedos o el taladro del dentista durante dentales tratamientos / rellenos.

BENEFICIOS DE ORTODONCIA

- **Beneficios de 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 en la salud dental en general. Los dientes, las encías y mandíbulas son una parte del cuerpo intrincado y puede dejar de responder al tratamiento. Si una buena higiene oral no se practica, la caries dental y las encías agrandadas pueden resultar. molestias en las articulaciones y el acortamiento de dientes se observan en un pequeño porcentaje de los casos. Los dientes cambian a lo largo de nuestra vida y no puede haber algo de movimiento de los dientes y algunos cambios después del tratamiento. He leído y entendido este párrafo. También entiendo que mis registros de diagnóstico se mi nombre se pueden utilizar para la educación y promoción. He respondido con veracidad de toda la información en los formularios de historial médico y dental Historia y acordar informar a esta oficina de cualquier cambio en mi historial médico o dental. Además, autorizo al Dr. Derek J. Bock para realizar una evaluación de ortodoncia completa.





ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Respetamos nuestra obligación legal de mantener la información de salud que le identifica privado. Estamos obligados por ley a dar aviso de nuestras prácticas de privacidad. Este aviso describe cómo protegemos su información de salud y los derechos que usted tiene con respecto a ella.

TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

La razón más común por la que usamos o divulgamos su información de salud es para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Los ejemplos de cómo usamos o divulgamos la información para fines de tratamiento son: la creación de una cita para usted; el examen de los dientes; la prescripción de medicamentos y fax a cubrir; se le remita a otro médico o clínica para otros cuidados de salud o servicios; o conseguir copias de su información de salud de otro profesional que puede haber visto antes que nosotros. Los ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información de salud para fines de pago: preguntarle sobre su salud o planes de atención dental, u otras fuentes de pago; la preparación y el envío de facturas o reclamaciones; y recoger cantidades pendientes de pago (ya sea nosotros mismos o por medio de una agencia de colección o abogado). “operaciones de atención de salud” significan las funciones administrativas y de gestión que tenemos que hacer con el fin de dirigir nuestra oficina. Los ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información de salud para operaciones de atención médica son: auditorías financieras o de facturación; aseguramiento de la calidad interna, las decisiones de personal; participación en los planes de cuidado administrado; defensa de asuntos legales; la planificación de negocios, y el almacenamiento fuera de nuestros registros.

Rutinariamente usamos su información de salud dentro de nuestra oficina para estos fines sin ningún permiso especial. Si tenemos que revelar su información de salud fuera de nuestra oficina por estas razones, que por lo general no le pediremos permiso especial por escrito.

USO Y DIVULGACIÓN DE OTROS MOTIVOS SIN PERMISO

En algunas situaciones limitadas, la ley permite o nos obliga a utilizar o divulgar su información médica sin su permiso. No todas estas situaciones se aplican a nosotros; algunos pueden no llegar a nuestra oficina en absoluto. Tales usos o divulgaciones son:

- Cuando un Estado o federales ley exige que cierta información de salud se informó para un propósito específico;
- fines de salud pública, tales como la enfermedad contagiosa de informes, investigación o vigilancia; y las comunicaciones hacia y desde la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos relacionadas con fármacos o dispositivos médicos;
- divulgaciones a las autoridades gubernamentales sobre las víctimas de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- usos y divulgaciones para las actividades de supervisión sanitaria, tales como la concesión de licencias de los médicos; para las auditorías por Medicare o Medicaid; o para la investigación de posibles violaciones de las leyes de cuidado de la salud;
- divulgaciones para procesos judiciales y administrativos, tales como en respuesta a citaciones u órdenes judiciales o de entidades administrativas;
- divulgaciones para fines policiales, tales como proporcionar información sobre alguien que es o se sospecha que es víctima de un crimen; para proporcionar información acerca de un crimen en nuestra oficina; o para reportar un crimen que ocurrió en otro lugar;
- divulgación a un médico forense para identificar a una persona muerta o para determinar la causa de la muerte; o para los directores de funerarias para ayudar en la sepultura; o para organizaciones que órganos o tejidos mango donaciones;
- uso o divulgación de la investigación relacionada con la salud; usos y divulgaciones para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad;
- usos o divulgaciones para funciones gubernamentales especializadas, tales como para la protección del presidente o de funcionarios de alto rango del gobierno; para las actividades lícitas de inteligencia nacional; para fines militares o para la evaluación y la salud de los miembros del servicio exterior; divulgaciones de información-de identificadas;
- divulgaciones relacionadas con los programas de compensación del trabajador;
- divulgaciones de un “conjunto de datos limitado” para la investigación, salud pública u operaciones de cuidado de la salud;



