



RODEO DENTAL & ORTHODONTICS

Formulario para Pacientes Nuevos

Por favor complete este formulario y tráigalo a su cita.

Los campos marcados con * son obligatorios.

¿Esta llenando este formulario para usted mismo o para su niño/nina? *

☐ Para mi

☐ Niño/Nina

Como te llamas?

Solo si "¿Esta llenando este formulario para usted..." es Para mi

Primer Nombre *

Solo si "¿Esta llenando este formulario para usted..." es Para mi

Apellido *

Solo si "¿Esta llenando este formulario para usted..." es Para mi

¿Cual es tu relación con el paciente? *

Información del paciente

Primer Nombre *

Nombre Preferido (si es diferente)

Apellido *

Fecha de Nacimiento *

MM / DD / YYYY

Género *

☐ Masculino

☐ Hembra

☐ Rechazar

Numero de seguridad social

Estado Civil *

☐ Soltero/a

☐ Casado/a

☐ Divorciado/a

☐ Viudo/a

☐ Separado/a

Foto del Paciente

Por favor tráigalo con usted — no se puede adjuntar a un formulario impreso.

Como supiste de nosotros? *

Solo si "patient age" es 10

¿Estás interesado en aparatos ortopédicos o alineadores transparentes? *

☐ Yes

☐ No

Información de contacto *

Dirección

Apto. / Unidad

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono de casa

Teléfono movil *

() -

Email *

() -

¿Tienes un contacto de emergencia? *

☐ Sí

☐ No

Solo si "¿Tienes un contacto de emergencia?" es Sí

Nombre de contacto de emergencia *

Solo si "¿Tienes un contacto de emergencia?" es Sí

Teléfono de contacto de emergencia *

() - _____

Historial Médico

Alguna de las siguientes condiciones se aplica a usted? Necesitamos esta informacion para asegurarnos de mantenerlo sano y salvo. *

Escriba abajo

☐ Ninguno

¿Actualmente estás tomando algún medicamento o suplemento? *

☐ Sí

☐ No

Solo si "¿Actualmente estás tomando algún medicame..." es Sí

Medicamentos *

Escriba abajo

☐ Ninguno

Tiene alguna alergia de la que sea consciente? (por ejemplo, alergias a medicamentos o al latex) *

☐ Sí

☐ No

Solo si "Tiene alguna alergia de la que sea consci..." es Sí

Alergias *

Escriba abajo

☐ Ninguno

¿Esta embarazada o cree que puede estarlo? *

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

Solo si "patient age" es 14

¿Usa alguna droga recreativa?

☐ Sí

☐ No

Solo si "patient age" es 14

¿Fuma?

☐ Sí

☐ No

Solo si "¿Fuma?" es Sí

¿Cuanto por dia fumas?

¿Tiene un médico de atención primaria?

☐ Sí

☐ No

Solo si "¿Tiene un médico de atención primaria?" es Sí

Nombre del médico *

Solo si "¿Tiene un médico de atención primaria?" es Sí

Numero de telefono del médico *

() - _____

¿Cual es tu farmacia preferida? *

¿Comentarios o información adicional sobre su historial médico?

I certify that the information provided is accurate to the best of my knowledge.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Historia dental

¿Porque esta cambiano su dentista? *

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Cambio de residencia | ☐ Cambio de seguro | ☐ Tu oficina esta mas cerca |
| ☐ Mi ultimo dentista retirada o cerrada | ☐ Soy infeliz | ☐ Fue demasiado caro |
| ☐ Fuieste recomendado | ☐ No tengo un dentista anterior | ☐ Otro |

Solo si "¿Porque esta cambiano su dentista?" es Otro

Por favor explique *

Motivo de su cita hoy? Elija tantos como aplique. *

- | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------------|
| ☐ Examen | ☐ Limpieza dental | ☐ Dolor |
| ☐ Cosmetico | ☐ Segunda Opinion o Consulta | ☐ Otro |

Solo si "Motivo de su cita hoy? Elija tantos como ..." es Otro

Por favor explique *

Cualquier información adicional que le gustaria proporcionar relacionada con su cita

¿Alguna vez ha tenido una mala experiencia en el dentista? *

- ☐ Sí ☐ No

Solo si "¿Alguna vez ha tenido una mala experienci..." es Sí

¿Puedes contarnos tu experiencia?

¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fue al dentista?

- | | | | |
|-----------------------------------|--|---|---------------------------------|
| ☐ Un mes | ☐ Tres meses | ☐ Seis meses | ☐ Un ano |
| ☐ Dos anos | ☐ Tres o mas anos | ☐ Nunca he ido el dentista | |

¿Alguna vez ha tenido una mala reacción a la anestesia dental? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido alguna complicacion despues de un trabajo dental en el pasado? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Son tus dientes sensibles al calor o al frío? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Te sangran las encías cuando te cepillas o usas hilo dental?

☐ Sí ☐ No

¿Es consciente de alguna ulcera o area irritada de su boca? *

☐ Sí ☐ No

Solo si "patient age" es 14

¿Te rechinas tus dientes? *

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Solo si "patient age" es 18

¿Alguna vez le han diagnosticado enfermedad periodontal (enfermedad de las encías)? *

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Solo si "¿Alguna vez le han diagnosticado enfermed..." es Sí

¿Alguna vez le trataron por una enfermedad periodontal? Por ejemplo, limpiezas profundas (descamacion y alisado radicular) o cirugia de encías *

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿Cuan a menudo te cepillas los dientes?

☐ Nunca ☐ De vez un cuando
☐ Una vez al dia ☐ Dos veces al dia
☐ Cada vez que como

¿Con que frecuencia usa el hilo dental?

☐ Nunca ☐ De vez en cuando
☐ Una vez al dia ☐ Dos veces al dia
☐ Cada vez que como

¿Te gusta tu sonrisa?

☐ Sí ☐ No

Solo si "¿Te gusta tu sonrisa?" es No

¿Mencionaste que no te gusta tu sonrisa. Hay algo en particular que te gustaria cambiar?

☐ La posicion o alineacion de mis dientes ☐ El color de mis dientes ☐ Huecos en mis dientes
☐ La forma de mis dientes ☐ Sonrisa gomosa ☐ Otro

Solo si "¿Mencionaste que no te gusta tu sonrisa. ..." es Otro

Por favor explique

¿Hay algo de lo que te gustaria saber mas?

☐ Blanqueamiento dental ☐ reemplazo de dientes perdidos ☐ Enderezamiento de los dientes
☐ Rellenos blancos ☐ Cuidados en el hogar ☐ Correccion de sonrisa gomosa
☐ Control del aliento ☐ Otro

Solo si "¿Hay algo de lo que te gustaria saber mas?" es Otro

Por favor explique

¿El dentista te pone ansioso o nervioso?

☐ Sí, muchísimo ☐ Sí, moderadamente ☐ Sí, un poco ☐ No

Queremos que tu experiencia sea excepcional. ¿Hay algo mas de lo que deberiamos tener conocimiento?

¿Tienes seguro dental? *

☐ Sí ☐ No

Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí

¿Puede proporcionar una foto de su tarjeta de seguro?

Por favor tráigalo con usted — no se puede adjuntar a un formulario impreso.

Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí

¿En su seguro dental, el paciente es el suscriptor? *

☐ Sí ☐ No

Solo si "¿En su seguro dental, el paciente es el s..." es No

El nombre del subscriber *

Solo si "¿En su seguro dental, el paciente es el s..." es No

El SSN del suscriptor *

Solo si "¿En su seguro dental, el paciente es el s..." es No

Fecha de nacimiento del suscriptor *

MM / DD / YYYY

Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí

Nombre de la compañía de seguros *

Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí

ID del suscriptor *

Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí

Empleador

Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí

Numero de grupo

Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí

Tiene una póliza de seguro dental secundaria? *

☐ Sí ☐ No

Solo si "Tiene una póliza de seguro dental secunda..." es Sí; Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí

¿El paciente es el suscriptor? *

☐ Sí ☐ No

Solo si "¿El paciente es el suscriptor?" es No; Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí; Solo si "Tiene una póliza de seguro dental secunda..." es Sí

Nombre del suscriptor del seguro secundario *

Solo si "¿El paciente es el suscriptor?" es No; Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí; Solo si "Tiene una póliza de seguro dental secunda..." es Sí

El SSN del suscriptor del seguro secundario *

Solo si "¿El paciente es el suscriptor?" es No; Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí; Solo si "Tiene una póliza de seguro dental secunda..." es Sí

