Bunn ORTHODONTIC GROUP

OT#: _____

Forma de registro e historia Clinica/Dental

La siguiente información es requerida para diagnosticar y corregir adecuadamente los problemas de sus dientes y mordida. Toda la información es estrictamente confidencial y aunque algunas preguntas pueden parecer no importantes, pueden ser vital en caso de una emergencia.
Nuestro personal con mucho gusto le puede asistir en resolver cualquier duda que tenga.

REFERIDO POR: _____ **FECHA DE HOY:** _____

INFORMACION DEL PACIENTE:
Nombre del paciente: _____
Apodo: _____ Nss: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Hombre: ____ Mujer: ____
Dirección de casa: _____Cuidad_____Zip:_____
Teléfono de casa: (____) _____ El paciente vive con:_____
Correo electronico: _____
Intereses/ hobbies: _____

INFORMACION DE LA FAMILIA:
Nombre de la madre: _____ Ocupación: _____
Teléfono de casa_____ Teléfono del trabajo: _____Teléfono celular: _____
Dirección (si difiere a la anterior):_____
Nombre del padre: _____ Ocupación: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____
Dirección (si difiere de la anterior):_____
Nombre y edad de los menores de edad en la familia: _____

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA:
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Dirección de cobro: _____
Dirección anterior: _____
Empleador: _____ Teléfono: _____
Nss: _____ No. De licencia de maneja: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____
En caso de emergencia llamar a: Nombre: _____Relación con el paciente: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____Teléfono celular: _____

HISTORIAL MEDICO:
Nombre del médico: _____Ultima visita: _____ No. De teléfono: _____
Dirección: _____
Condición medica actual: Excelente: ____ Buena: ____ Regular: ____ Mala: ____
¿El paciente actualmente se encuentra bajo tratamiento médico? Si es si explique: _____
_____
Toma algún medicamento? Si/No (y nombre): _____
Tiene alguna alergias? Si/No: _____

¿Tiene la paciente alguna de estas enfermedades?

S☐ N☐ Sangrado anormal	S☐ N☐ Artritis	S☐ N☐ Enfermedad cardiaca
S☐ N☐ Diabetes	S☐ N☐ Epilepsia/convulsiones	S☐N☐ dolores de cabeza severos
S☐ N☐ Presión alta/baja	S☐ N☐ Problemas renales	S☐ N☐ Cáncer/Quimioterapia
S☐ N☐ Anemia	S☐ N☐ Asma	S☐ N☐ Soplo en el corazón
S☐ N☐ Dificultad al respirar	S☐ N☐ Aftas por fiebre/Herpes	S☐ N☐ Sinusitis
S☐ N☐ VIH / SIDA	S☐ N☐ Problemas emocionales	S☐ N☐ Problemas cardiacos congénitos
S☐ N☐ Válvulas/articulaciones artificiales	S☐ N☐ Defectos congénitos	S☐ N☐ Hepatitis
S☐ N☐ Abuso de alcohol/ drogas	S☐ N☐ Glaucoma	S☐ N☐ Tuberculosis
S☐ N☐ Hospitalización/cirugía	S☐ N☐Fiebrereumática/escarlatina	S☐ N☐ Transfusiones sanguíneas

Por favor liste enfermedades serias que padezca o haya padecido:_____
¿A tomado el paciente Fosamax, Actonel, Bonivia, o algún otro bisphosphonate? _____
¿El paciente fuma tabaco de alguna manera? _____
¿A tomado el paciente alguna vez PhenPhen? _____
¿Está tomando el paciente hormonas de crecimiento? _____
¿Pacientes femeninos: he llegado el paciente a su menstruación/pubertad? S☐/N☐
¿Esta la paciente embarazada? S☐/N☐ ¿Si es si cuantas semanas? _____

HISTORIA CLINICA/ DENTAL:
Nombre del dentista: _____ Ultima visita: _____ Teléfono:_____
Dirección:_____
Estado dental actual: Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Pobre ☐
¿Ha tenido el paciente algún problema asociado con algún trabajo dental previo? S☐ N☐
¿Ha sido evaluado previamente para tratamiento de ortodoncia? S☐ N☐

