

Fecha(Date): \_\_\_\_\_

## Formulario de Antecedentes Médicos y Odontológicos

Nombre del

Paciente: \_\_\_\_\_

Patient Name: (Apellido-Last) (Primer Nombre-First) (Inicial-Initial)

Fecha de Nacimiento(Birthdate): \_\_\_\_\_ Edad(Age): \_\_\_\_\_ Sexo(Sex): M F

Nombre Preferido(Preferred Phone Number): (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social(S.S.N./S.I.N.): (\_\_\_\_\_) - (\_\_\_\_\_) - (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico(Email Address): \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente- Calle(Street Address): \_\_\_\_\_

Ciudad(City): \_\_\_\_\_ Estado(State): \_\_\_\_\_ Código Postal(Zip Code): \_\_\_\_\_

Años en dirección de arriba(Years at above address): \_\_\_\_\_

Si tiene menos de 5 años en dirección actual, dirección anterior(If less than 5 years, previous address): \_\_\_\_\_

Años en dirección anterior (Years at previous address): \_\_\_\_\_

Soltero(a)(Single)--- Casado(a)(Married)--- Viudo(a)(Widowed)--- Separado(a)(Separated)--- Divorciado(a)(divorced)

Años con empleador(Years with Employer): \_\_\_\_\_

Empleado(a)por(Employed For): \_\_\_\_\_ Ocupación(Occupation): \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador(Employer Address): \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleador(Employer Telephone): (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge/Padre o Madre(Spouse/Parent or Guardian Name): \_\_\_\_\_

Cónyuge/ Padre o Madre fecha de nacimiento(Spouse/Parent or Guardian Birthdate): \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social(S.S.N./S.I.N.): (\_\_\_\_\_) - (\_\_\_\_\_) - (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cónyuge/ Padre o Madre Empleado por(Spouse/Parent or Guardian Employer): \_\_\_\_\_

Ocupación(Occupation): \_\_\_\_\_ Dirección del Empleador(Employer Address): \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleador(Employer Telephone): (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

¿Quién es el responsable de esta cuenta(Who is Financially Responsible for this Account)? \_\_\_\_\_

Relación con Paciente(Relationship to Patient): \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Dental(Name of Dental Insurance): \_\_\_\_\_ Grupo Número(Group Number): \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro Dental(Dental Insurance Address): \_\_\_\_\_

Teléfono del Seguro Dental(Dental Insurance Telephone): (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

Cobertura de seguro para el tratamiento dental(Insurance coverage for dental treatment):  Si  No

Cobertura de seguro para tratamiento de ortodoncia(Insurance coverage for Orthodontic) treatment:  Si  No

Quien sugirió que usted puede ser que necesite tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_

(Who suggested that you might need orthodontic treatment?)

¿Cómo se enteró de nuestra oficina?(How did you hear about our office?) \_\_\_\_\_

Los cuales pueden le damos las gracias por haber hecho referencia?(Whom may we thank for the referral?) \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista del Paciente(Name of the dentist of the Patient): \_\_\_\_\_

Teléfono del Dentista(Dentist Telephone): (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ Fecha de la última vista(Date Last Seen): \_\_\_\_\_

Dirección del Dentista(Dentist's Address): \_\_\_\_\_

Nombre del Médico del Paciente(Name the patient's physician): \_\_\_\_\_

Teléfono del Médico(Physician Telephone): (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ Fecha de la última vista(Date Last Seen): \_\_\_\_\_

Dirección del Médico(Physician's Address): \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, que debe ser notificado(In case of an emergency who do we notify)? \_\_\_\_\_

Teléfono(Telephone): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros Médicos(Medical Insurance Company): \_\_\_\_\_

Para las siguientes preguntas marca  Sí,  No o  No sé/ entender. Las respuestas son de registros de la oficina y sólo será considerada como confidencial. Una minuciosa y completa historia es vital para una adecuada evaluación ortodóntica.

