

Información del Paciente

Nombre Completo _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dirección _____ Apt _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Seguro Social _____ Sexo _____

Teléfono _____ Email _____

Nombre del Empleador _____

Persona Responsable (si es diferente del paciente)

Nombre Completo _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dirección _____ Apt _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Seguro Social _____ Sexo _____

Teléfono _____ Email _____

Nombre del Empleador _____

Idioma Preferido _____

Información del Seguro Dental

Nombre del Seguro Primario _____

Nombre del Suscriptor _____ FDN _____

Empleador del Suscriptor _____

Empleador del Suscriptor _____ Grupo _____

Relación del Paciente con el Suscriptor Propio Esposo/a Hijo

¿El suscriptor vive en el mismo hogar? Sí No

Nombre del Seguro Secundario _____

Nombre del Suscriptor _____ FDN _____

Empleador del Suscriptor _____

Empleador del Suscriptor _____ Grupo _____

Relación del Paciente con el Suscriptor Propio Esposo/a Hijo

¿El suscriptor vive en el mismo hogar? Sí No

Contacto de Emergencia

Nombre _____ Relación _____

Información Médica del Paciente

Nombre del Médico _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Fecha del Último Examen Físico _____

1. ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No

Si la respuesta es sí, explique _____

2. ¿Está tomando actualmente medicamentos recetados? Sí No

Liste los medicamento(s) _____

3. ¿Está siendo tratado por alguna condición médica? Sí No

4. ¿Ha tenido o ha estado expuesto a Tuberculosis? Sí No

5. ¿Ha tomado Phen-Fen o Redux alguna vez? Sí No

6. ¿Ha tomado bisfosfonatos alguna vez? Sí No
(Fosamax, Boniva)

7. ¿Está tomando anticoagulantes actualmente? Sí No
(Warfarin, Eliquis, Plavix)

Alergias del Paciente

8. ¿Es alérgico o ha tenido reacción a la aspirina? Sí No

9. ¿Es alérgico o ha tenido reacción al látex? Sí No
(goma/plástico)

10. ¿Es alérgico o ha tenido reacción a antibióticos? Sí No
(Penicilina, Tetraciclina, Eritromicina, Sulfa)

11. ¿Es alérgico o ha tenido reacción a metales? Sí No
(níquel, zinc, cromo, cobalto, cobre)

12. ¿Es alérgico o ha tenido reacción a anestésicos? Sí No
(local, general, dental)

13. ¿Es alérgico o ha tenido reacción a la codeína? Sí No
(barbitúricos, sedantes u otros narcóticos)

14. ¿Es alérgico o ha tenido reacción a algún alimento? Sí No
(nueces, leche, etc.)

15. ¿Alguna otra reacción alérgica o sensibilidad? Sí No

Uso Recreativo del Paciente

¿Usa tabaco o productos de vapeo? Sí No

¿Usa marihuana u otras sustancias? Sí No

¿Consumo alcohol? Sí No

Solo para Pacientes Femeninas (si aplica)

16. ¿Está embarazada o cree que podría estarlo? Sí No

Teléfono _____

Questionario de Historial Médico y Dental**Nombre del Paciente:****Fecha:**

Por favor indique si ha tenido alguna de las siguientes condiciones/síntomas marcando SÍ o NO. Las respuestas precisas nos ayudan a brindar una atención ortodóntica segura y efectiva.

Condición / Síntoma	YES	NO	Oral & Maxilofacial	YES	NO
17. ADD / ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Cirugía Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. Labio leporino y/o paladar hendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Huesos / articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. Lesión en la cara, mandíbula, dientes o boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Asma / respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. Dolor de mandíbula, bloqueo, o dislocación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Trastorno del espectro autista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hábitos Orales		
22. Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. Se chupa el dedo o usa objetos en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. Morder labios, mejillas, uñas u objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cáncer (Chemo/Radacion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. Respira por la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Convulsiones / epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50. Aprieta o rechina los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Diabetes (Tipo: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50. Empuje lingual / ceceo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Discapacidades del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51. Problemas del habla / terapia del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Dolores de cabeza / migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salud Dental		
29. Hepatitis (Tipo: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52. Historial de cáncer oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53. Llagas, bultos o lesiones en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54. Mal aliento persistente (halitosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Presión arterial alta o baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55. Amígdalas agrandadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Cirugía cardíaca / marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56. Herpes labial, úlceras o ampollas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57. Sus encías sangran, están inflamadas o duelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58. Aparatos dentales actuales (fijos o removibles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. hígado o riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59. Ha tenido restauraciones dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Discapacidades de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60. Dientes flojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Osteoporosis / osteopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61. Dientes adicionales (supernumerarios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Condiciones de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62. Dientes rotos o astillados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63. Le falta algún dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Derrame cerebral/ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64. Sensibilidad a los dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Tiroides (Hipe/Hipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65. Sensibilidad al frío o al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Autorización de Salud Dental

