

ALL ABOUT BRACES

Informacion de paciente

Fecha _____

Nombre de Paciente _____
Apellido _____ Nombre _____

Direccion _____
Calle _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Telefono _____ Celular _____ Texto? Si O No

Email _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Intereses _____ Escuela _____

Como se entero de nuestra officina? _____

Responsible Party Information

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____

Direccion _____
Calle _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Telefono _____ Celular _____ Texto? Si O No

Email _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Seguro Social** _____

Parentesco al paciente _____ Empleador _____ Ocupacion _____

Conyuge _____
Apellido _____ Nombre _____

Direccion _____
Calle _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Telefono _____ Celular _____ Texto? Si O No

Email _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Seguro Social** _____

Parentesco al paciente _____ Empleador _____ Ocupacion _____

Informacion Sobre el Seguro

Nombre de asegurado _____ Seguro Social # _____

Compania de seguro _____ # de grupo _____ # de poliza _____

Direccion de seguro _____ Telefono. _____

Tiene usted algun seguro adicional? Si _____ No _____

Nombre de asegurado _____ Seguro Social # _____

Compania de seguro _____ # de grupo _____ # de poliza _____

Direccion de seguro _____ Telefono. _____

Infomacion de Emergencia

Nombre de pariente mas cercano que no vive con usted. Nombre _____ # _____

Porfavor lista 3 numeros de contacto adicional: Nombre _____ # _____

Nombre _____ # _____

Nombre _____ # _____

Porfavor lista 1 email adicional Nombre _____ # _____

Permiso Pra usar Fotografias

Yo,doy permiso y renuncio todos derechos a fotografias ,retratos, transparencias, negativos, impresiones, Polaroids u otras reproducciones fotograficas capturadas con todavia, cine, video, camaras digitales u otros para su uso por All About Braces, ilustración, publicidad y contenido Web y / o comercialización

Paciente/Padre

Fecha

Historia Medica del Paciente

Nombre de Medico _____ Fecha del ultimo Examen _____
Telefono _____

Por favor conteste las preguntas con un si o no.

- | | | | | | |
|----|----|--|----|----|---|
| SI | NO | ¿Esta tomando alguna droga o medicina? | | | |
| Sí | No | ¿Está tomando algún medicamento? | Sí | No | ¿Es usted alérgico al látex (guantes, globos)? |
| Sí | No | ¿Es usted alérgico a algún medicamento? | Sí | No | ¿Es usted alérgico a METALES (joyas, prendas de vestir)? |
| Sí | No | ¿Tiene antecedentes de una enfermedad grave? | Sí | No | ¿Ha tenido alguna operación importante? |
| Si | No | Fuma o mastica tabaco? | Sí | No | ¿Alguna vez has estado involucrado en un accidente grave? |

Si tu respuesta es si a alguna pregunta indique los detalles:

SOLO PARA MUJERS

- Sí No ¿Ha comenzado sus periodos menstruales? Si es así, aproximadamente cuando? _____
Sí No ¿Está embarazada? Si es así, ¿cuánto tiempo? _____

CIRCULA cualquiera de las siguientes condiciones médicas que usted ha tenido o tiene actualmente.

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Sangrado anormal / Hemofilia | Hepatitis | diabetes o problemas del hígado | neumonía |
| Mareos | Anemia | herpes | sangrado prolongado |
| Epilepsia | Artritis arterial | alta presión | radiación / quimioterapia |
| VIH | asma o fiebre del heno | Trastornos gastrointestinales | SIDA, |
| la fiebre reumática | Trastornos de los Huesos | Problemas del corazón | Problemas del riñón |
| Tuberculosis | Defectos cardíacos | Soplo Nervioso | Trastornos del tumor o el cáncer |

¿Existe alguna condición médica que no hemos hablado de que usted siente que debe tener en cuenta? _____

Historia Dental del Paciente

Nombre de Dentista _____ Fecha del ultimo Examen _____
¿Qué le preocupan más de sus dientes? _____

- | | | |
|----|----|---|
| Sí | No | ¿Se encuentra en todo el dolor dental? |
| Sí | No | ¿Alguna vez has experimentado alguna reacción desfavorable a la odontología? |
| Sí | No | ¿Alguna vez has perdido o astillado algún diente? |
| Sí | No | ¿Se han producido lesiones en la cara, la boca o los dientes? |
| Sí | No | ¿Hay alguna parte de su boca sensible a la temperatura o la presión? |
| Sí | No | ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes? |
| Sí | No | ¿Tiene usted algún tipo de hábito de dedo o la lengua? |
| Sí | No | ¿Es usted un respirador bucal? |
| Sí | No | ¿Alguna vez has visto un ortodoncista? En caso afirmativo, quién y cuándo? |
| Sí | No | ¿usted se opone al uso de aparatos de ortodoncia (frenos) en caso de que se indica? |
| Sí | No | ¿Algún miembro de su familia recibió un tratamiento de ortodoncia? ¿Cómo se sienten acerca de los resultados? ¿Cuál es su actitud hacia la recepción de un tratamiento de ortodoncia? |
| Sí | No | ¿los dientes o mandíbulas vez se siente incómodo cuando te despiertas por la mañana? |
| Sí | No | ¿Es usted consciente de su mandíbula chasquido? |
| Sí | No | ¿Es usted consciente de apretar los dientes durante el día? |
| Sí | No | ¿Alguna vez has dicho que te rechinan los dientes? |
| Sí | No | ¿Tiene "tensión" dolores de cabeza? |
| Sí | No | ¿Alguna vez has experimentado crónica zumbido en los oídos? |
| Sí | No | Si la paciente es menor de 16 años de edad, la altura de los padres? Mama _____ Papa _____ |
| Sí | No | ¿Es usted consciente de que algunas citas será durante las horas de escuela / trabajo? |

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 en la salud dental en general. Dientes, las encías y la mandíbula son una parte del cuerpo complejo y puede no responder al tratamiento. Si una buena higiene oral no se practica, la caries dental y las encías puede provocar ampliada. Molestias en las articulaciones y el acortamiento de raíz se observan en un pequeño porcentaje de los casos. Cambiar los dientes 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 entiendo este apartado, también entiendo que mis registros de diagnóstico y mi nombre puede ser usado para los propósitos educativos y promocionales. He contestado con la verdad todas las preguntas anteriores y de acuerdo con informar a esta oficina de cualquier cambio en mi historial médico o dental. Además, yo autorizo a los doctores de All About Braces para llevar a cabo una evaluación de ortodoncia completo.

Paciente/Padre

Fecha

Todas las formas de tratamiento medical y dental incluyendo ortodoncia, tienen algunos riesgos y limitaciones que puedan ocurrir. Debe tomarse en cuenta al tomar la decision de someterse en un tratamiento de ortodoncia. Algunas senales de contratiempo son los siguientes:

COOPERACION DEL PACIENTE-EL HECHO MAS IMPORTANTE PARA COMPLETAR EL TRATAMIENTO A TIEMPO.

La perfeccion es siempre nuestro objetivo, sin embargo, insuficiente uso de los aparatos (elasticos, mascara, retenedores), aparatos fracturados, citas atrasadas o perdidas, y pobre higienicas oral, todo ello contribuye a aumentar el tiempo de tratamiento y resultados comprometer el tratamiento.

DESCALCIFICACIONES-DESCOLORACION DE LOS DIENTES.

Aparatos de ortodoncia no causan caries, pero debido a su presencia, las particulas de alimentos se retienen con mas facilidad y la posibilidad de crear caries se incrementa mas. Marcas blancas o signos de caries, se pueden prevenir con una dieta adecuada, cepillarse bien los dientes como costumbre, y atender chequeos dentales regulares. Por esta razon todos los dias enjuagues de fluoruro tambien se recomienda para ayudar a prevenir estos problemas. Ademas, una banda floja o freno, aumenta en gran medida la posibilidad de formar caries y debe ser informado tan pronto como sea posible.

PROBLEMAS PERIODONTALES-HINCHADAS, SANGRADO DE LAS ENCIAS Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Encias hinchadas, inflamadas o sangrantes puede ser controlado o prevenido por uso de hilo dental y el cepillado de los dientes y las encias. La placa bacteriana acumulada tiende a irritar las encias y deben ser removidos. Si la salud de las encias no esta controlada por cuidados en el hogar adecuado, puede ser necesario consultar a un especialista en encias o periodoncista. En casos raros (por lo general lo adultos con enfermedad periodontal pre-existente) puede ser necesario interrumpir el tratamiento hasta el retorno a un estado de las encias sanas.

REABSORCION RADICULAR-REDUCCION DE LA RAIZ EN LOS EXTREMOS.

Las raices de los dientes pueden llegar a ser mas corta, con o sin tratamiento de ortodoncia. En condiciones sanas las raices cortas por lo general no son un problema. Sin embargo, el acortamiento excesivo de las raices puede reducir el tratamiento y existe la posibilidad de perder los dientes.

