

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Paciente:	Preferiré ser llamado:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
¿Algún miembro de su familia inmediata ha sido paciente en nuestra oficina?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre & Relación:
¿A quien podemos agradecer por referirio a nuestra oficina?		
Por favor escriba cualquier aficiones, intereses, o instrumentos musicales tocados:		
¿El paciente es adoptado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Alguna preocupatción especial sobre el someterse a un tratamiento de orthodonticia?		

**HISTORIA DENTAL**

Nombre del Dentista:	Ubicación:	
Chequeo de frecuencia:	Última visita:	
¿El paciente ha tenido una ortodonticia previa consulta o tratamiento?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si asi, ¿cuándo?
¿Problemas del habla / terapia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cepillarse los dientes diaramente?
¿Rechina o aprieta los dientes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Los dientes con hilo dental?
¿Habitó bucal (dedo, los labios/morderse las uñas)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tratamientos de fluoruro?
¿Hasta que edad?	¿Lesiones en la cara, la mandibular, los dientes, o la boca?	
¿Respiración por la boca?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Incomodidad de los dientes o las encías?
¿Ronquidos durante el sueño?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Sensibilidad o dolor de ruido en cualquiera de los maxilares?
¿Pre medicación dental necesario?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Dolores de cabeza frecuentes?
¿Los dientes permanentes que faltan o extra?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Dolor de cuello / hombros?
¿Aprendivo acerca de los procedimientos dental?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Frecuentes dolores de garganta?
¿Mastica goma de mascar con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Dificultad para masticar / comer la comida?
¿Dientes sensibles al frio / caliente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Los dientes latido / dolor?
¿Cancro frecuentes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Le preocuparía al paciente usar frenos?
¿Los padres biológicos tenían un tratamiento de ortodoncia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si alguna de las preguntas dentales tienen una respuesta "si", explique por favor:		

**HISTORIAL MEDICO**

Nombre del Medico:	Ubicación:	
Lista de las enfermedades graves o problemas médicos:		
¿El paciente ha tomado alguna vez medicamentos con bisofosfonatos (Fosamax, Boniva, Actonel)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Lista de cualquier alergia (incluido el latex, metals, vinilo, drogas):		
Lista de medicamentos bajo receta de prescripción y no que se están tomando:		
Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	VIH <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Neumonía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Infecciones del oído <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas emocionales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sangrado Prolongado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de la tiroides <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Trastornos Óseos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mareos desmayos hechizos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Mononucleosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Resfriados frecuentes o la gripe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Adenoides <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Retraso Mental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dificultades de aprendizaje <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Amígdalas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Autismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	ADD / ADHD <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Arthritis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Discapacidades físicas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de crecimiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Embarazada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de vencimiento:	
Si alguna de las preguntas medicas mas arriba se han contestado "si", explique por favor:		

**PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS**

Escuela:	Grado:
Nombre y fechas de nacimiento de hermanos/hermanas:	
¿Ha comenzado la pubertad el paciente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si el paciente es una niña, ¿tiene la menstruación comenzada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si el paciente es una niño, ¿su voz ha cambiado o tiene el vello facial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Ha crecido el paciente en el ultimo año o que tenga su número de zapato cambiado recientemente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
El paciente de la cara se parece más a: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Ninguno	

**INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO DE ORTODONCIA**

**Doy permiso para que las siguientes personas para recibir información respect a mí / mi tratamiento del niño.**  
Nombre y Relación: \_\_\_\_\_

Firma del padre / guardián \_\_\_\_\_

Fecho \_\_\_\_\_

**NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN FINANCIERA			
¿Quién es financieramente responsable por esta cuenta?		Relación:	
Dirección de casa:			
Dirección de envivo:			
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:	
Dirección de correo electrónico:			
Empleador:	Ocupación:	# de años allí:	
Cónyuge:	Empleador:	Ocupación:	# de años allí:

**Doy permiso para que las siguientes personas a recibir información financier sobre el tratamiento de mí / mi hijo.**

Nombre y relación con el paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre / guardián \_\_\_\_\_  
 Fecho

PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS	
¿Padre guardián igual que arriba?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<i>Si no, por favor provea lasiguiente información:</i>	
Padre / guardian con custodia:	
Dirección de casa:	
Dirección de envivo:	
Teléfono de casa:	Teléfono celular: <span style="float: right;">Teléfono de trabajo:</span>
Dirección de correo electrónico:	

INFORMACIÓN DE LA RELACIÓN				
	PADRE	MADRE	PADRASTO	MADRASTRA
<b>Nombre</b>				
<b>Dirección</b>				
<b>Teléfono particular</b>				
<b>Teléfono celular</b>				
<b>Ocupación</b>				
<b>Empleador</b>				
<b>Teléfono de trabajo</b>				

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Algunas aseguradoras dental proporcionan beneficios ortodónticos. Cada plan tiene un alcance diferente de cobertura y de pago nuestra oficina se complace en ayudarle a averiguar cuál es su beneficio Estimado y reclamaciones en su nombre. **Sin embargo, el padre del paciente es el único responsable de la tarifa de tratamiento total citada.** Si el seguro no paga el total del beneficio esperado, la cantidad no pagado sigue siendo su obligación. **Una póliza de seguro es un contrato entre usted (su empleador y la compañía de seguros) nuestros servicios no pueden ser supeditados a los pagos de la compañía de seguros, sino que depende de usted para asegurarse de que su compañía de seguros paga a tiempo y que la cobertura de seguro existe. La cobertura cambia o termina durante el tratamiento, es su responsabilidad de comunicar esta información a nuestra oficina.**

Los beneficios típicos de seguro de ortodoncia cubrirán un porcentaje de la tarifa hasta una cantidad máxima de por vida (de 50% cobertura hasta una cantidad máxima de por vida de \$1500).

La mayoría de las pólizas de seguro pagará un anticipo para la colocación inicial de la ortodoncia y luego se extenderá el resto del beneficio durante el período de tratamiento por lo tanto, **su seguro debe permanecer en activé durante todo el período de tratamiento con el fin de de que recibe su beneficio completo.**

Si cambia o pierde su cobertura, no necesariamente recibirá su beneficio completo, adquirirá un nuevo seguro de ortodoncia durante el proceso de tratamiento, le facturaremos esta cobertura. La mayoría de las veces estas coberturas prorratearán su beneficio, desestimando el tiempo y gastado en el tratamiento de ortodoncia. Cuando existe una pólizas que rechaza cualquier tratamiento que comenzó antes de que la póliza estuviera activada, no hay ningún beneficio. En una rara ocasión puede ser una pólizas que pagará todos los beneficios a pesar de que el tratamiento ya estaba en curso.

El tratamiento ortodóntico se factura de manera muy diferente a la odontología general. Cuando facturamos su seguro de ortodoncia debemos dar una descripción completa del tratamiento, la tarifa completa y un escenario para pagar de esto no se correlaciona con cómo usted ha pagado su porción de la cuenta. Nuestra oficina le cobrara as su aseguransa de ortodoncia en el siguiente escenario : 1/3 de la cuenta como colocación inicial de las bandas y el saldo de la cuenta durante el período de tiempo esperado, la facturación mensual, trimestral o semestral según dicta su póliza, sabemos con antelación que su póliza sólo considerará el 20% o el 25% de la cuenta como colocación inicial, ajustaremos nuestra facturación para que caiga dentro de los parámetros de su póliza. Nuestra experiencia ha demostrado que la mayoría de las compañías de seguros sólo considerará 1/3 o menos de la cuenta como colocación inicial para la ortodoncia.

En el caso de que su cobertura de seguro cambie o termina durante el tratamiento y usted tiene un saldo restante. Trabajaremos con usted para encontrar un plan de pago mutuamente satisfactorio para cumplir con su obligación financiera con el Dr. Johnson.