Nombre del Dentista: _____ Teléfono: _____ Fax _____

Dirección: _____

Fecha de Examen Dental: _____ Fecha de Limpieza Dental: _____ Fecha de Radiografías Dentales: _____

¿Tiene algún tratamiento dental pendiente? _____ ¿Está experimentando dolor o molestia en sus dientes, boca o mandíbula? _____

¿Se requiere premedicación antes de cualquier procedimiento dental? Sí No

¿Requiere autorización médica de su proveedor o especialista antes de recibir tratamiento dental? Sí No

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Con qué frecuencia usa hilo dental? _____

Historial de Ortodoncia

¿Ha sido evaluado por un ortodoncista? Sí No

¿Ha recibido tratamiento de ortodoncia (brackets, alineadores, etc.)? Sí No

¿Actualmente está en tratamiento de ortodoncia o usa retenedores? Sí No

Si respondió sí, el nombre del ortodoncista: _____ Fecha en que se colocaron los brackets/alineadores: _____

¿Usted o algún familiar ha recibido atención en alguna ubicación de Unique Orthodontics? Sí No

Si respondió sí, el/los nombre(s) y ubicación(es): _____

Fuente de Referencia

¿Cómo se enteró de Unique Orthodontics?

<input type="checkbox"/> Anuncio en Aeropuerto <input type="checkbox"/> Cartel Publicitario	<input type="checkbox"/> Google o Yelp <input type="checkbox"/> Facebook, Instagram, X, TikTok	<input type="checkbox"/> Spotify o Pandora <input type="checkbox"/> Sitio Web de Unique Orthodontics	<input type="checkbox"/> Referido por Amigo o Familiar <input type="checkbox"/> Recomendación
--	---	---	--

Consentimiento, Responsabilidad Financiera y Autorizaciones

Doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y comunicaciones relacionadas con el tratamiento, incluyendo información de facturación, por medio de llamadas telefónicas, mensajes de voz, mensajes de texto (SMS) y/o correo electrónico a la información de contacto que he proporcionado. Entiendo que los mensajes de texto y los correos electrónicos no cifrados pueden no ser seguros y pueden implicar cierto riesgo de acceso no autorizado. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos. Entiendo que puedo revocar o modificar mis preferencias de comunicación en cualquier momento notificando a la oficina por escrito.

Entiendo que soy responsable financieramente por todos los servicios prestados, independientemente de la cobertura del seguro. Como cortesía, Unique Orthodontics presentará reclamaciones al seguro en mi nombre. Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Unique Orthodontics. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguros, incluyendo deducibles, copagos, coaseguro y servicios no cubiertos.

Si se me otorga crédito o un plan de pagos, autorizo a Unique Orthodontics a obtener y verificar la información crediticia del padre, madre o tutor legal responsable, de acuerdo con las leyes federales y del estado de California aplicables, incluyendo la Ley de Informe Justo de Crédito.

Autorizo al ortodoncista y al personal clínico a realizar exámenes, procedimientos de diagnóstico y radiografías según se considere necesario o recomendable para mi atención.

Autorizo la toma de fotografías, imágenes digitales, radiografías y/o grabaciones de video con fines de diagnóstico, planificación del tratamiento, identificación, aseguramiento de calidad y operaciones de atención médica.

Certifico que la información proporcionada es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

Nombre del Paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Madre o Tutor Legal: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Ortodoncista: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Metas de Sonrisa y Cuestionario de Consulta de Ortodoncia

En Unique Orthodontics, creemos que una sonrisa segura puede impactar positivamente su salud, confianza y futuro. Por favor, tómele unos minutos para ayudarnos a entender lo que es más importante para usted.

¿Qué lo motivó a programar la consulta de hoy?