Hábitos:

S☐ N☐	Bruxismo	S☐ N☐	Chuparse el dedo	S☐ N☐	hábitos de lengua
S☐ N☐	Respiración bucal	S☐ N☐	Morderse las uñas	S☐ N☐	problemas al hablar

Ha tenido el paciente alguna vez:
S☐ N☐ Dolor o malestar en la articulación mandibular, si es si porque: _____
S☐ N☐ ¿Trismos? Abierto _____ cerrado _____ ¿Asociado con dolor? S☐ N☐
S☐ N☐ ¿Chasquidos? Derecha ____ izquierda ____ al abrir ____ ¿Asociado con dolor? S☐ N☐
S☐ N☐ ¿Dolores de cabeza frecuentes? Al caminar ____ durante el día ____ lugar del dolor _____
¿Ha sufrido el paciente alguna lesión en?: La cara:____ Boca:____ Dientes:____ Mentón:_____
¿Porque busca tratamiento de ortodoncia? _____
¿Que resultado busca en el tratamiento ortodontico? _____

Certifico que todas las respuestas pertinentes a_____ son ciertas.
(Nombre del paciente)
Yo autorizo a Bunn Orthodontic Group y su equipo clínico de tomar cualquier, radiografía, fotografías y/o modelos de estudio para completar el diagnostico y plan de tratamiento.

_____ _____ _____
Firma del padre/Madre/Paciente **Relación** **Fecha**

Si esta oficina acepta seguro, entiendo que soy responsable por cualquier cobro que el seguro no cubra.

_____ _____
Firma Fecha

`

Nuestra oficina cumple con las normas de HIPPA y excederá los estándares de control de infecciones comandadas por OSHA, CDC, ADA.

PARA USO DE OFICINA

VISITA INICIAL: FECHA: _____

Comentarios de Dr.: _____

_____

P.S.: _____ Pulso: _____ Ultimo Examen Dental: _____

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente/Tutor)

Firma: _____ Fecha: _____
(Firma Dr.)

ACTUALIZACIONES O CAMBIOS A HISTORIAL MEDICO

Fecha/Comentarios:

_____

_____

P.S. _____ Pulso: _____ Ultimo Examen Dental: _____

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente/Tutor)

Firma: _____ Fecha: _____
(Firma Dr.)

ACTUALIZACIONES O CAMBIOS A HISTORIAL MEDICO

Fecha/Comentarios:

_____

_____

P.S. _____ Pulso: _____ Ultimo Examen Dental: _____

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente/Tutor)

Firma: _____ Fecha: _____
(Firma Dr.)

ACTUALIZACIONES O CAMBIOS A HISTORIAL MEDICO

Fecha/Comentarios:

_____

_____

P.S. _____ Pulso: _____ Ultimo Examen Dental: _____

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente/Tutor)
Firma: _____ Fecha: _____
(Firma Dr.)

Informacion Del Paciente Actualizada

Nombre del paciente: _____
Dirección de casa: _____
Teléfono de casa: _____ Telefono celular:_____
Fecha: _____Correo electrónico: _____

Nombre del paciente: _____
Dirección de casa: _____
Teléfono de casa: _____ Telefono celular:_____
Fecha: _____Correo electrónico: _____

Nombre del paciente: _____
Dirección de casa: _____
Teléfono de casa: _____ Telefono celular:_____
Fecha: _____Correo electrónico: _____

Nombre del paciente: _____
Dirección de casa: _____
Teléfono de casa: _____ Telefono celular:_____
Fecha: _____Correo electrónico: _____

Nombre del paciente: _____
Dirección de casa: _____
Teléfono de casa: _____ Telefono celular:_____
Fecha: _____Correo electrónico: _____

BUNN ORTHODONTIC GROUP

AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD
Y
APPLICACION PARA SERVICIOS

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACION DE SALUD SOBRE USTED Y COMO PUEDE OBTENER USTED ACESO A ESTA INFORMACION. LEALO DETENIDAMENTE. CONSIDERAMOS IMPORTANTE LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACION DE SALUD.