Fecha de nacimiento del suscriptor del seguro secundario *

MM / DD / YYYY

Solo si "Tiene una póliza de seguro dental secunda..." es Sí; Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí

Nombre de la compañía de seguros secundaria *

Solo si "Tiene una póliza de seguro dental secunda..." es Sí; Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí

ID de suscriptor de seguro secundario *

Solo si "Tiene una póliza de seguro dental secunda..." es Sí; Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí

Empleador

Solo si "Tiene una póliza de seguro dental secunda..." es Sí; Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí

Numero de grupo de seguro secundario

Solo si "¿Tienes seguro dental?" es Sí

I understand that I am financially responsible for any charges not covered by my benefits. It is my responsibility to notify the office of any changes to my benefits. In some cases, exact insurance benefits cannot be determined until the insurance company receives the claim. I am responsible for the entire bill or balance of the bill if the submitted claims or any part of them are denied for payment. I understand that by signing this form I am accepting financial responsibility as explained above for all payment for products and services received. I authorize this office to submit insurance claims on my behalf and to release information necessary to my insurance company for the processing of those claims. I assign all dental benefits for services rendered and authorize and direct my insurance carrier(s) to issue payment directly to you. I certify that the information I have provided is accurate to the best of my knowledge.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Política de oficina**Cancelaciones y citas perdidas**

La hora de su cita está reservada específicamente para usted y sólo para usted. Debido a esto, las citas perdidas o cancelaciones tardías son extremadamente perjudiciales para nuestro día. Como resultado, solicitamos al menos 48 horas de anticipación si usted no será capaz de hacer su cita. Las repetidas citas perdidas o cancelaciones tardías pueden resultar en honorarios o despido como paciente.

Pago

El pago completo para su tratamiento se debe a más tardar cuando se prestan los servicios. Las formas de pago aceptables incluyen efectivo, Visa, Master Card, American Express, Discover y beneficios de seguro asignados. En el caso de que haya una escasez debido al pago insuficiente del seguro, es nuestra política cobrar cargos por financiamiento al 1,5% por saldos de pacientes pendientes después de que el saldo haya estado pendiente por más de 30 días después de que se le haya notificado un saldo adeudado. Los pagos devueltos debido a fondos no suficientes estarán sujetos a una tarifa NSF de \$25,00.

```
#policyData-frmb-1767974872436-fld-102,
#policyData-frmb-1767974872436-fld-102 ul,
#policyData-frmb-1767974872436-fld-102 li,
#policyData-frmb-1767974872436-fld-102 p {
background-color: #ededed !important;
}
```

Firma del paciente o tutor

Fecha

Acuse de recibo de aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) requiere que todos los registros de atención médica y otra información de salud individualmente identificable (información de salud protegida) se usen o divulguen de cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel o verbalmente, se mantenga confidencial. Esta ley federal le otorga a usted, el paciente, nuevos derechos significativos para comprender y controlar cómo se utiliza su información de salud. HIPAA establece sanciones para las entidades cubiertas que hacen mal uso de la información de salud personal. Como lo requiere HIPAA, hemos preparado esta explicación de cómo debemos mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos usar y divulgar su información de salud.

Sin una autorización específica por escrito, se nos permite usar y divulgar sus registros de atención médica para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tratamiento significa proporcionar, coordinar o administrar la atención médica y los servicios relacionados por parte de uno o más proveedores de atención médica. Los ejemplos de tratamiento incluirían coronas, empastes, servicios de limpieza de dientes, etc. Pago significa actividades tales como obtener un reembolso por servicios, confirmar la cobertura, facturación o actividades de cobro y revisión de utilización. Un ejemplo de esto sería facturar a su plan dental por sus servicios dentales. Las operaciones de atención médica incluyen los aspectos comerciales de la ejecución de nuestra práctica, como la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente. Un ejemplo incluiría una evaluación periódica de nuestros protocolos de documentación, etc. Además, su información confidencial se puede usar para recordarle una cita (por teléfono, mensaje de texto, correo electrónico o correo postal) o para brindarle información sobre opciones de tratamiento u otros servicios relacionados con la salud, incluida la divulgación de información a amigos y familiares que están directamente involucrado en su cuidado o que lo asistan en su cuidado. Usaremos y divulgaremos su protección cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Podemos divulgar su información de salud protegida a las autoridades de salud pública que están autorizadas por ley para recopilar información, a una agencia de supervisión de salud para las actividades autorizadas por la ley, entre otras: respuesta a una orden judicial o administrativa, si usted está involucrado en una demanda o procedimiento similar, respuesta a una solicitud de descubrimiento, citación u otro proceso legal por parte de la parte involucrada en la disputa, pero solo si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud u obtener una orden que proteja la información que la parte tiene pedido.