DIENTES NO-VITALES-POR LO GENERAL EL RESULTADO DE UNA LESION PREVIA AL DIENTE.

El nervio de un diente lesionado puede morir en un periodo de tiempo con o sin tratamiento de ortodoncia. Este diente podria estallar o perder color durante el tratamiento y entonces seria necesario un tratamiento de conducto para salvarlo. Movimiento ortodontico del diente se detendria hasta el tratamiento del conducto radicular se han completado. Desvitalizacion rara vez es debido a la ortodoncia.

IMPACTACION DE LOS DIENTES-DIENTES NO PUEDEN BROTA NORMALMENTE.

El diente cuspide, por ejemplo, es un diente comunmente afectado. Una mayor participacion de tratamiento ortodoncia es necesaria para llevar con exito un diente a la posicion correcta. Informacion adicional se hara saber si es necesario.

LESIONES DE LOS APARATOS- ALERGIAS Y ABRASION DE LA PIEL O LOS RASGUNOS DE LAS PARTES METALICAS DE LOS FRENOS O ALAMBRE.

Reacciones alergicas a los materiales dentales son raras, pero ocurren. Lesiones o rasgunos de los frenos o alambres pueden suceder, que normalmente no son serias. Irritaciones menores son frecuentes al principio, la mayoría de estos son muy manejables por el paciente o con un ajuste por el ortodoncista. Sin embargo, todos se deben tomar precauciones para evitar frenos quebrados o desmontados. Por ejemplo, una lesion grave podria resultar de un dispositivo de arnes se salgan de la boca mientras que aun esta montado alrededor de la cabeza.

LESIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO ACTUAL.

El paciente sin darse cuenta podria ser rasgunado o sentir un piquete por instrumentos utilizados en la boca, especialmente si el paciente se mueve en un momento critico durante el procedimiento. Pasarse parte de un freno, fracturar parte de un diente, o desalojar una restauracion son los acontecimientos raros pero puede suceder.

TRASTORNOS DE LA ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR-TEMPORO MANDIBULAR CONJUNTA (TMC) Y/O CHASQUIADO.

Sintomas pueden desarrollar, o una condicion pre-existentes pueden empeorar durante el tratamiento ortodontico o en cualquier momento de la vida. Posicion de los dientes o mordedura puede ser un factor. Sin embargo los problemas de la TMC no estan relacionados con la mordida. Si se produce un trastorno, puede ser necesario consultar a un especialista en la TMC.

CRECIMIENTO DE LOS PATRONES-CRECIMIENTO DE LA MANDIBULA QUE OCURREN DURANTE Y DESPUES DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA.

De vez en cuando, un crecimiento normal de la mandibula de una persona se convierte irregular. Como resultado, las mandibulas superior e inferior no puede relacionarse adecuadamente entre si y con el resto de la cara. Falta de armonia en el crecimiento del esqueleto es un proceso biologico mas alla del control de los ortodoncistas y no siempre es predecible. Este cambio puede requerir tratamiento de ortodoncia adicional que a veces en conjuncion con la cirugia oral.

CIRUGIA ORTOGNATICA O DE ORTODONCIA-CIRUGIA DE LA MANDIBULA PARA ESTABLECER LA MANDIBULA/CARA ADECUADA.

Pacientes que requieren este procedimiento necesitara tratamiento ortodoncia antes y despues de la cirugia. La intervencion de cirugia es una operacion realizada en el hospital por un cirugano oral. Todos los aspectos de este procedimiento seria discutido en detalle antes de cualquier tratamiento.

RECAIDA-MOVIMIENTO DE LOS DIENTES DESPUES DEL TRATAMIENTO.

Algunos movimientos menores de los dientes probablemente se producira despues del tratamiento. Los dientes de enfrente en la parte de abajo son los dientes mas comunes de cambio. Recaida puede ser minimizado si los retenedores se usan de forma indicada.

CHEQUEOS DENTALES

Todo el trabajo dental necesario debe ser completado antes de iniciar el tratamiento ortodoncia. Es importante que el paciente mantenga exámenes dentales regulares durante el tratamiento ortodontico segun lo prescrito por su dentista. Nuestra intencion es informarle de algunos de los muchos problemas potenciales que existen. Puede haber otros riesgos que no se mencionan. Se hara todo lo posible para estas complicaciones. Por su comprension y la buena cooperacion que nos puede ayudar a evitar problemas. Informacion adicional o explicacion de tallada esta disponible por los doctores de All About Braces

Porfavor firme esta hoja despues de haber leído y entendido lo anterior y consentimiento para el tratamiento.