NUESTRO DEBER LEGAL

Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud. Dichas leyes también nos exigen darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos referentes a su información de salud. Debemos respetar las practicas de privacidad que describimos en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigencia el 14 de abril de 2003, y continuara vigente hasta que lo cambiemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dicha ley aplicable permita los cambios. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso vigente con respecto a toda la información e salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos y recibimos antes de hacer los cambios. Antes de hacer ningún cambio considerable en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y el nuevo aviso estará disponible a pedido.

Puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para recibir copias adicionales de este aviso, pónganse en contacto con nosotros utilizando la información indicada al final de este aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACION DE SALUD

Utilizamos y divulgamos la información de salud acerca de usted para tratamiento, pago y operaciones de atención medica. Por ejemplo:
Tratamiento: Podemos utilizar su información de salud para tratamiento o divulgarla a un dentista, medico u otro especialista médico que le de tratamiento.

Pago: Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener pago por servicios prestados a usted. También podemos divulgar su información de salud a otro proveedor o entidad de atención médica que este sujeto a las reglas federales de privacidad en cuanto a sus pagos.

Operaciones de atención medica: Podemos usar y divulgar su información de salud para sus operaciones de atención medica. Las operaciones de atención médica incluyen evaluación de calidad y actividades de mejoría, evaluación de la competencia o las calificaciones de los profesionales de salud, evaluación de practicantes y desempeño de proveedores, programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades para obtener credenciales. Podemos divulgar su información de salud a otro proveedor u organización de atención médica que este sujeto a las reglas federales de privacidad y que tenga una relación con usted para apoyar algunas de sus operaciones de atención medica. Podemos divulgar su información para ayudar a estas organizaciones a realizar evaluaciones de calidad y actividades de mejorías, evaluar la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica, o a detectar o prevenir el fraude y abuso en lo que respecta a la salud.

Acerca de su autorización: Puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o para divulgar a cualquier para algún fin. Si no entrega una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectara ningún uso no divulgación que permita su autorización mientras esté vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo salvo los descritos en este aviso.

A su familia y amigos: Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en medida necesaria para ayudar con su atención medica i con el pago de su atención. Antes de divulgar su información de salud a estas personas, le daremos la oportunidad de objetar al uso o a la divulgación. Si no está presente, o en caso de que tenga una incapacidad o emergencia, divulgaremos su información de salud basándose en nuestro juicio profesional o en que la divulgación sea lo que más le convenga a usted. Podemos usar nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de lo que más le conviene al permitir a una persona recoger medicamentos recetados, suministros médicos, radiografías u otros artículos con información de salud. Podemos usar o divulgar información acerca de usted para notificar o asistir en la notificación de una persona que participe en su atención, de su ubicación y estado general.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas).

Recuperación de desastres: Podemos usar o divulgar su información de salud a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por sus estatutos a asistir en labores de recuperación de desastres.

Beneficio público: Podemos usar o divulgar su información médica según lo autorice la ley para los fines siguientes considerados de interés o beneficio público:

- según la exija la ley;
- para actividades de salud pública, incluidos informes de enfermedades u estadísticas vitales, informes de abuso infantil, supervisión de la FDA y a empleadores en lo que respecta a enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo;
- para informar abuso de un adulto, negligencia o maltrato domestico;
- a agencias supervisores de la salud;
- en respuesta a órdenes judiciales y administrativas y otros procesos legales
- a oficiales de policía en cuanto a citaciones judiciales y otros procesos legales, referentes a víctimas de delitos, muertes sospechosas, crimínese nuestro recinto, informar crímenes en emergencias, y para fines de identificar o localizar a un sospechoso u otra persona;
- a investigadores, médicos forenses y agentes funerarios;
- a organizaciones de consecución de órganos;
- para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad;
- en relación con ciertas actividades de investigación;
- a las fuerzas armadas y a funcionarios federales para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional;