Revelaremos su información médica protegida si lo solicita un oficial de la ley por cualquier circunstancia requerida por la ley. Podemos divulgar su información médica protegida a un médico forense o forense para identificar a una persona fallecida o para identificar la causa de la muerte. Si es necesario, también podemos divulgar información para que los directores de funerarias puedan realizar su trabajo. Es posible que divulguemos información médica protegida a organizaciones que manejan la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, incluidos los bancos de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos si usted es un donante de órganos. Podemos usar y divulgar su información médica protegida cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público. En estas circunstancias, solo haremos revelaciones a una persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

Podemos divulgar su información médica protegida si usted es miembro de las fuerzas militares estadounidenses o extranjeras (incluidos los veteranos) y si así lo exigen las autoridades correspondientes. Podemos divulgar su información médica protegida a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley.

Podemos divulgar su información médica protegida a instituciones correccionales o funcionarios de la ley HIPAA si usted es un recluso o se encuentra bajo la custodia de un oficial de la ley. La divulgación para estos fines sería necesaria: (a) para que la institución le brinde servicios de atención médica, (b) para la seguridad de la institución y / o (c) para proteger su salud y seguridad o la salud y Seguridad de otras personas o del público.

Podemos divulgar su información médica protegida para la compensación de trabajadores y programas similares.

Cualquier otro uso y divulgación se hará solo con su autorización por escrito. Puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a cumplir y cumplir con esa solicitud por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas que se basan en su autorización.

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud protegida, que puede ejercer presentando una solicitud por escrito:

El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información médica protegida, incluidas las relacionadas con divulgaciones a familiares, otros familiares, amigos personales cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si aceptamos una restricción, debemos cumplirla a menos que usted acepte por escrito eliminarla.

El derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida de nuestra parte por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. El derecho a acceder, inspeccionar y copiar su información médica protegida. El derecho a solicitar una enmienda a su información médica protegida. El derecho a recibir un informe de divulgaciones de información médica protegida fuera del tratamiento, pago y operaciones de atención médica. El derecho a obtener una copia en papel de este aviso de parte nuestra a petición. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica protegida y que le notifiquemos nuestros deberes legales y prácticas de privacidad.

Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en vigencia. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de prácticas de privacidad y de hacer efectivas las nuevas disposiciones de aviso para toda la información médica protegida que mantenemos. Las revisiones de nuestro Aviso de prácticas de privacidad se publicarán en la fecha de entrada en vigencia y usted puede solicitar una copia por escrito del Aviso revisado en esta oficina. Tiene derecho a presentar una queja formal por escrito con nosotros en la dirección que figura a continuación, o en el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, en el caso de que sienta que se han violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para obtener más información sobre HIPAA o para presentar una queja:

The U.S. Department of Health & Human Services

Office of Civil Rights

200 Independence Avenue, S.W.

Washington, D.C. 20201

877-696-6775 (tollfree)

#policyData-frmb-1767974872436-fld-105,

#policyData-frmb-1767974872436-fld-105 ul,

#policyData-frmb-1767974872436-fld-105 li,

#policyData-frmb-1767974872436-fld-105 p {

background-color: #ededed !important;

}

Firma del paciente o tutor

Fecha

Consentimiento informado general

Los exámenes y radiografías

Entiendo que la visita inicial puede requerir radiografías con el fin de completar el examen, diagnóstico, y el plan de tratamiento.