(Seleccione todas las que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No estoy satisfecho(a) con mi sonrisa | <input type="checkbox"/> Espacios entre los dientes |
| <input type="checkbox"/> Me gustaría tener más confianza al sonreír | <input type="checkbox"/> Apiñamiento (dientes encimados) |
| <input type="checkbox"/> Un familiar o amigo me recomendó el tratamiento | <input type="checkbox"/> Mi dentista general recomendó tratamiento de ortodoncia |
| <input type="checkbox"/> No me gusta cómo se ven mis dientes en fotos | <input type="checkbox"/> Molestia en la mandíbula o problemas de mordida |
| <input type="checkbox"/> Tengo un evento importante próximamente (boda, fotos de graduación o Quincienara) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Qué tan seguro(a) se siente con su sonrisa hoy? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Encierre uno en un círculo)

Si pudiéramos mejorar una cosa de su sonrisa, ¿cuál sería? _____

¿Con qué frecuencia piensa en mejorar su sonrisa?

- Rara vez
 Ocasionalmente
 Frecuentemente
 Todos los días

¿Cuánto tiempo ha estado considerando tratamiento de ortodoncia?

- 0-6 meses
 6-12 meses
 1-2 años
 3-5 años

¿Qué opciones de tratamiento le interesa conocer más?

(Seleccione todas las que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brackets metálicos tradicionales | <input type="checkbox"/> Alineadores transparentes (tipo Invisalign®) |
| <input type="checkbox"/> Brackets estéticos (cerámicos) | <input type="checkbox"/> Tratamiento temprano/Fase I (para niños) |
| <input type="checkbox"/> Brackets de autoligado | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) – me gustaría la recomendación del doctor |

¿Qué es lo más importante para usted? Resultados rápidos Apariencia discreta Comodidad Pagos accesibles

Entender sus preferencias nos ayuda a personalizar las opciones de pago.

¿Ha revisado sus beneficios de seguro de ortodoncia? Sí No No estoy seguro(a)

¿Qué tipo de plan de pago le resulta más cómodo?

- Seguro + Pagos mensuales
 Plan mensual flexible interno
 Pago completo (si aplica descuento)
 Me gustaría ayuda para elegir la mejor opción

Si hay pagos mensuales accesibles disponibles, ¿estaría listo para comenzar el tratamiento?

- Sí
 Tal vez
 Me gustaría hablar sobre las opciones
 No en este momento

¿Está preparado(a) para hacer un pago inicial hoy si creamos un plan financiero que funcione para usted?

- Sí
 Posiblemente, dependiendo del monto
 Me gustaría hablar sobre las opciones
 No en este momento

¿Hay alguien más involucrado en la decisión financiera o del tratamiento? No, yo soy quien toma la decisión Sí (Nombre/Relación): _____

SECCIÓN PARA PADRE / TUTOR (Si el paciente es menor de edad)

¿Cuál es su principal prioridad para el tratamiento de ortodoncia de su hijo(a)?

- Salud oral Mejora de la mordida/función Mayor confianza Todo lo anterior

En una escala del 1 al 10, ¿qué tan importante es el tratamiento de ortodoncia para su hijo(a)? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Tiene alguna preocupación o temor sobre el tratamiento de ortodoncia? _____

Si podemos abordar sus preocupaciones y ofrecer un plan financiero cómodo, ¿qué tan listo(a) está para comenzar el tratamiento?

No listo(a) Considerándolo Listo(a) Muy listo(a)

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Unique Orthodontics

Fecha de Vigencia: 20 de marzo de 2026

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD

Unique Orthodontics está obligado por la ley federal (HIPAA) y la ley de California (CMIA – Código Civil §56 y siguientes) a mantener la privacidad y seguridad de su Información de Salud Protegida (“PHI”).

Estamos obligados a:

- Proteger su información de salud
- Proporcionarle este Aviso
- Cumplir con los términos vigentes
- Notificarle en caso de cualquier violación de seguridad de su PHI no protegida

Cuando las leyes difieren, seguimos la ley que brinda mayor protección a su privacidad.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN

Podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización por escrito para:

Tratamiento

Para proporcionar, coordinar y manejar su atención ortodóntica, incluyendo referencias a especialistas y laboratorios.

Pago

Para obtener pagos, verificar beneficios de seguro, presentar reclamaciones y cobrar saldos pendientes.

Operaciones de Atención Médica

Para operar nuestra práctica, incluyendo:

- Mejora de calidad y revisión clínica
- Capacitación y credenciales del personal
- Licencias y cumplimiento
- Administración del negocio

ASOCIADOS COMERCIALES

Podemos compartir su PHI con proveedores externos (“Asociados Comerciales”) que nos ayudan a operar la práctica (por ejemplo, compañías de facturación, proveedores de software, consultores). Estas entidades están obligadas por ley a proteger su información.