- a instituciones correccionales en cuanto a reos; y
- según lo autoricen las leyes de compensación de trabajadores del estado.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene derecho a ver o a obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede pedirnos que le entreguemos copias en otros formatos, no solamente fotocopias. Usaremos el formato que pida a menos que no podamos hacerlo en forma práctica. Puede pedir por escrito obtener acceso a su información de salud. Puede pedir acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Si pide copias, le cobraremos un costo razonable que puede incluir mano de obra, costos de copias y franqueo. Si pide un formato alternativo, le cobraremos un costo por darle información de salud en ese formato. Si lo prefiere, podemos preparar, aunque no estamos obligados a hacerlo, un resumen o una explicación de su información de salud con un cargo. Póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final de este aviso para recibir más información sobre los cobros.

Divulgaciones efectuadas: Usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en que nosotros o nuestros empleados han divulgado su información de salud en los últimos 6 años (pero no antes del 14 de abril de 2003). Dicha lista no incluirá divulgaciones para pago de tratamientos, operaciones de atención médica; según lo autorice usted, y para ciertas otras actividades. Si solicita estos datos más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle un costo razonable por responder a estas solicitudes adicionales. Pónganse en contacto con nosotros usando la información indicada al final del aviso para recibir más información sobre los cobros.

Restricción: Usted tienen derecho a pedir que coloquemos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No se nos exige aceptar estas restricciones adicionales, pero si las aceptamos, respetaremos nuestro acuerdo (salvo en caso de emergencia). Todo acuerdo que aceptamos de restricciones adicionales debe estar por escrito y firmado por una persona autorizada para validar este acuerdo en nuestra representación. Su solicitud no es obligatoria a menos que nuestro acuerdo sea por escrito.

Otros tipos de comunicación: Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por otros medios o a otros lugares. Debe hacer su petición por escrito. Debe especificar en su petición los medios o la ubicación y dar una explicación satisfactoria en cuanto a cómo pagara por estos otros medios o la otra ubicación que pide.

Enmienda: Tiene derecho a pedir que enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar porque debemos enmendar la información. Podemos negar su petición bajo citas circunstancias.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas o tiene preguntas o inquietudes, pónganse en contacto con nosotros usando la información indicada al final de este aviso.

Si cree que:

- podemos haber violado sus derechos de privacidad,
- tomamos una decisión sobre el acceso a su información de salud incorrectamente,
- nuestra respuesta a una petición que hizo para enmendar o restringir el uso o la divulgación de su información de salud fue incorrecta, o
- debemos comunicarnos con usted por otros medios o en otros lugares,

puede dirigirse nosotros usando la información indicada más abajo. Puede presentar una queja por escrito al 1) Office of the Attorney General, 2) Texas State Board of Dental Examiners y/o 3) Bunn Orthodontic Group. Le daremos la dirección donde presentar su queja ante el 1 Office of the Attorney General, 2) Texas State Board of Dental Examiners y/o 3) Bunn Orthodontic Group si la solita.

Office of the Attorney General
P.O.Box 12307
Austin, TX 78711-2307
1-800-252-8011

Bunn Orthodontic Group
7230 Briar Pl
San Antonio, TX 78221
210-921-9191

Texas State Board of Dental Examiners
333 Guadalupe, Tower 3, Suite 800
Austin, TX 78701-3942
(512) 463-6400

OT #: _____

Bunn Orthodontic Group

ACUSO DE RECIBO DE NORMAS DE CONFIDECIALIDAD

** Usted puede rehusarse a firmar este consentimiento **

Al firmar este formulario, usted acusa el recibo del "Informe de Normas de Confidencialidad" de Bunn Orthodontic Group. Nuestro "Informe de Normas de Confidencialidad" ofrece información acerca del modo en que podemos utilizar y divulgar su información médica protegida. Le recomendamos que lo lea por completo.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro "Informe de Normas de Confidencialidad," puede comunicarse con nuestra oficina.