Medicamentos, medicamentos y sedación

Entiendo que los antibióticos, analgésicos, y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas como enrojecimiento, hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos, y/o shock anafiláctico (reacción alérgica severa). Pueden causar somnolencia y falta de conciencia y coordinación, que puede aumentarse mediante el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo que y totalmente de acuerdo en no operar cualquier vehículo o dispositivo peligroso durante al menos 12 horas o hasta que se recupere completamente de los efectos de la medicación anestésica y medicamentos que pueden haberme dado en la oficina para mi tratamiento. Entiendo que el fracaso para tomar medicamentos recetados para mí en la forma prescrita puede ofrecer riesgos de infección continua o agravada, dolor, y la resistencia potencial para el tratamiento de efecto de mi condición. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la efectividad de los anticonceptivos orales.

Los cambios en el tratamiento

Entiendo que durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes, el más común es la terapia de conducto radicular después de procedimientos de restauración de rutina. Doy mi permiso al dentista para hacer estos cambios según sea necesario.

Disfunciones de la articulación temporomandibular

Entiendo que los síntomas de estallido, chasquido, bloqueo y dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la articulación de la parte inferior (cerca del oído) después de un tratamiento dental rutinario en el que la boca se mantiene en posición abierta. Sin embargo, los síntomas de TMJ asociados con el tratamiento dental son generalmente transitorios en la naturaleza y bien tolerados por la mayoría de los pacientes. Entiendo que si surge la necesidad de tratamiento, me remito a un especialista para el tratamiento, cuyo costo es mi responsabilidad.

Con cualquier tratamiento dental, existe la posibilidad de lesiones en los nervios de los labios, mandíbulas, dientes, lengua u otros tejidos orales o faciales. El entumecimiento resultante que potencialmente podría ocurrir suele ser temporal, pero en raras ocasiones podría ser permanente. Entiendo que cada esfuerzo razonable será hecho para asegurar que cualquier condición sea tratada apropiadamente. Ninguna garantía o garantía me ha sido dado por cualquier persona que cualquier tratamiento o cirugía propuesta va a curar o mejorar cualquier condición.

Materiales dentales

Una hoja informativa de materiales dentales está disponible en https://www.DBC.ca.gov/formspubs/pub_dmfs2004.pdf. También hay una copia impresa en la recepción.

```
#policyData-frmb-1767974872436-fld-108,
#policyData-frmb-1767974872436-fld-108 ul,
#policyData-frmb-1767974872436-fld-108 li,
#policyData-frmb-1767974872436-fld-108 p {
background-color: #ededed !important;
}
```

Firma del paciente o tutor

Fecha

Autorización de Fotografía y Medios

Como parte rutinaria de nuestra práctica, tomamos fotografías y otras imágenes de los pacientes y de sus dientes para diagnosticar, brindar tratamiento y también con fines educativos y promocionales. El Paciente que firma a continuación ("usted") por este medio autoriza a Rodeo Dental y a sus cesionarios (en conjunto, la "Clínica") a: (a) tomar fotografías, audio y/o video de usted (en forma individual y conjunta, las "Imágenes"); (b) publicar el hecho de que la Clínica le brindó servicios dentales y cualquier información o testimonio que usted proporcione sobre la Clínica, su plan de tratamiento, diagnósticos, ciudad y estado de residencia, y la ubicación de la clínica donde fue atendido (en conjunto, la "Información"); (c) reproducir, editar, usar y publicar las Imágenes y/o la Información (en conjunto, el "Material") con o sin el nombre del Paciente o atribución, en todas las formas y medios, incluyendo, entre otros, sitios de Internet y redes sociales; y (d) obtener el registro de derechos de autor de cualquier publicación que incorpore el Material.

Como contraprestación, usted recibe una licencia para usar el Material y acepta que no se le dará ninguna compensación o pago adicional por el uso que la Clínica haga del Material, y por este medio renuncia a cualquier reclamación de compensación o daños y perjuicios basada en el uso de dicho Material por parte de la Clínica. El plazo de esta Autorización/Release es de 10 años a partir de la fecha de la firma del Paciente indicada abajo (el "Plazo") y luego se renovará automáticamente por períodos sucesivos de 10 años, a menos que se termine antes. El Paciente puede terminar el Plazo, excepto en la medida en que el Material ya haya sido usado o publicado, enviando un aviso de terminación por escrito a la Clínica. El Paciente entiende que cualquier terminación del Plazo no afectará ninguna acción que la Clínica haya tomado en base a esta autorización antes de recibir dicho aviso.

Firma del paciente o tutor

Fecha