



Información del paciente

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ prefiero ser llamado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social del Paciente: _____

Número de licencia de conducir: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Numero de telefono del trabajo: _____ celular: _____

La mejor manera de contactarme es en mi: Teléfono del trabajo Teléfono celular Texto Correo electrónico

Género: Masculino Femenino Estado civil: Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

Si es estudiante, indique su escuela: _____

¿Cómo se enteró acerca de nuestra oficina? _____

Si usted tiene un dentista, por favor indique su proveedor dental: _____

Empleador

Nombre de Empleador del paciente: _____

Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ St: _____

Código Postal: _____

Cónyuge

Nombre del cónyuge: _____ Empleador: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Número de licencia de conducir: _____

Correo electrónico: _____ Número de celular: _____

Número de teléfono de trabajo _____ Celular _____

Contacto de emergencia

Nombre de contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono:

_____ Trabajo _____ Celular _____

Información del padre o tutor: Si el paciente es un niño.

Padre / tutor 1: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Número de teléfono del trabajo _____ Celular _____

La mejor manera de contactarme es en mi: Teléfono del trabajo Teléfono celular Texto Correo electrónico

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Número de licencia de conducir: _____

Estado civil: Soltero Casado Viudo Separado divorciado

Padre / tutor 2: _____ Relación: _____



Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Codigo postal: _____

Correo electrónico : _____ Número de teléfono: _____ Número de teléfono del trabajo _____ Celular _____

La mejor manera de contactarme es en mi: Teléfono del trabajo Teléfono celular Texto Correo electrónico

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Número de licencia de conducir: _____

Estado civil: Soltero Casado Viudo Separado divorciada

Persona responsable de la cuenta

Nombre de la persona responsable de cuenta: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección de facturación: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Codigo Postal: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____ Número de teléfono del trabajo _____ Celular _____

La mejor manera de contactarme es en mi: Teléfono del trabajo Teléfono celular Texto Correo electrónico

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Número de licencia de conducir: _____

Información del seguro

¿Tiene cobertura de ortodoncia? Sí No

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Número de Seguro Social del asegurado: _____

Nombre del empleador: _____

Teléfono del trabajo: _____

Dirección del trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Codigo Postal: _____

Nombre de compañía del seguro: _____ Número de Grupo: _____ Número de identificación de seguro: _____

Dirección de compañía de aseguranza: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Número de teléfono de la compañía de aseguranza: _____

¿Tiene algún seguro adicional? Sí No En caso afirmativo, complete lo siguiente.

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Número de seguro social del asegurado: _____



Nombre del empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Dirección del trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Codigo Postal: _____
 Nombre de compañía de seguros: _____ Número de grupo: _____ No. de identificación de seguro : _____
 Ins. Dirección del Condado: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
 Número de teléfono de la compañía de aseguranza: _____

Historial de salud dental

¿Cuáles son las principales preocupaciones que le gustaría que la ortodoncia logre?

 ¿Alguna vez ha sido evaluado o ha sido visto para un tratamiento de ortodoncia?
 Sí No
 ¿Alguna vez ha tenido un problema grave o difícil asociado con algún trabajo dental anterior? Sí No
 ¿Ahora o alguna vez ha experimentado dolor / malestar en la articulación de la mandíbula (TMJ / TMD)?
 Sí No
 Su salud dental actual es: Buena Regular Pobre
 ¿Le gusta su sonrisa? Sí No
 ¿Le sangran las encías? Sí No
 ¿Alguna vez ha tenido una lesión en usted? Boca Dientes Barbilla
 ¿Generalmente respira por la boca? Sí No
 En caso afirmativo, seleccione cuando: Mientras está despierto Mientras está dormido
 ¿Tiene algún diente perdido o extra permanente? Sí No
 ¿Alguna vez has tomado Phen-Fen? (también conocido como: Redux y Pondimin) Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo?
 Fecha: _____
 ¿Fuma o consume tabaco de alguna forma? Sí No

Historial médico de salud

¿Tiene un médico personal? Sí No ¿ Fecha de la última visita? _____
 Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
 ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No En caso afirmativo, explique:

 Su salud física actual es: Buena Regular Mal
 Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente:

Para mujeres:

¿Toma anticonceptivos ? Sí No



Affiliate of  RockDental
BRANDS

¿Está embarazada? Sí No Semana de gestación #: _____

¿Está amamantando? Sí No

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos? Por favor, marque la casilla correspondiente.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> la ampolla de fiebre / Herpes | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> glaucoma | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Artritis / Gota | <input type="checkbox"/> audición o problemas de visión | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorio reumáticos / escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Válvula de Corazón Artificial | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco / derrame cerebral | <input type="checkbox"/> culebrilla |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Soplo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de célula falciforme / Rasgos |
| <input type="checkbox"/> huesos artificiales | <input type="checkbox"/> cardíaco Cirugía cardíaca / Marcapasos | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas de la tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> cáncer o quimioterapia | <input type="checkbox"/> presión alta | <input type="checkbox"/> Úlceras / Colitis |
| <input type="checkbox"/> Labio / Paladar hendido | <input type="checkbox"/> VIH + / SIDA | <input type="checkbox"/> enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas o enfermedades del riñón | |
| <input type="checkbox"/> Drogadicción o abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> mitral prolapso de la válvula | |
| <input type="checkbox"/> enfisema | | |
| <input type="checkbox"/> La epilepsia / convulsiones/Desmayo | | |

Por favor indique cualquier otra condición médica grave (s) que ha tenido:

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes? Por favor, marque la casilla correspondiente.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Plástico |
| <input type="checkbox"/> Tetraciclina | <input type="checkbox"/> Yodo | <input type="checkbox"/> Codeína |
| <input type="checkbox"/> Sulfamidas | <input type="checkbox"/> Penicilina Metal | <input type="checkbox"/> Los anestésicos locale |
| <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Cualquier plástico | <input type="checkbox"/> Otro |

Por favor, enumere cualquier otro medicamento o material al que sea alérgico:

Entiendo que la información que he proporcionado hoy es correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que esta información se verá con la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental a realizar cualquier servicio dental necesario que pueda necesitar durante el diagnóstico y el tratamiento con mi consentimiento informado.

Firma

Fecha

Al firmar a continuación, entiendo y doy permiso para esta oficina, el derecho a verificar el estado crediticio del paciente / padre / tutor legal, o las partes responsables por las cuales se extendería el crédito por tarifas de tratamiento. Entiendo



que puede incluir el uso de uno o más servicios de informes de crédito. Además, entiendo que si esta oficina acepta mi seguro privado, soy responsable del pago de los servicios prestados y también soy responsable del pago de cualquier copago y / o deducible que mi seguro no cubre.

Firma

Fecha

Póliza de Texto y correo Electrónico

Westrock orthodontic puede enviar un registro de citas e información general por correo electrónico y / o por mensaje de textos. Si desea recibir comunicaciones por correo electrónico o texto en el futuro, lea y firme el consentimiento.

Consentimiento para correo electrónico y / o mensaje de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones: Puede ser contactado por correo electrónico y / o mensajes de texto para grabar una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo y para proporcionarle registros de tratamiento Información general sobre nuestros productos y servicios. Al firmar, usted acepta recibir registros de citas y otras comunicaciones / información por correo electrónico y / o mensaje de texto de parte de nuestra oficina que se enviará a cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono que nos proporcione. Cualquier correo electrónico o mensaje de texto que se envíen no puede estar encriptado ni protegido de otra manera y puede ser interceptado por un tercero. Al firmar este consentimiento, usted asume el riesgo de que la información contenida en dicha comunicación sea interceptada. No se puede enviar mensajes de texto o correos electrónicos, pero es posible que se apliquen cargos con su proveedor de teléfono. Entiendo que recibiremos correos electrónicos y / o mensajes de texto para todos los registros de citas y las comunicaciones / información enviados por su oficina en el futuro, hasta que yo solicite un cambio por escrito.

Nombre del Paciente: _____ **Nombre del tutor (si el Paciente es menor de Edad):** _____

Preferencia de Comunicación (Circule uno): Mensajes de Texto Correo Electrónico

Número de Teléfono: _____

Firma del tutor: _____ **Fecha:** _____

Divulgación de servicio gratuito

Si está recibiendo un servicio gratuito en respuesta a un anuncio, tiene derecho a negarse a pagar, cancelar el pago o recibir un reembolso por cualquier otro servicio realizado como resultado y dentro de las 72 horas del servicio gratuito A MENOS QUE el otro servicio sea solicitado por Usted en el momento que busca la oferta gratuita.

Al firmar el contrato de tratamiento de ortodoncia, entiendo que estoy solicitando un servicio y ya no tengo derecho a negarme a pagar, cancelar el pago o recibir un reembolso por cualquier otro servicio realizado como resultado y dentro de las 72 horas del servicio gratuito. .

