

**HISTORIA MEDICA DEL MENOR**

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Fecha \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Nombre Preferido/Apodo \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo M F  
 Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Numero de Telefono \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN**

El paciente vive con: Mamá Papá Ambos Otro: \_\_\_\_\_  
 Padre/Guardian 1 \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Numero de Telefono \_\_\_\_\_  
 Padre/Guardian 2 \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Numero de Telefono \_\_\_\_\_  
 Direccion (si diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_  
 Lenguaje preferido \_\_\_\_\_  
 Familiares/Amistades vistos en nuestra oficina \_\_\_\_\_  
 A quien le agradecemos por recomendarle a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Donde a visto a Eng Orthodontics? (Por favor circule todo lo que se aplique)

Dentista	TikTok	Facebook
Instagram	Google	Pagina de red de Eng Ortho
Revista de Brighton Buzz	Revista de Reunion living	SWAG (cosas con nuestro logotipo)
Carro de King Soopers (Bri/Reu)	Escuela de mi hijo	Otro _____

**HISTORIA MEDICA**

Doctor \_\_\_\_\_ Numero de Telefono \_\_\_\_\_  
 Por favor circular SI O NO (Si la respuesta es SI, por favor de llenar los datos)  
 Si No El paciente alguna vez a tomado oh esta tomando bisfosfonatos, incluyendo Fosamax, Didronel, Boniva, Aredia, Zometa, Actonel o Skelid? \_\_\_\_\_  
 Si No El paciente esta tomando medicamentos en este momento? \_\_\_\_\_  
 Si No El paciente es alergico a algun medicamento? \_\_\_\_\_  
 Si No (Mujer) Ha comenzado su menstruacion? A que edad? \_\_\_\_\_  
 Si No (Mujer) Esta embarazada? \_\_\_\_\_

Por favor circule cualquiera de las condiciones medicas que padece oh a padecido:

Sangrado abnormal/Hemofilia	Diabetes	Anemia	Herpes
Hepatitis/Problemas del Hgado	Neumonia	Mareos	Artritis
Fiebre Reumatica	VIH/SIDA	Tuberculosis	Problemas Gastrointestinales
Presion Arterial Alta	Problemas del Corazon	Problemas Renales	Epilepsia
Radiacion/Quimioterapia	Trastornos Nerviosos	Tumores o Cancer	Asma o Alergias
Congenital heart failure	Sensibilidad al Nickle o Latex		

Alguna otra condicion medica que usted considere que debemos tener en cuenta? Existen problemas sensoriales u otras necesidades especiales? \_\_\_\_\_

**HISTORIA DENTAL**

Dentista \_\_\_\_\_ Numero de Telefono \_\_\_\_\_  
 Que le preocupa de los dientes de su hijo/a? \_\_\_\_\_  
 Su hijo padece oh a padecido alguna de estas condiciones?

Si No Empuja los dientes con la lengua	Si No Dolor en la Quijada	Si No Lesion de Cabeza/Cuello, Quijada o dientes
S No Dolor de encias/sangrado	Si No Dientes Sensibles	Si No Ah tenido tratamiento ortodontico previo
Si No Extraccion de dientes adultos	Si No Miedo al trabajo dental	Si No Habito de chuparse los dedos o labios
Si No Le faltan dientes de adulto	Si No Le truena la Quijada	Si No Aprieta o rechina los dientes
Si No Extra dientes de Adulto	Si No Tiene dificultad al mascar	Si No Respiracion bucal cronica

He contestado sinceramente todas las preguntas anteriores y me comprometo a informar a la oficina de cualquier cambio en mi historia medica o dental. Ademas, autorizo que el Dr. Albert Eng y sus Asociados realizen una evaluacion de ortodoncia completa.

Nombre del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

COMPLETE SOLO SI ENG ORTHODONTICS PUEDE COMPARTIR INFORMACION DEL PACIENTE CON OTRAS PERSONAS: PADRASTROS, HERMANOS, ABUELOS, CONYUGUE, AMIGOS ETC. SI NO HAY NADIE CON QUIEN QUIERA COMPARTIR SU INFORMACION, DEJE EN BLANCO Y FIRME EN LA LINEA INFERIOR.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Yo, (nombre del padre/guardian si el paciente es menor de 18 años) \_\_\_\_\_, autorizo a Eng Orthodontics que comparta la informacion indicada con las personas que se enumeran a continuacion.

Seleccione que informacion Podemos compartir:

Nombre	Relacion al paciente	Numero de Telefono	Cualquiera	Clinica	Financiera

Autorizo a Eng Orthodontics que se comunique con las personas mencionadas anteriormente para transmitir la informacion mencionada anteriormente con respecto al paciente en caso de que Eng Orthodontics no pueda comunicarse conmigo.

Entiendo que puedo cancelar/revocar esta autorizacion notificando por escrito a Eng Orthodontics mi intencion de revocar la autorizacion o cambiar los nombres de las personas con las que se puede compartir la informacion.

Tenga en cuenta que si el paciente es menor de 18 años un tutor legal debe estar presente durante la consulta inicial o debe completar esta pagina con el nombre de las personas que llevan al paciente al examen.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente  
 (O guardian si el paciente es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

### INFORMACION DE ASEGURANZA DENTAL

Nombre de la Compañia de aseguranza \_\_\_\_\_

Direccion de la aseguranza \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

No. de Grupo \_\_\_\_\_ No. de ID \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

SSN del asegurado \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del asegurado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Si tiene cobertura doble, complete la informacion)

Nombre de la Compañia de aseguranza \_\_\_\_\_

Direccion de la aseguranza \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

No. de Grupo \_\_\_\_\_ No. de ID \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

SSN del asegurado \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del asegurado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estamos comprometidos en brindarle el mejor cuidado posible a nuestros pacientes. Estamos entusiasmados en ayudarles a recibir el maximo beneficio de su aseguranza dental. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y comprension sobre nuestra poliza de pagos

El pago para los servicios sera debido en el momento que estos sean rendidos, a menos que nuestro personal haya aprobado los arreglos de pago por adelantado. Aceptamos efectivo, cheque, Master Card, Visa y Discover. Los cheques botados o saldos con mas de 30 dias seran sujetos a una tarifa de \$30 por mes. Con mucho gusto le ayudaremos a someter todos los reclamos de aseguranza por cualquier costo relacionado al cuidado rendido en nuestra oficina. Es su responsabilidad asegurarse de que tengamos la informacion de aseguranza mas reciente y actualizada, esto incluye polizas de aseguranza secundarias.

Debemos recalcar que como proveedor de atencion dental, nuestra relacion es con nuestros pacientes y sus familias y no con sus respectivas companias de seguro. Si bien, la presentacion de reclamos de seguros es una cortesia que brindamos a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad a partir de la fecha en que se prestan los servicios. Tomamos en cuenta de que los problemas financieros temporales pueden afectar los pagos hacia su cuenta. Si surgen tales problemas, lo alentamos a que se comunique con nosotros de inmediato para obtener asistencia en la administracion de su cuenta. Si tiene alguna pregunta sobre la informacion anterior o cualquier duda con respecto a la cobertura del seguro, no dude en comunicarse con nosotros. Estamos aqui para ayudarle!

Entiendo y acepto que, independientemente del estado de mi seguro, soy responsable en ultima instancia del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_