## Historia Médico



### Ahora o en el pasado, ¿ha tenido usted? had?

- Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?  
problems?
- Artritis reumatoide?  
arthritis?
- Las fracturas de los huesos, los principales accidentes?
- Problemas renales?
- Sistema endocrino o problemas de la tiroides?  
problems?
- Problemas del corazón?  
problems?
- Presión arterial alta o baja?  
Pressure?
- Problemas circulatorios?
- Problemas nerviosos?
- Polio, mononucleosis, la tuberculosis, la neumonía?
- Articulaciones o válvulas cardíacas artificiales?
- Pérdida de peso reciente?
- Problemas del la espalda?
- Úlcera de estómago o hiperacidez?
- Enfermedades respiratorias?
- Hemofilia?  
Hemophilia?
- Epilepsia, desmayos, problemas neurológicos?  
problems?
- frecuentes dolores de cabeza, resfriados o dolores de garganta?
- Problemas de la hepatitis, ictericia o hígado?
- Artritis?  
Arthritis?
- Cancer, tumor, radioterapia o quimioterapia?
- Fiebre reumática?
- Salud mental perturbación o depression?
- El sangrado excesivo o tendencia hematomas,  
anemia o trastorno hemorrágico?  
disorder?
- ¿Tiene una dieta equilibrada?
- Diabetes?
- Inflamación de los ganglios linfáticos del cuello?
- HIV/AIDS?
- La fiebre del heno, asma, sinusitis o urticaria?
- Embolia cerebral?
- Úlcera?
- Cansa fácilmente?
- Los problemas del sistema inmunológico?
- Dificultades de la visión , la audición , el gusto o el habla?  
difficulties?

### Now or in the past, have you

- Birth defects or hereditary
- Rheumatoid
- Fractures of the bones, major accidents?
- Kidney problems?
- Endocrine or thyroid
- Heart
- Low or High Blood
- Circulatory problems?
- Nerve problems?
- Polio, mononucleosis, tuberculosis, pneumonia?
- Joints or artificial heart valves?
- Recent weight loss?
- Spine/ back issues?
- Stomach ulcer or hyperacidity?
- Respiratory diseases?
- Epilepsy, fainting, neurological
- Frequent headaches, colds or sore throats?
- Hepatitis, jaundice, or liver problems?
- Cancer, tumor, radiotherapy or chemotherapy?
- Rheumatic fever?
- Mental health disturbance or depression?
- Excessive bleeding or bruising tendency, anemia or bleeding
- Do you have a well-balanced diet?
- Diabetes?
- Swollen lymph nodes in the neck?
- HIV/AIDS ?
- Hayfever, asthma, sinus trouble or hives?
- Stroke?
- Ulcer?
- Tires easily?
- Problems of the immune system?
- Vision, hearing, tasting or speech

# SpeaksOrthodontics

Smile Big...Smile Often!

- Dolor en el pecho, falta de aliento o inflamación de tobillos? Chest pain, shortness of breath or swelling  
ankles?
- Las amígdalas o adenoides condiciones? Tonsil or adenoid  
conditions?
- Osteoporosis? Skin  
Osteoporosis?
- Trastorno de la piel? Skin  
Disorder?
- Ojo, el oído, la nariz o la garganta condición? Eye, ear, nose or throat  
condition?
- Historia de trastorno alimentario? History of eating disorder (anorexia, bulimia)?  
bulimia)?
- Las alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes:** **Allergies or reactions to any of the following:**
- Anestésicos locales (novocaína o lidocaína) Local anesthetics (Novocaine or Lidocaine)
- Aspirina Ibuprofen (Motrin, Advil)  
Aspirin
- El ibuprofeno (Advil, Motrin) Ibuprofen (Motrin, Advil)
- La penicilina u otros antibióticos Penicillin or other  
antibiotics
- Cualquiera de un grupo de compuestos orgánicos sintéticos que inhiben el crecimiento bacteriano? (Sulfa drugs)
- La codeína u otros estupefacientes (Codeine or other narcotics)    Metales (joyas, ropa broches) (Metals)
- Vinilo (Vinyl)    Acrílico (Acrylic)    Animales (Animals)    Látex (guantes o globos) (Latex (gloves, balloons))
- Alimentos especificar Foods (specify) \_\_\_\_\_    Otras sustancias (especifique) Other substances (specify) \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando o ha tomado bifosfonatos intravenosos de graves trastornos óseos? Como: Zometa (zolendronic acid), Aredia (pamidronate), Didronel (etidronate)?  
\*Are you currently taking or have you ever taken any intravenous bisphosphonates for serious bone disorders/cancers: such as Zometa (zolendronic acid), Aredia (pamidronate), Didronel (etidronate)?
- ¿Está tomando o ha tomado bisfosfonatos orales para la osteoporosis, osteopenia u otros usos? Como: Fosamax (alendronate), Actonel (risendronate), Boniva (ibandronate) Skelid (tiludronate), Didronel (etidronate)?  
\*Are you currently taking or have you ever taken any oral bisphosphonates for osteoporosis, osteopenia or other uses: such as Fosamax (alendronate), Actonel (risendronate), Boniva (ibandronate) Skelid (tiludronate), Didronel (etidronate)?
- ¿Está tomando medicamentos, suplementos nutritivos, hierbas o no medicamentos que requieren receta médica? Por favor su nombre.  
\*Are you taking medication, nutrient supplements, herbal medications or non-prescription medicine? Please name them:
- Medicación (medication): \_\_\_\_\_ Da por (taken for): \_\_\_\_\_
- Medicación (medication): \_\_\_\_\_ Da por (taken for): \_\_\_\_\_
- Medicación (medication): \_\_\_\_\_ Da por (taken for): \_\_\_\_\_
- Medicación (medication): \_\_\_\_\_ Da por (taken for): \_\_\_\_\_
- Medicación (medication): \_\_\_\_\_ Da por (taken for): \_\_\_\_\_
- ¿Actualmente tiene, o ha tenido un problema de abuso de sustancias?  
\*Do you currently have or ever had a substance abuse problem?
- ¿Es usted mastica o fuma tabaco ? \*Do you chew or smoke tobacco?
- Operaciones? Describa \*Operations? Describe: \_\_\_\_\_
- Fue hospitalizado? Por \*Hospitalized? For: \_\_\_\_\_
- Otros problemas físicos o síntomas? Describa \*Other physical problems or symptoms? Describe: \_\_\_\_\_
- Ser tratado por otro profesional de la salud? Por: \_\_\_\_\_ Fecha de la examen physical reciente? \_\_\_\_  
\*Being treated by another health care professional? For: Date of most recent exam?
- ¿Tiene alguna otra condición médica que deberíamos conocer? \_\_\_\_\_  
\*Do you have any other medical conditions that we should know about?

## Sólo Mujeres (women Only)

- ¿Está embarazada? (Are you pregnant?)  
 ¿Estás anticipando quedar embarazada? (Are you anticipating becoming pregnant?)

## Historial Médico Familiar (Family Medical History)

¿Sus padres o hermanos tienen, o han tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas de salud: Si es así, por favor explique.

\*Do your parents or siblings have, or have ever had any of the following health problems: If so, please explain.

- Trastornos de la coagulación (Bleeding Disorders) \_\_\_\_\_  
Diabetes (Diabetes) \_\_\_\_\_  
Artritis (Arthritis) \_\_\_\_\_  
Las alergias graves (Severe allergies) \_\_\_\_\_  
Problemas dentales inusuales (Unusual dental problems) \_\_\_\_\_  
Mandíbula desequilibrio tamaño (Jaw size imbalance) \_\_\_\_\_  
Cualesquiera otras condiciones médicas familiares que deberíamos saber? \_\_\_\_\_  
\*Any other family medical conditions that we should know about?