- revelaciones adicionales que son un subproducto inevitable de los usos o divulgaciones permitidas;
- divulgaciones a “asociados empresariales” que realizan operaciones de cuidado de la salud para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su información de salud;
- liberación fotográfica con fines de certificación de enseñanza o de mesa.

A menos que se oponga, también vamos a compartir información relevante sobre su atención con su familia o amigos que le ayuden con su cuidado dental

RECORDATORIOS DE CITAS

Podemos llamar o escribir a recordarle las citas programadas, o que es el momento de hacer una cita de rutina. También podemos llamar o escribir para notificarle de otros tratamientos o servicios disponibles en nuestra oficina que pueden ayudarle. A menos que nos indique lo contrario, le deje un mensaje recordatorio en su contestador automático o con la persona que conteste el teléfono si no está en casa.

OTROS USOS Y DIVULGACIÓN

No vamos a hacer ningún otro uso o divulgación de su información de salud a menos que firme un escrito “formulario de autorización”. El contenido de un “formulario de autorización” se determina por la ley federal. A veces, podemos iniciar el proceso de autorización si el uso o la divulgación es nuestra idea. A veces, es posible iniciar el proceso si es su idea para que enviemos su información a otra persona. Normalmente, en esta situación usted nos dará un formulario de autorización debidamente completado, o puede utilizar uno de los nuestros.

Si iniciamos el proceso y pedimos que firme un formulario de autorización, no tiene que firmarlo. Si usted no firma la autorización, no podemos hacer uso o divulgación. Si no firma uno, usted puede revocar en cualquier momento a menos que ya hayamos actuado de seguridad sobre ella. Las revocaciones deben estar por escrito. Enviarlos a la persona de contacto de esta oficina al principio de este aviso.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

- La ley le da muchos derechos con respecto a su información médica. Puede: pedirnos que limitemos nuestros usos y divulgaciones para fines de tratamiento (excepto el tratamiento de emergencia), pago u operaciones de atención médica. No tenemos que estar de acuerdo para hacer esto, pero si estamos de acuerdo, tenemos que aceptar las restricciones que desea. Para solicitar una restricción, envíe una solicitud por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o correo electrónico mostrada al principio de este Aviso.
- Pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera confidencial, como por teléfono al trabajo y no a su casa, enviándole información sobre la salud a una dirección diferente, o mediante el uso de correo electrónico a su dirección de correo electrónico personal. Daremos cabida a estas peticiones si son razonables, y si se paga por cualquier costo adicional. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, envíe una solicitud por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o dirección electrónica que se indica al comienzo de esta Notificación.
- Pedir ver u obtener fotocopias de su información médica. Por ley, hay algunas situaciones limitadas en las que puede negarse a permitir el acceso o copia. En su mayor parte, sin embargo, usted será capaz de revisar o tener una copia de su información médica dentro de los 30 días de decírnoslo (o sesenta días si la información se almacena fuera del sitio). Puede que tenga que pagar las fotocopias con anticipación. Si negamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito, e instrucciones sobre cómo obtener una revisión imparcial de nuestra denegación si está disponible legalmente. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días el tiempo para nosotros para que tenga acceso o fotocopias si le enviamos un aviso por escrito de la extensión. Si desea revisar o obtener fotocopias de la información de salud, envíe una solicitud por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección,
- pedirnos que modifique su información de salud si cree que es incorrecta o incompleta. Si estamos de acuerdo vamos a modificar la información dentro de los 60 días a partir de cuando nos solicite. Vamos a enviar la información corregida a las personas que sabemos que recibieron la información incorrecta, y otros que se especifiquen. Si no estamos de acuerdo, puede escribir una declaración de su posición y la incluiremos con su información de salud junto con cualquier declaración de refutación que podamos escribir. Una vez que su estado de situación y / o fuera de refutación se incluye en su información de salud, le enviaremos toda vez que hagamos una divulgación permitida de su información médica. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días de tiempo para considerar una solicitud de enmienda si le notificamos por escrito de la extensión. Si desea pedirnos que modifique su información de salud, envíe una solicitud por escrito,



