

Formulario de antecedentes médicos/odontológicos para pacientes menores de 18 años

PACIENTE

Fecha _____
Apellido del paciente _____ Nombre _____ Segundo nombre _____
Prefiere ser llamado _____ Pasatiempos, actividades _____
Fecha de nacimiento _____ Sexo Masculino Femenino N.º de seguro social _____
Escuela _____ Grado _____ Dirección (direcciones) de correo electrónico _____
Domicilio particular _____ Ciudad, Estado, Código postal _____
Teléfono particular () _____ - _____ Teléfono celular () _____ - _____

PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre(s) de padre(s) de custodia _____
El paciente vive con (*marque todo lo que corresponda*) Madre Padre Madrastra Padrastro Abuelo/a(s) Otro _____
Nombre completo del padre _____ Tratamiento: Sr. Dr. Otro _____
Ocupación _____ Dirección de correo electrónico _____
Domicilio (*si es diferente*) _____
Teléfono particular (*si es diferente*) () _____ - _____ Teléfono celular () _____ - _____
Teléfono laboral () _____ - _____
Nombre completo de la madre _____ Tratamiento: Sra. Dr. Otro _____
Ocupación _____ Dirección de correo electrónico _____
Domicilio (*si es diferente*) _____
Teléfono particular (*si es diferente*) () _____ - _____ Teléfono celular () _____ - _____
Teléfono laboral () _____ - _____

ODONTÓLOGO

Odontólogo del paciente _____ Dirección, Ciudad, Estado _____
Última visita _____ Motivo _____ Próxima cita _____
Otros odontólogos/especialistas odontológicos que esté visitando actualmente: Nombre _____ Ciudad, Estado _____
Motivo _____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué le preocupa de los dientes de su hijo? _____
¿Qué le preocupa a su hijo de sus dientes? _____
¿Cómo se siente su hijo sobre el tratamiento de ortodoncia? _____
¿Quién sugirió que su hijo podría necesitar tratamiento de ortodoncia? _____
¿Por qué seleccionó nuestro consultorio? _____
Describa algún tratamiento o alguna consulta de ortodoncia anteriores. _____
¿Toca su hijo un instrumento musical? _____

Nombre del hermano/hermana _____ edad _____ que tuvo tratamiento de ortodoncia Sí No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
Nombre del hermano/hermana _____ edad _____ que tuvo tratamiento de ortodoncia Sí No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
Nombre del hermano/hermana _____ edad _____ que tuvo tratamiento de ortodoncia Sí No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
Nombre del hermano/hermana _____ edad _____ que tuvo tratamiento de ortodoncia Sí No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
¿Ha recibido tratamiento alguno de sus familiares en este consultorio? Indique sus nombres. _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es el responsable financiero de esta cuenta? _____
Domicilio (si es diferente del mencionado en la página 1) _____ Ciudad, Estado, Código postal _____
Teléfono particular () _____ - _____ Teléfono celular () _____ - _____
Dirección (direcciones) de correo electrónico _____
N.º de seguro social _____ Empleador _____
¿Quién será responsable de traer al paciente a las citas de ortodoncia? _____

SEGURO DENTAL

Nombre completo del titular primario de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____
N.º de seguro social _____ Relación con el paciente _____
Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente) _____
Empleador _____ Domicilio _____
Compañía de seguros _____ N.º de grupo _____ N.º de ID _____
¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia? Sí No No sé
Nombre completo del titular secundario de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____
N.º de seguro social _____ Relación con el paciente _____
Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente) _____
Empleador _____ Domicilio _____
Compañía de seguros _____ N.º de grupo _____ N.º de ID _____
¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia? Sí No No sé

SEGURO MÉDICO

Nombre completo del titular de la póliza _____
Compañía de seguros _____

MÉDICO

Médico del paciente _____ Ciudad, Estado _____
Última visita _____ Motivo _____ Próxima cita _____
Examen físico más reciente _____

Otros médicos/proveedores de atención médica que esté visitando actualmente:

Nombre _____ Ciudad, Estado _____
Motivo _____
Nombre _____ Ciudad, Estado _____
Motivo _____

Sus respuestas solo son para los registros del consultorio y son confidenciales. Es fundamental tener antecedentes médicos minuciosos para completar una evaluación ortodóncica completa.

Para las preguntas siguientes, marque Sí, No o No sé/No entiendo.