OTRAS DIVULGACIONES PERMITIDAS O REQUERIDAS

Podemos divulgar su PHI cuando lo permita o lo exija la ley, incluyendo:

- Reportes de salud pública
- Agencias de supervisión de salud (incluyendo la Junta Dental de California)
- Procedimientos legales (órdenes judiciales, citaciones)
- Cumplimiento de la ley
- Para prevenir amenazas graves a la salud o seguridad
- Compensación laboral
- Médicos forenses y examinadores médicos

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

No usaremos ni divulgaremos su PHI sin su autorización por escrito para:

- Fines de mercadeo
- Venta de información de salud
- Uso de fotos o videos identificables
- Divulgaciones no descritas en este Aviso
- Compartir con terceros no relacionados con su atención
- Cierta información sensible protegida por la ley de California

Usted puede revocar su autorización en cualquier momento por escrito.

REDES SOCIALES, FOTOGRAFÍA Y MERCADEO

Unique Orthodontics puede solicitar su autorización por escrito para usar:

- Fotografías
- Videos
- Testimonios

para fines de mercadeo, incluyendo redes sociales, sitio web y materiales promocionales.

Nos comprometemos a:

- No usar su información identificable sin su consentimiento por escrito

- Permitirle negarse sin afectar su tratamiento
- Permitirle retirar su consentimiento en cualquier momento

Importante: Una vez que la información se comparte públicamente, puede dejar de estar protegida por HIPAA.

MENSAJES DE TEXTO, CORREO ELECTRÓNICO Y COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Podemos comunicarnos con usted mediante:

- Mensajes de texto (SMS)
- Correo electrónico
- Portal del paciente

para:

- Recordatorios de citas
- Actualizaciones de tratamiento
- Notificaciones de facturación

Al proporcionar su información de contacto, usted acepta estas comunicaciones.

Usted tiene derecho a:

- Optar por no recibir mensajes o correos electrónicos en cualquier momento
- Solicitar métodos alternativos de comunicación
- Solicitar comunicaciones confidenciales

Nota: Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes o datos. Las comunicaciones electrónicas pueden implicar cierto nivel de riesgo, aunque utilizamos medidas de seguridad razonables.

DERECHO A RESTRINGIR DIVULGACIONES A PLANES DE SALUD (IMPORTANTE)

Si usted paga de su bolsillo el costo total de un servicio, tiene derecho a solicitar que no compartamos esa información con su plan de salud. Estamos obligados a cumplir con esta solicitud, a menos que la ley requiera lo contrario.

PROTECCIONES ESPECIALES BAJO LA LEY DE CALIFORNIA

La ley de California brinda protecciones adicionales para ciertos tipos de información, incluyendo:

- Registros de salud mental
- Estado de VIH/SIDA
- Tratamiento por uso de sustancias
- Información genética
- Servicios sensibles para menores

No divulgaremos esta información sin la autorización correspondiente, a menos que la ley lo requiera.

PACIENTES MENORES DE EDAD

Los padres o tutores legales generalmente tienen acceso a los registros de un menor.

Sin embargo, bajo la ley de California, los menores pueden consentir ciertos servicios y tener derechos de confidencialidad.

Cuando corresponda:

- El acceso puede estar limitado
- Cumpliremos con las leyes de consentimiento y confidencialidad de menores en California

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene derecho a:

- Inspeccionar y obtener copias de sus registros (dentro de 15 días hábiles para copias electrónicas según la ley de California)
- Solicitar correcciones (enmiendas)
- Solicitar restricciones en divulgaciones (pueden no siempre ser otorgadas)
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Recibir un informe de divulgaciones
- Recibir notificación de violaciones de seguridad
- Recibir una copia impresa de este Aviso

CONTACTO / QUEJAS

Oficial de Privacidad – Unique Orthodontics
 Maria Jabrayan
 6688 N Cedar Avenue
 Fresno, CA 93710
 No tomaremos represalias en su contra.

También puede comunicarse con:
 Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (OCR)
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints
 1-800-368-1019

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Debemos:

- Mantener la privacidad de su información
- Proporcionar este Aviso
- Cumplir con sus términos
- Notificarle sobre violaciones de seguridad
- Obtener autorización cuando sea necesario

Nos reservamos el derecho de actualizar este Aviso en cualquier momento. Las versiones actualizadas estarán disponibles a solicitud.

ACUSE DE RECIBO

Reconozco que he recibido o se me ha ofrecido una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del Paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Padre/Tutor (si es menor): _____ Firma: _____ Fecha: _____