## Historia Dental (Dental History)

**Ahora o en el pasado, tiene el paciente tenía: (Now or in the past, has the patient had:)**

- Dientes permanentes o adicionales retirados? (Permanent or "extra"(supernumerary) teeth removed?)  
 Supernumerary o dientes ausencia congénita? (Supernumerary (extra) or congenitally missing teeth?)  
 Astillados o lesionados dientes de leche o dientes permanentes? (Chipped or otherwise injured primary or permanent teeth?)  
 Dientes sensibles al calor o al frío; latido dientes o dolor? (Teeth sensitive to hot or cold; teeth throb or ache?)  
 Fracturas mandibulares, quistes o infecciones de la boca? (Jaw fractures, cysts or mouth infections?)  
 "Dientes muertos" o conductos radiculares tratados? ("Dead teeth" or root canals treated?)  
 Sangrado de las encías, mal sabor de boca o mal aliento? (Bleeding gums, bad taste or mouth odor?)  
 Periodontales "problemas en las encías"? (Periodontal "gum problems"?)  
 Impactación de alimentos entre los dientes? (Food impaction between teeth?)  
 "Goma hierve", úlceras bucales frecuentes o herpes labial? ("gum boils", frequent canker sores or cold sores?)  
 Pulgar, dedo, o el hábito de succión? ¿Hasta qué edad? \_\_\_\_\_ (Thumb, finger, or sucking habit? Until what age?)  
 Hábito de deglución anormal (tongue thrusting)? (Abnormal swallowing habit (tongue thrusting)?)  
 Historia de los problemas del habla? (History of speech problems?)  
 Hábito Respirar por la boca, ronquidos o dificultad para respirar? (Mouth breathing habit, snoring or difficulty in breathing?)  
 Molienda de dientes o apretar la mandíbula? (Tooth grinding or jaw clenching?)  
 Cualquier dolor, chasquido o bloqueo en la mandíbula o zumbido en los oídos?  
(Any pain, clicking or locking in jaw or ringing in the ears?)  
 Cualquier dolor o molestia en los músculos de la cara o alrededor de los oídos?  
(Any pain or soreness in the muscles of the face or around the ears?)  
 Dificultad en la masticación o la mandíbula de apertura? (Difficulty in chewing or jaw opening?)  
 ¿Alguna vez ha tratado de problemas de la mandíbula? (Have you ever been treated for "TMD" or "TMJ" problems?)  
 Consciente de sueltas, rotas o faltantes restauraciones (fillings)? (Aware of loose, broken, or missing restorations (fillings)?)  
 Ningún diente mejilla irritante, los labios, la lengua o el paladar? (Any teeth irritating cheek, lip, tongue or palate?)  
 Preocupado por separado, los dientes torcidos o que sobresalen? (Concerned about spaced, crooked or protruding teeth?)  
 Consciente o preocupados por debajo o por encima de la mandíbula desarrollada?  
(Aware or concerned about under or over developed jaw?)  
 Cualquier relación con las relaciones de los dientes o de la mandíbula similares?  
(Any relative with similar tooth or jaw relationships?)  
 Cualquier problema de muelas del juicio? (Any wisdom tooth problems?)  
 Recibido tratamiento periodontal(gum)? (Had periodontal (gum) treatment?)

# SpeaksOrthodontics

Smile Big...Smile Often!

- Tenía problemas serios asociados con cualquier tratamiento dental previo?  
(Had any serious trouble associated with any previous dental treatment?)
- ¿Has estado bajo el cuidado de otro dentista? Especialista\_\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_ (Been under another dentist's care? Specialist? Other?)
- Alguna vez has tenido un examen de ortodoncia previa o tratamiento? (Ever had a prior orthodontic examination or treatment?)
- ¿Te objetar el uso de aparatos de ortodoncia (frenos) en caso de que se indicarán?  
(Would you object to wearing orthodontic appliances (braces) should they be indicated?)
- ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? (How often do you brush?):\_\_\_\_\_ Usar el hilo dental? (Floss):\_\_\_\_\_
- ¿Cuál es su principal preocupación ? ¿Por qué estás aquí? (What is your primary concern? Why are you here?):\_\_\_\_\_
- ¿Preguntas? (Questions?):\_\_\_\_\_

He leído y entendido las preguntas anteriores. No voy a mantener mi ortodontista o cualquier miembro de su personal responsable de los errores u omisiones que he cometido al llenar este formulario. Si hay algún cambio posterior a este registro de la historia o el estado médico / dental , voy a informar a esta práctica.

\*I have read and understand the above questions. I will not hold my orthodontist or any member of his staff responsible for any errors or omissions that I have made in the completion of this form. If there are any changes later to this history record or medical/dental status, I will inform this practice.

Firmado (Signed):\_\_\_\_\_ Fecha de la firma (Date Signed):\_\_\_\_\_

Paciente (Patient)

Firmado (Signed):\_\_\_\_\_ Fecha de la firma (Date Signed):\_\_\_\_\_

Miembro del personal dental (Dental staff member)

---

## Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

### Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

**\*\*Usted puede negarse a firmar este Reconocimiento\*\***  
**\*\*You May Refuse to Sign This Acknowledgement\*\***

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del Aviso de esta oficina de prácticas de privacidad. (I, \_\_\_\_, have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.)

\_\_\_\_\_  
Por favor Imprimir Nombre (Please Print Name)

\_\_\_\_\_  
Firma (Signature)

\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)

---

Sólo para uso interno (For Office Use Only)

---

Se intentó obtener dicho acuso de recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad , pero el reconocimiento no se pudo obtener debido a que:

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

3141 Irving Street  
Suite #201  
Denver, CO 80211

Office (303) 292-1780  
Fax (720) 328-5330  
info@speaksorthodontics.com

- El individuo rehusó firmar (Individual refused to sign)
  - Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación (Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement)
  - Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación (An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement)
  - Otros (Especificar) Other (Please Specify)
- 
- 
- 

## **Nombramiento y Directrices para la Oficina** Appointment and Office Guidelines

Nombre del paciente (Patient's Name): \_\_\_\_\_

Nos damos cuenta de que todos nuestros pacientes de ortodoncia tienen muchas obligaciones importantes, ya sean de trabajo o al colegio. Valoramos su tiempo tanto como padres y como pacientes. Como se puede imaginar, un horario bien organizado requiere una considerable estructura de templado con flexibilidad. Ya que nuestros pacientes más jóvenes están en edad escolar, es inevitable que alguna escuela será extrañada, aunque hacemos todo lo posible para mantener a un mínimo. Muchas oficinas exigen un horario estricto de alternar entre las citas de mañana y tarde para sus pacientes. Con su cooperación, esperamos nunca necesidad de implementar una norma de este tipo. Sería imposible ofrecer todas las citas después del trabajo o la escuela. Hacerlo requeriría horas diarias de la oficina de 3-11PM! Programamos específicamente citas largas durante las horas de clase y las citas más cortas después de la escuela. Al hacer esto, no nos reservamos toda una tarde por tres o cuatro pacientes, sino acomodar a tantas familias como sea posible con citas de la tarde. Excusas de ausencia pueden proporcionarse cuando sea necesario por la escuela o el empleador del paciente.

(We realize that all of our orthodontic patients have many important obligations, whether they are to work or to school. We value your time both as parents and as patients. As you can imagine, a well-organized schedule requires considerable structure tempered with flexibility. Since our younger patients are of school age, it is unavoidable that some school will be missed, although we make every effort to keep this to a minimum. Many offices mandate a strict schedule of alternating between morning and afternoon appointments for their patients. With your cooperation, we hope to never need to implement such a rule. It would be impossible to offer all appointments after work or school. Doing so would necessitate daily office hours from 3-11PM! We specifically schedule long appointments during school hours and shorter appointments after school. By doing this, we do not reserve an entire afternoon for three or four patients, but rather accommodate as many families as possible with afternoon appointments. Absence excuses can be provided when needed by the patient's school or employer.)

**Hora de llegada:** Debido a nuestro programa ha sido cuidadosamente diseñado para minimizar el tiempo que necesita para pasar en nuestra oficina, temprano o llegar tarde a las citas puede ser un problema. Para ser justos con los demás pacientes, vemos pacientes según hora de la cita, no la hora de llegada. Veremos si nuestros pacientes inasistentes horario se lo permite, pero preferimos no a "exprimir" las llegadas tarde, ya que obliga a todos los pacientes después de verse tarde y es injusto para los pacientes que llegan con prontitud. Llegadas tardías pueden necesitar ser reprogramado para otro día si una apertura más tarde en el.



# SpeaksOrthodontics

Smile Big...Smile Often!

**(Arrival Time:** Because our schedule is carefully designed to minimize the time you need to spend in our office, early or late arrivals for appointments can pose a problem. In fairness to other patients, we see patients according to appointment time, not arrival time. We will see late patients if our schedule permits, but we prefer not to "squeeze in" late arrivals, as this forces every subsequent patient to be seen late and is unfair to patients who arrive promptly. Late arrivals may need to be rescheduled to another day if a later opening in the schedule is not available.)

**Cita Perdida:** Extendemos a nuestros pacientes la cortesía de estar disponible en el momento designado o reprogramación con suficiente antelación cuando de vez en cuando es necesario. Respetuosamente solicitamos que nos extender la misma cortesía. Si usted no puede asistir a su cita, por favor háganoslo saber por lo menos 24 horas de antelación para que podamos reprogramar usted apropiadamente y ofrecer ese tiempo a otro paciente. Si tenemos que reprogramar una cita después de la escuela, puede ser necesario programar durante el horario escolar para evitar cualquier retraso adverso en el progreso del tratamiento del paciente. No es una buena idea para retrasar el tratamiento programado en exceso con el fin de obtener una cita después de escuela.

**(Missed Appointment:** We extend to our patients the courtesy of being available at the appointed time or rescheduling well in advance when occasionally necessary. We respectfully request that you extend us the same courtesy. If you are unable to keep your scheduled appointment, please let us know at least 24 hours in advance so we may reschedule you appropriately and offer that time to another patient. If we need to reschedule an after school appointment, it may need to be scheduled during school hours to avoid any adverse delay in the patient's treatment progress. It is not a good idea to delay the scheduled treatment excessively in order to obtain an after school appointment.)

**Appliance daños:** Si usted está enterado de un soporte flojo u otros daños a sus electrodomésticos, por favor llame antes de la próxima cita. Esto nos permitirá ajustar el tiempo a su cita o reprogramar para reparar el aparato dañado. Puede que no sea posible reparar los aparatos en su visita regular, especialmente en horas de la tarde ocupada. Tratamos de separar tiempo para reparar electrodomésticos de la mañana 9AM -11AM. Si usted llega a su cita programada regularmente con los aparatos dañados, sólo puede ser capaz de hacerlo sentir cómodo y reprogramar para la reparación. Demasiados electrodomésticos dañados retrasarán tratamiento. Una carga puede ser necesario para el daño aparato excesiva. Después de cinco bandas sueltas / rotas o soportes, un cargo de \$ 35.00 por el soporte se puede evaluar .

**(Appliance Damage:** If you are aware of a loose bracket or other damage to your appliances, please call prior to the next appointment. This will allow us to adjust the time for your appointment or reschedule to repair the damaged appliance. It may not be possible to repair appliances at your regular visit, especially in the busy afternoon hours. We try to set aside time to repair appliances in the morning from 9AM to 11AM. If you arrive at your regularly scheduled appointment with damaged appliances, we may only be able to make you comfortable and reschedule for the repair. Too many damaged appliances will delay treatment. A charge may be necessary for excessive appliance damage. After five loose/broken bands or brackets, a charge of \$35.00 per bracket may be assessed.)

**Emergencias:** Los pacientes con dolor, hinchazón o sangrado deberán llamar a nuestra oficina para determinar si necesitan ser visto por uno de nuestro personal de la oficina. Podría necesitar una canalización que hacer con su dentista o un especialista para el tratamiento cuando el trauma está presente.

**(Emergencies:** Patients with pain, swelling or bleeding should call our office to determine if they need to be seen by one of our office staff. A referral may need to be made to your dentist or a specialist for treatment when trauma is present.)

**Mudanza:** (transferencia a otro ortodoncista): Si el paciente se mueve o transferencias a otra ubicación/ ortodoncista mientras que todavía en tratamiento activo, se aplica lo siguiente:

Todos los registros originales son, y deben seguir siendo propiedad de Speaks Orthodontics. Existe un cargo por \$25.00 registros/administración que serán evaluados por la duplicación y la transferencia de los registros de diagnóstico (modelos, radiografías, fotografías, etc.). Antes de la transferencia, su contrato será revisado y calculará de acuerdo con las cantidades asignadas a la colocación del aparato y meses el paciente ha estado en tratamiento. Vamos a revisar esto con ustedes, como lo hicimos el contrato inicial, de modo que usted puede ser clara con respecto a la cantidad debida a nuestra oficina hasta el momento de la transferencia, y luego se harán los ajustes sobre el posible exceso de pago (crédito) o incompleto (balance todavía debido) en la cuenta.

# SpeaksOrthodontics

Smile Big...Smile Often!

Nuevos arreglos financieros, que pueden variar de la nuestra, y son completamente exclusiva de la nuestra, tendrá que ser hecho por usted y su nuevo ortodoncista.