ANTECEDENTES MÉDICOS

Ahora o en el pasado, indique si su hijo ha tenido:

- Sí No No sé/No entiendo
- Defectos de nacimiento o problemas hereditarios.
 - Fracturas o lesiones graves.
 - Cualquier herida en el rostro, la cabeza o el cuello.
 - Artritis o problemas en las articulaciones.
 - Cáncer, tumores, tratamiento de radiación o quimioterapia.
 - Problemas endocrinos o de tiroides.
 - Diabetes o bajo nivel de azúcar.
 - Problemas renales.
 - Problemas del sistema inmunitario.
 - Antecedentes de osteoporosis.
 - Gonorrea, sífilis, herpes, enfermedades de transmisión sexual.
 - SIDA o VIH positivo.
 - Hepatitis, ictericia u otros problemas hepáticos.
 - Polio, mononucleosis, tuberculosis, pulmonía.
 - Convulsiones, desvanecimientos, problemas neurológicos.
 - Perturbaciones mentales o depresión.
 - Antecedentes de trastornos alimenticios (anorexia, bulimia).
 - Dolores de cabeza o migrañas frecuentes.
 - Hipertensión o hipotensión.
 - Sangrado excesivo o moretones, anemia.
 - Dolor en el pecho, falta de aliento, tobillos hinchados o se cansa fácilmente.
 - Defectos cardíacos, soplo cardíaco, enfermedad cardíaca reumática.
 - Angina, arteriosclerosis, accidente cerebrovascular o ataque cardíaco.
 - Trastorno de la piel (además del acné común).
 - ¿Tiene su hijo una dieta bien equilibrada?
 - Problemas visuales, auditivos o del habla.
 - Resfríos e infecciones frecuentes en la garganta y los oídos.
 - Asma, problemas sinusales, fiebre del heno.
 - Afección en las amígdalas o las adenoides.
 - ¿Respira su hijo por la boca con frecuencia?
 - ¿Ha tomado su hijo alguna vez bisfosfonatos como Zometa (ácido zoledrónico, Aredia (pamidronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos o cáncer de huesos?
 - ¿Ha tomado su hijo alguna vez bisfosfonatos como Fosamax (alendronato), Actonel (ridendronato), Boniva (ibandronato), Skelid (tiludronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos?

¿Ha tenido su hijo alergias o reacciones a alguno de los siguientes elementos?

- Sí No No sé/No entiendo
- Anestésicos locales (novocaína, lidocaína, xilocaína).
 - Látex (guantes, globos).
 - Aspirina.
 - Ibuprofeno (Motrin, Advil).
 - Penicilina.
 - Otros antibióticos.
 - Metales (joyas, broches a presión para la ropa).
 - Acrílicos.
 - Polen de las plantas.
 - Animales.
 - Alimentos.
 - Otras sustancias _____.

ANTECEDENTES DENTALES

Ahora o en el pasado, indique si su hijo ha tenido:

- Sí No No sé/No entiendo
- Dientes que le salieron muy temprano o muy tarde.
 - Extracción de dientes primarios (de bebé) que no estaban flojos.
 - Extracción de dientes permanentes o supernumerarios.
 - Dientes supernumerarios o faltantes de manera congénita.
 - Dientes primarios o permanentes rotos o dañados.
 - Dientes sensibles o adoloridos.
 - Alguna tapadura (empaste) rota o perdida.
 - Fracturas, quistes o infecciones en la mandíbula.
 - Tratamientos de conducto o pulpotomías en alguno de los dientes.
 - Llagas gangrenosas frecuentes o herpes labial.
 - Antecedentes de problemas del habla o tratamientos para el habla.
 - Dificultades para respirar por la nariz.
 - El hábito de respirar por la boca o roncar de noche.
 - Antecedentes de problemas del habla.
 - Hábitos orales frecuentes (chuparse el dedo, masticar el bolígrafo, etc.).
 - Dientes que provocan irritación en los labios, las mejillas o las encías.
 - Dientes que rechinan o se tensionan.
 - Chasquidos o bloqueo en las articulaciones de la mandíbula.
 - Dolor en los músculos de la mandíbula o del rostro.
 - Tratamiento por problemas o disfunciones en la articulación temperomandibular.
 - Alguna tapadura (empaste) rota o perdida.
 - Algún problema grave asociado con un tratamiento odontológico anterior.
 - Un diagnóstico de enfermedad de las encías o piorrea.

INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

¿Cree que alguna de las actividades de su hijo afecta su rostro, sus dientes o su mandíbula? ¿Cómo? _____

Incluya cualquier medicamento, suplemento nutricional, medicamento a base de hierbas o medicamento de venta libre que tome su hijo.