Acuso el recibo del "Informe de Normas de Confidencialidad" de Bunn Orthodontic Group.

Nombre del Paciente: _____

Letra en Molde: _____
(Responsable Legal)

Firma: _____
(Responsable Legal)

Fecha: _____ Hora: _____ am/pm

PARA USO DE LA OFICINA

La intención de obtener el consentimiento escrito de nuestros Normas de Confidencialidad no se pudo obtener debido a:

☐ Individuo se rehúsa a firmar

☐ Otro (Especifique): _____

_____

Testigo: _____ Fecha: _____

OT #: _____

Bunn Orthodontic Group

Políticas de la Oficina

Gracias por escoger **Bunn Orthodontic Group** para su cuidado ortodontico. Haremos todo lo posible para que todas sus visitas sean placenteras. Nuestra oficina y procedimientos están diseñados para facilitarte a usted y al paciente su visita. Nuestro personal hará todo lo posible para que su tiempo aquí sea confortable.

Políticas de la Oficina:

- Comidas o bebidas no están permitidas en la oficina.
- Por favor no deje niños pequeños (bebes, niños en carriolas) sin atención.
- Padres/Guardián legal deben permanecer en el edificio mientras el paciente es tratado, esto en caso que necesitemos discutir el progreso del tratamiento del paciente. (Si el paciente se encuentra solo(a) no será tratado.)
- El teléfono de la oficina es solo para EMERGENCIAS.
- Para el uso del baño, por favor presentar una identificación para facilitar la llave.
- Cuando se trabaje en el/la paciente, solo el/ella esta permitido estar en el área clínica.
- Para poder mantener nuestro horario al dia y ser respetuosos con todo los demas pacientes, se requiere 24 a 48 horas de antelacion para cancelar o cambiar una cita. Si no avisa con suficiente tiempo se la cobrara $25.00.
- Si usted acude más de **15** minutos tarde a su cita, se le pedirá re-agendar su cita.
- Si usted escoje nuestro Plan de Pago, se requiere una tarjeta de credito en archivo. Mantendremos su tarjeta de credito en archivo y solamente cobraremos a su tarjeta si su pago mensual no ha sido recibido o si usted ha autorizado pagos automaticos menualmente a su tarjeta.

_____
INICIALES

Si usted tiene alguna pregunta, siéntase libre de hacérselo saber a cualquier persona en la recepción, con gusto lo llevaran al área clínica para hablar con el Doctor y/o asistente y aclarar cualquier duda o preocupación que usted pueda tener.

He leído y entendido las políticas de la oficina de **Bunn Orthodontic Group**.

Nombre del Paciente: _____

Firma de Padre/Madre: _____ Fecha: _____

7230 Briar Place, San Antonio, Texas 78221 Phone: (210) 921-9191 Fax (210) 921-2408

Bunn
ORTHODONTIC GROUP

NEGACIÓN DENTAL

El grupo ortodóntico de Bunn es un grupo de doctores de la especialidad en la ortodoncia. Las radiografías admitidas esta oficina son diagnosticar para el tratamiento ortodóntico. Estas radiografías no se utilizan específicamente para la diagnosis de cavidades. Cuando los pacientes comienzan el tratamiento ortodóntico, asumimos que han tenido un examen y una limpieza y hemos terminado cualquier trabajo dental necesario. Se esperará que a los pacientes vean a su dentista general cada seis meses para un examen y una limpieza durante el tratamiento ortodóntico.

Lanzo por este medio al grupo ortodóntico de Bunn de cualquier responsabilidad si las cavidades detectadas durante el tratamiento.

_____	_____	_____
Padre/partido responsable	Dia	Testigo

7230 Briar Place, San Antonio, Texas 78221 Phone: (210) 921-9191 Fax (210) 921-2408