Firma _____ **Fecha** _____

Aviso de Prácticas de Privacidad



Entiendo que, del conforme a la Ley de portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"), tengo Ciertos Derechos a la privacidad con RESPECTO a mi Información de salud Protegida . Entiendo que esta información puede ser útil para: realizar

- planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en ese tratamiento directo o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros.
- Llevar a cabo una atención médica normal, como evaluaciones y certificaciones médicas.

Reconozco que ha recibido su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entender que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y qué puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento para obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que Leap Kids Dental puede restringir la forma en que se usa o divulgar mi información privada para llevar a cabo un tratamiento, pagos u operaciones de atención médica. Además, Leap Kids Dental no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero Leap Kids Dental está de acuerdo, entonces Leap Kids Dental está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre del paciente

Relación con el paciente

Firma del tutor

Fecha

Por favor, indique a continuación cualquier persona que pueda recibir PHI (Información de salud protegida) sobre este paciente.

Nombre	Relación	Información del Tratamiento		Historial de Cuenta	
		Sí	No	Sí	No
_____	_____	Sí	No	Sí	No
_____	_____	Sí	No	Sí	No
_____	_____	Sí	No	Sí	No

USO DE OFICINA SOLAMENTE | OFFICE USE ONLY

Intenté obtener la firma del paciente en reconocimiento de este Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad, pero no pude hacerlo tal como se documenta a continuación. (I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so as documented below:)



Date	Initials	Reason
-------------	-----------------	---------------

No Discriminación

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

Rock Dental Brand cumple con las siguientes normas. Las marcas dentales no se excluyen a las personas ni a las cosas de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Rock Dental Brands:

Brinda ayuda y servicios para personas con discapacidades para comunicarse con nosotros, como:

- Intérprete lenguaje de señas
- Formatos de información escritos en (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)

Brinda servicios de idiomas gratis a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes cualificados
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Paul D. McNiel, Director Oficial de Cumplimiento.

Si cree que Leap Kids Dental no brindará estos servicios o discriminará de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante: Paul D. McNiel, Director Oficial de Cumplimiento 610 Clinton Ave . Little Rock, AR, 72201. 501-259-8331.

paul.mcniel@rockdentalbrands.com. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Paul D. McNiel, Director Oficial de Cumplimiento, está disponible para ayudarlo.

También se puede presentar una queja de derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los

EE. UU. Sala 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Póliza de No Discriminación, CONTINUACIÓN

Servicios de Traducción están Disponibles En Los Sigüentes

Idiomas:



Affiliate of RockDental BRANDS

አማርኛ ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-844-648-5669.

العربية ملحوظة: اكنت تتحدث اذكر اللغة فان خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان Contacto برقم 5669-648-844-1 برقم

中文 注意 : , 44 1-844-648-5669.

Oroomiffa XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, y argama. Bilbilaa 1-844-648-5669.

فارسی توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می نید تسهیلات زبانی بیانی صارت رایگان برای شما 5666-648-844-1 گ

Français ATENCIÓN: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-648-5669.

Deutsche ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-648-5669.

सुथनल : तमे, तो निः करे 1-844-648-5669.

ध्यान हिंदी: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए. 1-844-648-5669.

Hmong LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu Rau 1-844-648-5669 事項:.

注意 日本語日本語を話される場合,無料の言語支援をご利用. 1-844-648-5669 주의:.

한국어 한국어를 사용하시는 경우, 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-844-648-5669.
 ໂປດ

ລາວລາບຸ:ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ,ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາ,ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ,ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ຮສ 1-844-648-5669

Marshallese LALE: Ñe kwōj kōnono Kajin Majōl, kwomaroñ bōk jermal en jipañ ilo kajin ñe am ejjeļok wōñāānn. Kaalok 1-844-648-5669.

Pennsylvania Dutch Wann du [Deutsch (Pennsylvania alemán / holandés) schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprouch. Ruf selli Nummer uff: Llame al 1-844-648-5669.

português ATENÇÃO: Se fala português, encontramse disponíveis serviços linguísticos, gratis Ligue para el 1-844-648-5669.

русский ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Haga clic en 1-844-648-5669.

Srpsko-hrvatski OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpskohrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-844-648-5669.

Español ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-648-5669.

pilipino PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-648-5669.

Tiếng Việt CHÚ Ý: Nu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch v hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gi số 1-844-648-5669.