El seguro odontológico es un beneficio comprado por usted/para ayudar a cubrir sus tarifas de tratamiento. Nosotros no seramos responsable de qué tipo a comprado. Como cortesía, completaremos y resentaremos un reclamo por parte de usted; es responsable por toda la tarifa del tratamiento. **Si la información que suministra es incompleta o inexacta usted sera responsable por el pago completo a nuestra oficia y llenar un reclamacion con la compania de la aseguransa.**

PRIMARIO POLÍTICA	
¿Si tiene cobertura dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Odontológico cobertura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del Suscriptor:	Relación con el Paciente:
Suscriptor Fecha del Nacimiento:	Suscriptor número de Seguro Social:
Número de la poliza:	Suscription número de grupo:
Empleador / Compañía:	
Compañía de Seguro:	
Dirección de Seguro:	
Teléfono del Seguro:	Fecha Seguro se hizo Efectivo:

SECUNDARIA POLÍTICA	
¿Si tiene cobertura dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Odontológico cobertura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del Suscriptor:	Relación con el Paciente:
Suscriptor Fecha del Nacimiento:	Suscriptor número de Seguro Social:
Número de la poliza:	Suscription número de grupo:
Empleador / Compañía:	
Compañía de Seguro:	
Dirección de Seguro:	
Teléfono del Seguro:	Fecha Seguro se hizo Efectivo:

***Entiendo la declaración de información sobre seguros arriba y por la presente autorizo la liberación de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento prestado, a la compañía de seguros o médico, compañías. Esta liberación es únicamente con el propósito de facilitar la facturación y el reembolso directamente al de beneficios al cual estoy de otra manera derecho.***

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. **CONSENTIMIENTO DEL MENOR / NIÑO:** Yo soy el padre, guardian o representante personal de \_\_\_\_\_ y no hay órdenes judiciales actualmente en vigor que me autorizo al personal de ortodoncia necesarios para llevar a cabo los servicios de ortodoncia para el niño nombrado arriba, incluyendo pero no limitado a, los rayos X que se consideran aconsejables por el Doctor, si yo estoy presente cuando el tratamiento sea dado.  
*(Iniciales aquí)* \_\_\_\_\_ *(imprimir el nombre del menor)*
  
2. Entiendo que algunas citas se llevara a cabo durante el tiempo de la escuela / trabajo.  
*(Iniciales aquí)* \_\_\_\_\_
  
3. **PACIENTES DE STAYTON / SILVERTON:** Yo entiendo que, durante todo el tratamiento, algunos Procedimientos y citas debe hacerse en la oficina de Salem.  
*(Iniciales aquí)* \_\_\_\_\_
  
4. **HIPPA:** Yo, \_\_\_\_\_ recibiré una copia de Aviso Sobre las Prácticas de Privacidad de esta oficina a pedido.  
*(Iniciales aquí)* \_\_\_\_\_ *(imprimir nombre)*
  
5. Doy mi consentimiento a la solicitud de compartir la información de los proveedores dentales / Medicas. Yo autorizo al medico y su personal para solicitar la información pertinente de los proveedores de salud en mi nombre, a los efectos de mí / tratamiento de ortodoncia de mi hijo.  
*(Iniciales aquí)* \_\_\_\_\_
  
6. Doy mi consentimiento para el uso de mis registros de ortodoncia para los propósitos educativos y que mis fotos se pueden mostrar en las paredes de la oficina.  
*(Iniciales aquí)* \_\_\_\_\_
  
7. Consiento que mi hijo y yo podamos ser fotografiados o grabados en video para uso interno, tales Como fines de entrenamiento.  
*(Iniciales aquí)* \_\_\_\_\_
  
8. Me subvención Dr. Johnson permiso para usar mí / mi hijo menor de edad (nombres anteriores) fotografía de la página web y / o en la página de Facebook de su práctica de ortodoncia. Entiendo que solo los nombres se pueden utilizar en combinación con la fotografía. Yo reconozco el derecho del Dr. Johnson para recortar o mostrar lo contrario, la fotografía en su discreción. También entiendo que una vez que la imagen está publicado en el sitio web del Dr. Johnson o página de Facebook, que Puede ser descargado por cualquier otro uso de la computadora, que está más allá del control del Dr. Johnson. Yo le espera y cualquiera de sus oficinas filiales indemnes de cualquier uso o descarga.  
*(Iniciales aquí)* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha