

# BIENVENIDOS A SILVA ORTHODONTICS

## INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha De Hoy \_\_\_\_\_

Nombre Completo Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: Femenino \_\_\_ Masculino \_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_ Numero De Medicaid \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ # De Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Numero De Teléfono Celular \_\_\_\_\_ # de Casa \_\_\_\_\_ # de Trabajo \_\_\_\_\_

A quien le podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina \_\_\_\_\_

Favor de chequear lo que aplique al paciente: Menor \_\_\_ Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Separado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Viudo \_\_\_

Yo tengo otro seguro Favor y déjenos saber cuál seguro aplica al paciente: CHP+ \_\_\_ Pagando En efectivo \_\_\_ Otro tipo De Seguro Dental \_\_\_\_\_

Si tiene Seguro dental favor de proveernos con la información necesaria.

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Nombre de y tipo del seguro dental \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE O GUARDIÁN LEGAL SOLO SI EL PACIENTE TIENE **MENOS DE LOS 18 AÑOS DE EDAD**

Nombre \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Número De Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino \_\_\_ Masculino \_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DEL PACIENTE

Yo autorizó a Silva Orthodontics para que diagnostique y/o trate ortodonticamente a mi hijo/hija o a mí mismo. Este tratamiento puede incluir: Anestesia, Medicaciones o prescripciones, rayos-x, mandar records electrónicamente o por correo, modelos, ortodoncia (frenos), retenedores, aparatos, impresiones, exámenes/diagnósticos, fotos orales y faciales, así como otros posibles tratamientos directa o indirectamente relacionados con ortodoncia.

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_

Firma Del padre/guardián legal \_\_\_\_\_ Fecha De Hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Acuse de Recibo por Parte del Paciente de la Información Sobre las normas de privacidad

Yo, \_\_\_\_\_, por el presente acuso recibo de haber recibido una copia de la  
(El Nombre del padre/guardián legal)

Información sobre las normas de Privacidad de esta Oficina que explican:

- Como esta oficina usara y revelara mi información médica protegida.
- Mis derechos de privacidad con respecto a mi información medica protegida
- Las obligaciones de esta oficina con respecto al uso y revelación de mi información médica protegida.

Comprendo que la información sobre las normas de privacidad puede ser revisada cada cierto tiempo y que tengo el derecho de recibir una copia revisada de información sobre las normas de privacidad si así lo solicitara.

Asimismo comprendo que si tuviera alguna pregunta o inquietud, puedo ponerme en contacto con:

Asimismo puede ponerse en contacto con el secretario del departamento de salud y servicios humanos si tuviera alguna inquietud con respecto a nuestras políticas y procedimientos de privacidad y seguridad. Sírvase ponerse en contacto con nuestra oficina para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el departamento de salud y servicios humanos de los EE.UU.

Paciente o Representante Personal

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha De hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre Letras de imprenta \_\_\_\_\_

Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Solamente Para uso de la oficina

Hemos tratado de buena fe obtener del Sr/Sra. \_\_\_\_\_ un acuse de recibo de la información sobre nuestras normas de privacidad. A pesar de nuestros esfuerzos, nuestra oficina no ha podido obtener un acuse de recibo firmado por las siguientes razones (marque todas las que sean pertinentes):

- el paciente rehusó firmar (fecha en que rehusó) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Las barreras de comunicación impidieron obtener un acuse de recibo.
- Una situación de emergencias nos impidió obtener un acuse de recibo.
- Otro \_\_\_\_\_

Intento realizado por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