Paciente/Padre

Fecha

Este aviso describe cómo la información médica sobre su niño puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, lea con cuidado. La privacidad de la información de salud de su hijo es importante para nosotros.

Nuestro deber jurídico

Estamos obligados por ley federal y estatal para mantener la privacidad de la información de salud de su hijo. También se nos exige que le demos este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos sobre la información médica de su hijo. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en el anuncio mientras se está en vigor. Este Aviso entra en vigor 01 de julio 2009, y permanecerá en efecto hasta que lo reemplace. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso eficaz para toda la información médica que mantenemos, incluyendo información de salud que hemos creado o recibido antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y hacer que la nueva Comunicación disponibles bajo petición. Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso.

Usos y Divulgación de Información en Salud

Nosotros usamos y divulgamos información sobre su salud y su hijo para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo: Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información de salud a un médico u otro tratamiento médico proporcionar a su hijo. Pago: Podemos utilizar y revelar información médica de su hijo para obtener el pago por los servicios que ofrecemos. Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. operaciones de atención médica incluyen evaluación de la calidad y la mejora de las actividades, programas de capacitación, acreditación, certificación, concesión de licencias o credenciales. Su Autorización: Además de nuestro uso de su información de salud para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica, usted nos puede dar autorización escrita para utilizar su información de salud o para revelarlo a cualquiera para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información de salud por cualquier motivo, excepto los descritos en este aviso. Para su familia y amigos: Debemos revelar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente en este Aviso. Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con la atención médica de su hijo o con el pago de atención médica de su hijo, pero sólo si se acepta que podemos hacerlo. Personas Involucradas en el Cuidado: Podemos usar o revelar información médica para notificar, o ayudar en la notificación (incluyendo la identificación o localización) de un miembro de la familia, representante personal de su hijo u otra persona responsable del cuidado de su hijo, de la ubicación de su hijo y / o condición general. Si usted está presente, entonces antes de su uso o la divulgación de información sobre la salud de su hijo, que le proporcionará la oportunidad de oponerse a tales usos o de la divulgación. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, revelaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro criterio profesional, divulgar información de salud que esté directamente relacionada con la participación de la persona en atención médica de su hijo. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de los mejores intereses de su hijo en permitir a una persona para recoger las recetas fílladas, suministros médicos, radiografías, u otras formas similares de información de salud. Marketing de Servicios Relacionados con la Salud: No usaremos su información de salud para las comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito. Requerido por Ley: Podemos usar o divulgar su información de salud cuando sea requerido para ello por la ley. Abuso o Negligencia: Podemos revelar su información de salud a las autoridades apropiadas si creemos razonablemente que su hijo es víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar información médica de su hijo en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para la salud de su hijo o la seguridad o la salud o la seguridad de los demás.

Recordatorios de citas

Podemos usar o revelar información de su hijo para ofrecerle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, tarjetas postales, o cartas).

Derechos del Paciente

Acceso: Usted tiene el derecho de ver u obtener copias de la información de salud de su hijo, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a fotocopias. Usaremos el formato que usted solicita a menos que no factible puede hacerlo. Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a la información de salud de su hijo. Usted puede obtener un formulario para solicitar el acceso mediante el uso de la información de contacto que aparece al final de este aviso. Si usted solicita copias, le cobraremos una cuota razonable por cada página, una tasa razonable por hora para el tiempo del personal para localizar y copiar su información médica y gastos de envío si desea que las copias enviadas a usted. Si usted solicita un formato alternativo, se le cobrará una tarifa basada en el costo de proporcionar información médica de su hijo en ese formato. Auditoría de las Revelaciones: Usted tiene el derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios de negocios conocer su información de salud para propósitos distintos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de información de salud de su hijo por medios alternativos o lugares alternativos. Usted debe hacer su petición por escrito. Su solicitud debe especificar los medios alternativos o ubicaciones, y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo los pagos serán manejados bajo los medios alternativos o la ubicación que usted solicite. Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser enmendada. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias. Aviso Electrónico: Si usted recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir este aviso por escrito.

Preguntas y Quejas

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, por favor ponte en contacto con nosotros. Si le preocupa que pueda haber violado su o derechos de privacidad de su hijo, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a la información médica de su hijo o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud del niño o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede presentarnos una queja usando la información de contacto que aparecen en este aviso. Apoyamos su derecho a la privacidad de la información de salud de su hijo.

Paciente/Padre

Fecha

Mi firma indica que he revisado una copia del aviso de esta oficina de Prácticas de Privacidad.