

ORTHODONTICS ASSOCIATES, LLC

DR. CHARLES H. QUILES

ORTODONTICS

FECHA DE NACIMIENTO: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección Postal: _____

Dirección Residencial: _____

Teléfonos: Cel. _____ Residencial: _____ Trabajo: _____

Email: _____ Lugar de Empleo o Estudio: _____

Posición que ocupa: _____ Tiempo en el empleo: _____

Seguro Social: _____ #Lic. De Conducir: _____

¿Tiene Seguro de Ortodoncia? _____ Nombre de la compañía aseguradora: _____

Dentista del Paciente: Dr(a). _____ Referido Por: _____

¿Cuándo vió al Dentista por última vez? _____

Preocupación mayor del paciente para haber venido aquí: _____

INFORMACION DE PADRES (Menores) CONYUGE (Adulto)

Nombre del Padre (esposo/adultos): _____ Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # Licencia de Conducir _____

de Dependientes _____ Email: _____

Teléfonos: Cel: _____ Residencial: _____ Trabajo: _____

Lugar de empleo: _____ Posición: _____ Tiempo: _____

Dirección Postal: _____

Dirección Residencial: _____

Ingreso: Semanal \$ _____ Quincenal \$ _____ Mensual \$ _____

Nombre de la Madre (esposa/adultos): _____ Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # Licencia de Conducir: _____

e-mail: _____ Teléfonos: Cel: _____ Trabajo: _____

Lugar de empleo: _____ Posición: _____ Tiempo: _____

Dirección Postal: _____

Dirección Residencial: _____

Ingreso: Semanal \$ _____ Quincenal \$ _____ Mensual \$ _____

Persona responsable de la cuenta: _____

de seguro social _____ #de licencia _____

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL MEDICO PRINCIPAL: Dr(a): _____ Teléfono: _____

¿Se encuentra el paciente en buena salud? Sí _____ No _____

¿Está bajo algún tratamiento médico actualmente? Sí _____ No _____

Explique si su contestación es Sí: _____

¿Está tomando algún medicamento actualmente? Sí _____ No _____

Nombres de los medicamentos si su contestación es Sí: _____

Enfermedad o condición que padece actualmente: _____

Marque el encasillado que corresponda, si ha tenido una de estas condiciones:

Presión alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sinusitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de Hueso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Accidentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de oído	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Embarazada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Venéreas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Otro (Especifique): _____

¿Hay historial de alergia a medicamentos, comidas u otros? Si _____ No _____

Si su respuesta es Sí, favor especifique: _____

HISTORIAL DENTAL

¿Ha recibido golpes en la cara?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Chupa o ha chupado dedo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido golpes en los dientes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene problemas al hablar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Respira usted por la boca?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido muchas caries?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha visto otro ortodoncista?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha visto un cirujano oral?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Se le cansan las quijadas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Le suena la boca al abrir?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene dolor en la quijada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Le sangran las encías?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Favor de comentar al reverso de esta página, cualquier condición médica o dental que no se haya mencionado aquí.

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA HOY ES CORRECTA

FIRMA _____

FECHA _____

Orthodontics Assoc. LLC
Dr. Charles H. Quiles
Meditacion #55, Ofic. 7-B
Mayaguez , P.R. 00680

Acuse de recibo o Notificacion de privacidad

Propósito: Evidencia de Notificación
y consentimiento

Yo, _____, he recibido una copia de la Notificación de
Nombre del paciente en letra de molde

Política de Privacidad de esta Oficina Dental y consiento a que se incluya mi información de salud en el sistema informático de mi ortodoncia.

Firma del Paciente

Firma Adulto Responsable, si es menor

Fecha

Testigo

Para Uso Oficial

Tratamos de obtener Acuse de Recibo de nuestra Notificación de Política de Privacidad pero no fué posible por la siguiente razón:

- a. Paciente se negó
- b. Barreras de comunicación
- c. Situación de emergencia
- d. Otro

Firma Oficial de Privacidad

Fecha

Derecho del Paciente a Respeto y Trato Igual

NOTIFICACIÓN Y RELEVO

El Reglamento 7617 de la Oficina de la Procuraduría del Paciente, en su Artículo 14, Sección 1, inciso (B-4) y en su Sección 3, inciso (C), establecen que el tiempo de espera en la oficina de un médico no debe de exceder una hora excepto por justa causa. Añaden dichas disposiciones, que el médico establecerá un sistema de citas que garantice la atención dentro de dicho término. En cuanto a las personas de 65 años o más, personas con incapacidades, mujeres embarazadas y/o personas con necesidades especiales, el Reglamento establece que se les debe garantizar un tiempo de espera menor de 30 minutos.

Sin embargo y a pesar del compromiso del médico para cumplir con lo antes mencionado, dada las situaciones imprevistas que pueden surgir al auscultar la condición de salud del paciente, ofrecer el cuidado, el tratamiento y la orientación requerida, se puede exceder el término establecido de espera.

Esta notificación me orienta sobre mis derechos, pero también me apercibe, que las citas y atenciones del paciente o de los pacientes anteriores a mi turno, pueden extenderse por más del término establecido e incidir con el período de espera de mi cita, razón por lo que de manera libre y voluntaria, entiendo y acepto que lo anterior será justa causa, por lo que relevo de responsabilidad al médico que se exceda del término de espera establecido en el Artículo 14 del Reglamento 7617, para que éste pueda ofrecer el cuidado de salud que requiera la condición de cada paciente. También reconozco, que de no cumplirse con el término de espera, puedo marcharme o que de no estar de acuerdo puedo buscar los servicios de otro médico.

Este relevo, lo firmo libre y voluntariamente, sin que haya sido inducido o coaccionado de manera alguna y con pleno conocimiento de mis derechos a tenor con lo establecido en el Reglamento 7617.

Por estar conforme con lo anterior, procedo a firmar el Relevo, hoy ____ de _____ de _____, el cual estará vigente hasta que lo revoque por escrito.

Nombre en letra de molde

Firma del Paciente o Encargado