**Moving:** (transferring to another orthodontist): If the patient moves or transfers to another location/orthodontist while still undergoing active treatment, the following applies:

All original records are, and must remain, the property of Speaks Orthodontics. A \$25.00 records/administration fee will be assessed for the duplication and transfer of diagnostic records (models, x-rays, photographs, etc.). Prior to the transfer, your contract will be reviewed and recalculated in accordance with amounts allocated towards appliance placement and months the patient have been in treatment. We will review this with you, as we did your initial contract, so that you may be clear regarding the amount due to our office up to the time of transfer, adjustments will then be made concerning possible overpayment (credit) or underpayment (balance still due) on the account. New financial arrangements, which may vary from ours, and are completely exclusive of ours, will need to be made by you and your new orthodontist.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
(Patient's Name:)

Responsable Firma del partido: \_\_\_\_\_  
(Responsible Party Signature:)

Fecha: \_\_\_\_\_  
(Date:)

## **Autorizo a fotografiar y autorización de uso de fotografía(s)** **Consent to be Photographed and Authorization to use Photograph(s)**

El abajo firmante, el consentimiento voluntario e irrevocable, para mí y/o mi hijo(a), para ser fotografiado por un fotógrafo empleado, involucrado, o de otro modo aprobado por el Dr. Speaks y Speaks Orthodontics. Entiendo que el uso previsto de la fotografía(s) es para la publicidad, la educación, el marketing o campañas de información pública del Dr. Speaks y Speaks Ortodontics en la prensa, la televisión, y/o en el Internet, y que otros usos de la fotografía(s) también se pueden hacer.

(I, the undersigned, voluntarily and irrevocably consent, for myself and/ or my child(ren), to be photographed by a photographer employed, engaged, or otherwise approved by Dr. Speaks and Speaks Orthodontics. I understand that the intended use of the photograph(s) is for publicity, education, marketing or public information efforts of Dr. Speaks and Speaks Orthodontics in print, television, and/or on the internet, and that other uses of the photograph(s) also may be made.)

Yo autorizo irrevocablemente a cualquier y todos los usos, por o en nombre de Dr. Speaks y Speaks Orthodontics de la fotografía(s)/video(s) yo y/o mi hijo(a) que representa, en todo o en parte, y entiendo que no será pagado o compensado por el Dr. Speaks or Speaks Orthodontics de ninguna manera por la toma o el uso de la fotografía(s).

(I irrevocably authorize any and all uses, by or on behalf of Dr. Speaks and Speaks Orthodontics of the photograph(s)/video(s) depicting me and/or my child(ren), in whole or in part, and understand that I will not be paid or compensated by Dr. Speaks and Speaks Orthodontics in any way for the taking or use of the photograph(s).)

Yo libero y descargo Dr. Speaks y Speaks Orthodontics y sus directivos, empleados , agentes y representantes de cualquier reclamo, responsabilidad o resultados causada por el uso de dicha fotografía(s) de mí y/o mi hijo(a), que ahora he autorizado voluntariamente como un regalo para el Dr. Speaks y Speaks Orthodontics.

(I hereby release and discharge Dr. Speaks and Speaks Orthodontics and its managers, employees, agents, and representatives from any claims, liability or results caused by the use of said photograph(s) of me and/or my child(ren), which I have now voluntarily authorized as a gift to Dr. Speaks and Speaks Orthodontics.)





Nombre del paciente (Patient's Name): \_\_\_\_\_

Firma del Paciente (Patient's Signature): \_\_\_\_\_

Fecha (Date): \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de 18 años de edad: (If the patient is under 18 years of age:)

Firma del Padre o Tutor (Parent or Guardian Signature): \_\_\_\_\_

Fecha (Date): \_\_\_\_\_

---

### **Aviso de Prácticas de Privacidad** Notice of Privacy Practices

---

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información.

This notice describes how health information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information.

Por favor revise cuidadosamente. (Please review it carefully.)  
La privacidad de su información de salud es importante para nosotros.  
(The privacy of your health information is important to us.)

---

#### **Nuestro Deber Legal**

Estamos obligados por la ley federal y estatal aplicable a mantener la privacidad de su información de salud. 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 que se describen en el Aviso mientras esté en el efecto. Este Aviso entra en vigencia (MM/DD/AÑO), y permanecerá en vigor hasta que lo reemplacemos.

#### **Our Legal Duty**

We are required by applicable federal and state law to maintain the privacy of your health information. We are also required to give you this Notice about our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your health information. We must follow the privacy practices that are described in the Notice while it is in the effect. This Notice takes effect (MM/DD/YR), and will remain in effect until we replace it.

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 para toda la información de salud 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, le cambia este aviso y haremos el aviso nuevo disponible a petición.

# SpeaksOrthodontics

Smile Big...Smile Often!

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this Notice at any time, provided such changes are permitted by applicable law. We reserve the right to make the changes in our privacy practices and the new terms of our Notice effective for all health information that we maintain, including health information we created or received before we made the changes. Before we make a significant change in our privacy practices, we will change this Notice and make the new Notice available upon request.