- Obtener una lista de las revelaciones que hemos hecho de su información de salud en los últimos seis años (o un período más corto si lo desea). Por ley, la lista no incluirá: divulgaciones para fines de tratamiento, pago o atención médica, divulgaciones con su autorización, revelaciones indirectas, las revelaciones requeridas por la ley, y algunas otras revelaciones limitadas. Usted tiene derecho a una tal lista por año sin cargo. Si desea listas más frecuentes, tendrá que pagar por adelantado. Lo general, responderemos a su solicitud dentro de los 60 días siguientes a su recepción, pero por ley podemos tener una extensión de 30 días de tiempo si le notificamos de la extensión por escrito. Si desea una lista, envíe una solicitud por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o correo electrónico que aparece al principio de este aviso.
- Copias impresas adicionales de este Aviso de prácticas de privacidad disponibles bajo petición. No importa si usted obtuvo una copia electrónica o en papel ya. Si desea copias impresas adicionales, envíe una solicitud por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o correo electrónico que aparece al principio de este aviso.

NUESTRO AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

Por ley, hay que cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad hasta que elegimos cambiarlo. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento según lo permitido por la ley. Si cambiamos este Aviso, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a la información médica que ya tenemos, así como a la información que podemos generar en el futuro, tienen copias disponibles en nuestra oficina, y que lo ponga en nuestro sitio web.

QUEJAS

Si usted piensa que no hemos respetado adecuadamente la privacidad de su información de salud, usted es libre de quejarse con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles de Estados Unidos. No tomaremos represalias en su contra si usted presenta una queja. Si lo prefiere, puede discutir su queja en persona o por teléfono.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad, llame o visite a la persona contacto en el consultorio a la dirección o número de teléfono que aparece al principio de este aviso.



ACUSE DE REVISAR LAS POLÍTICAS

Por favor inicial cada línea de abajo a reconoce que ha leído y entendido las políticas previstas.

_____ Política de Cita

_____ Política Financiera

_____ Pediatric Dental Consentimiento Informado y / o Beneficios de Ortodoncia

_____ Aviso de Prácticas de Privacidad

- Sí, me gustaría copias de Política Cita, Política Financiera, Pediatric Dental Consentimiento Informado y / o de ortodoncia beneficios, y Aviso de Privacidad de práctica para llevar a casa para mis archivos.
- No, yo renuncio a mi derecho a hacer copias casa, pero sé que puedo pedir para ellos en cualquier momento.

Paciente (s) Nombre (s)

Firma

Fecha

HIPAA Consentimiento

La ley de salud de 1996 y portabilidad de seguro (HIPAA) proporciona protección de la privacidad a la historia clínica de su hijo. Nuestra oficina de beneficios (o un tercero designado por nuestra oficina) a veces pueden necesitar revelar información médica o información de pago protegidos por HIPAA en relación con los planes de salud de grupo a los miembros de su familia o amigos cercanos involucrados en su atención médica. Por ejemplo, su cónyuge puede que necesite ponerse en contacto con nosotros si su hijo está en el hospital para determinar si un determinado procedimiento está cubierto por nuestro plan de salud de grupo o puede necesitar ayuda para llenar una demanda por los servicios médicos. Bajo HIPAA, salvo que se opongá específicamente.

Paciente (s) Nombre (s)

Firma

Fecha