Medicamento _____ Tomado para _____

Medicamento _____ Tomado para _____

Medicamento _____ Tomado para _____

¿Toma su hijo antibióticos antes de cualquier procedimiento odontológico? _____

¿Tiene (o alguna vez ha tenido) su hijo un problema de drogadicción? _____

¿Masca o fuma tabaco su hijo? _____

¿Ha advertido algún cambio poco común en el rostro o la mandíbula de su hijo? _____

¿Otros problemas físicos? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Alguna vez los padres o hermanos tuvieron alguno de los siguientes problemas de salud? Si es así, explique.

Trastornos hemorrágicos _____ Diabetes _____

Artritis _____ Alergias graves _____

Problemas odontológicos poco comunes _____ Desequilibrio en el tamaño de la mandíbula _____

¿Otras afecciones médicas familiares? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla su hijo? _____ ¿Hilo dental? _____

DIVULGACIÓN Y EXENCIÓN

Autorizo la divulgación de cualquier información con respecto al tratamiento de ortodoncia de mi hijo a mi compañía de seguro médico y/o dental.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

He leído las preguntas antes mencionadas y las entiendo. No haré responsable a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal de cualquier error u omisión que haya realizado al completar este formulario. Notificaré a mi ortodoncista de cualquier cambio en la salud médica u odontológica de mi hijo.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

ACTUALIZACIONES O CAMBIOS EN LOS ANTECEDENTES MÉDICOS

Cambios _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____

Cambios _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____

Cambios _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____



Dr. H. Derick Phan D.D.S., C.A.G.S

San Jose Office

150 N. Jackson Ave. Suite 211
San Jose CA 95116
Tel. (408)251-7901

Palo Alto Office

750 Welch Rd. #102
Palo Alto, CA 94304
Tel. (650)325-2496

Fax (408) 251-0991

PHANORTHODONTICS.COM

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Form 14-200F3

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS

NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por la ley federal y estatal aplicable a mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en vigor. Este Aviso entra en vigencia el 14 de abril de 2003 y permanecerá en vigor hasta que lo reemplacemos.

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 sean aplicables a toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y tendremos el nuevo Aviso disponible bajo petición.

Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

Podemos utilizar y divulgar su información de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o revelar su información de salud a un dentista u otro profesional de la salud que proporciona tratamiento a usted.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le brindamos.

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 la evaluación de calidad y actividades de mejora, revisión de la competencia o cualificación de los profesionales de la salud, la evaluación de idoneidad y desempeño de los proveedores, la realización de programas de formación de acreditación, certificación, concesión de licencias o las actividades de acreditación.

Su autorización: Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago o cuidado de la salud que usted puede darnos la autorización escrita para utilizar su información de salud o divulgarla a cualquier persona por cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o revelar su información de salud por cualquier motivo, excepto los que se describen en este aviso.

Para nuestra familia y amigos: Debemos divulgar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente de este aviso. Podemos revelar su información médica a un familiar, amigo u otra persona que sea necesario para ayudar con el cuidado de la salud o con el pago de atención médica para usted, pero sólo si usted acepta que podemos hacerlo.

Las personas involucradas en el cuidado: Podemos usar o divulgar información médica para notificar o asistir en la notificación (incluyendo identificar o localizar) un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, o su ubicación de su condición general o la muerte. Si ARC presente, entonces antes de su uso o divulgación de su información de salud, le daremos la oportunidad de oponerse a tales usos o revelaciones. En el caso de ustedes, por incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional que revela sólo información de salud que es directamente relevante a la participación de la persona en su atención médica. También utilizamos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir a una persona recoger los rayos X u otras formas similares de información de salud.

La comercialización de servicios relacionados con la salud: No usaremos su salud para la comunicación de marketing sin su autorización por escrito. **Requerido por Ley:** Podemos usar o revelar su información de salud cuando sea requerido para ello por la ley.



Dr. H. Derick Phan D.D.S., C.A.G.S
San Jose Office
150 N. Jackson Ave. Suite 211
San Jose CA 95116
Tel. (408)251-7901

Palo Alto Office
750 Welch Rd. #102
Palo Alto, CA 94304
Tel. (650)325-2496

Fax (408) 251-0991

PHANORTHODONTICS.COM

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*Usted puede negarse a firmar este Reconocimiento *

Yo, First: _____ Last: _____, he recibido una copia del Aviso de esta oficina de prácticas de privacidad.

Nombre De la Persona Responsable

Nombre Del Paciente

Firma De la Persona Responsable

____/____/____
Date

Para Uso De Oficina

Se intentó obtener el reconocimiento escrito del recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque:

- Individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otro (Especificar)