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.

You may request a copy of our Notice at any time. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this Notice, please contact us using the information listed at the end of this Notice.

---

## **Usos y divulgaciones de información médica (Uses and Disclosures of Health Information)**

Podemos utilizar y divulgar su información de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo: (We use and disclose health information about you for treatment, payment, and healthcare operations. For example:)

**Tratamiento:** Podemos utilizar o divulgar su información de salud a un médico u otro profesional de la salud le proporciona el tratamiento.

**Treatment:** We may use or disclose your health information to a physician or other healthcare provider providing treatment to you.

**Pago:** Podemos utilizar o divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le brindamos.

**Payment:** We may use or disclose your health information to obtain payment for services we provide to you.

**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 programas de capacitación evaluación de la calidad y actividades de mejora, revisión de la competencia o cualificación de los profesionales de la salud, médico de evaluación y desempeño de los proveedores, la realización, la acreditación, certificación, licencia o actividades de acreditación.

**Healthcare Operations:** We may use and disclose your health information in connection with our healthcare operations.

Healthcare operations include quality assessment and improvement activities, reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals, evaluation practitioner and provider performance, conducting training programs, accreditation, certification, licensing or credentialing activities.

**Su Autorización:** Además de nuestro uso de su información de salud para el tratamiento, pago o cuidado de la salud, usted puede darnos la autorización escrita para utilizar su información de salud o para revelarla a cualquiera para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o revelación permitida mientras la autorización estuvo vigente. A menos que usted nos da una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información de salud por cualquier motivo, excepto los que se describen en este aviso.

**Your Authorization:** In addition to our use of your health information for treatment, payment or healthcare operations, you may give us written authorization to use your health information or to disclose it to anyone for any purpose. If you give us an authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us a written authorization, we cannot use or disclose your health information for any reason except those described in this Notice.

**Su Familia y sus Amigos:** Debemos divulgar su información de salud para usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente en este Aviso. Podemos revelar su información médica a un familiar, amigo u otra persona hasta el grado necesario para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero sólo si usted acepta que podemos hacerlo.

**To Your Family and Friends:** We must disclose your health information to you, as described in the Patient Rights section of this Notice. We may disclose your health information to a family member, friend or other person to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare, but only if you agree that we may do so.

**Las personas involucradas en el cuidado:** Podemos usar o divulgar su información de salud para notificar, o ayudar en la notificación (incluyendo la identificación o localización) un miembro de la

3141 Irving Street  
Suite #201  
Denver, CO 80211

Office (303) 292-1780  
Fax (720) 328-5330  
[info@speaksorthodontics.com](mailto:info@speaksorthodontics.com)

# SpeaksOrthodontics

Smile Big...Smile Often!

familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su condición general, o la muerte. Si usted está presente, entonces antes de su uso o divulgación de su información de salud, le proporcionará la oportunidad de oponerse a tales usos o revelaciones. En el caso de su 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 utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés en permitir a una persona recoger sus recetas, suministros médicos, radiografías, u otras formas similares de información de médico.

**Persons Involved in Care:** we may use or disclose health information to notify, or assist in the notification of (including identifying or locating) a family member, your personal representative or another person responsible for your care, of your location, your general condition, or death. If you are present, then prior to use or disclosure of your health information, we will provide you with an opportunity to object to such uses or disclosures. In the event of your incapacity or emergency circumstances, we will disclose health information based on a determination using our professional judgment disclosing only health information that is directly relevant to the person's involvement in your healthcare. We will also use our professional judgment and our experience with common practice to make reasonable inferences of your best interest in allowing a person to pick up filled prescriptions, medical supplies, x-rays, or other similar forms of health information.

---

**Propósito:** Esta forma, Aviso de Prácticas de Privacidad, se presenta la información que la ley federal nos exige dar a nuestros pacientes con respecto a nuestras prácticas de privacidad. (Nota: Este formulario puede ser necesario cambiar para reflejar las políticas de privacidad específicas de la práctica dental y/o leyes estatales más estrictas.)

**Purpose:** This form, Notice of Privacy Practices, presents the information that federal law requires us to give our patients regarding our privacy practices. (Note: this form may need to be changed to reflect the dental practice's particular privacy policies and/or stricter state laws.)