



# Dr. Richard Byrd & Associates ORTHODONTICS

## Información del paciente

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Mr/Mrs/Ms: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Apodo: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado marcial: \_S\_C\_D\_V\_P  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_  
Telefono de Casa : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono de Celular : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Mejor contacto: Casa Celular  
Fecha De Nacimiento : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Seguro Social : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Correo Electronico: \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Información de la persona responsable del pago ( si es diferente al paciente):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Telefono de Casa : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono de Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Si usted está cubierto por el seguro dental , por favor complete lo siguiente:

Nombre de aseguranza **(Primaria)**: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza : \_\_\_\_\_  
Empleador (Si través de ocupación) : \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Seguro Social : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de aseguranza **(Segundaria)**: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza : \_\_\_\_\_  
Empleador (Si través de ocupación) : \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Seguro Social : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

### Autorización y Divulgación de información:

Estoy de acuerdo que mi compañía de seguro dental puede ser facturado por servicios prestados y el pago se hace directamente al Dr. Richard Byrd & Associates . También asumo responsabilidad por cualquier porción del costo del tratamiento no cubierto por mi seguro . Por la presente doy autorización para la divulgación de cualquier información solicitada o requerida por mi compañía de seguros con respecto a cualquier reclamo del seguro.

Firma de Paciente / Padre / Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Dr. Richard Byrd & Associates ORTHODONTICS

## Información del paciente

### Información Historia de la Salud:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia a la siguiente?:  Látex     Penicilina     Aspirina     Codeína

Otro: \_\_\_\_\_

### Compruebe cualquiera de los siguientes, que se aplica a usted presente o pasado :

El sangrado anormal / excesivo	Diabetes	Presión Baja
Anemia	Epilepsia	Prolapso de la válvula mitral
Artritis	Soplo En el Corazon	Cirugía a corazón abierto
Articulaciones artificiales	Problemas del Corazon	Marcapasos
Asma	Hepatitis A__ B__ C__	Tratamiento de Radiación
Enfermedad de sangre	Presión Alta	Enfermedad Respiratoria
Cancer _____	VIH / SIDA	Fiebre reumática
Quimoterapia	Ictericia	Apnea del sueño
Herpes Labial/Ampollas de fiebre	Enfermedad del Riñón	ETS _____
Lesiones Cardíacas Congénitas	Enfermedad del Hígado	Tuberculosis

EPOC

¿Se toma anticoagulantes o aspirina diaria? \_\_\_\_\_ ¿Está embarazada o amamantando ? \_\_\_\_\_

¿Cualquier reacción inusual a la anestesia local ? ¿sí?, explique: \_\_\_\_\_

¿Cualquier historia de uso de bisfosfonatos? ¿Para tratar la osteoporosis o enfermedades similares? \_\_\_\_\_

¿Cualquier hospitalizaciones en los últimos dos años? ¿Si? , explique: \_\_\_\_\_

¿Cualquier cirugías en los últimos dos años? ¿Si? , explique: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono:( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de ultima cita: \_\_\_\_\_ Rason por visita: \_\_\_\_\_

Preocupaciones de comportamiento ( por ejemplo : TDAH , autismo , TOC , depresión y / o ansiedad ) : \_\_\_\_\_

### Lista de medicamentos , dosis y razón de tomar :

Medicamentos	Dosis	Razón de tomar
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Observaciones: \_\_\_\_\_

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente / Padre / Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Dr. Richard Byrd & Associates ORTHODONTICS

## Información del paciente

### Informacion Dental

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su principal preocupación para el día de hoy visitan? \_\_\_\_\_

¿Fecha de su última visita al dentista? \_\_\_\_\_ ¿Nombre del Dentista? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún diente o dientes rotos que causan molestias? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido una experiencia desagradable dental , ¿Si?, explique: \_\_\_\_\_

¿Sus encías sangran con facilidad ? \_\_\_\_\_ ¿ Si, Cuando? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna molestia en la mandíbula? \_\_\_\_\_ ¿Se remacha o rechina los dientes? \_\_\_\_\_

¿Usted fuma o usa productos de tabaco ? \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido un tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_

¿Ha usado un producto para blanquear los dientes ? \_\_\_\_\_ ¿Si? , cuándo y qué producto? \_\_\_\_\_

¿Le gusta su sonrisa? \_\_\_\_\_ Lista cualquier cambio en su sonrisa que le gustaría cambiar \_\_\_\_\_

### Consentimiento:

• Los niños menores de 18 años deben estar acompañados por un padre o Guardian legal para sus citas. Esto incluye nuevas citas de los pacientes (Consultas), seis meses citas de limpieza de recordatorio, las citas de restauración, y todas las citas de ortodoncia. Es la ley del estado que un padre o Guardian legal estén presentes. Si su niño es llevado por cualquier otra persona, se les pedirá que reprogramen su cita. Más aún, debido a las regulaciones de HIPPA (leyes de confidencialidad), no podemos discutir el tratamiento con cualquiera que no sea un padre o Guardian legal. Una vez que el paciente cumpla los 18 años de edad no estamos obligados a discutir el tratamiento o información de cuenta con nadie mas que el paciente .

**Doy mi consentimiento para hablar de los registros del paciente y, o la informacion del tratamiento a las siguientes personas que están involucradas en el cuidado o el pago por el cuidado del paciente.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: Madre Padre Guardian

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: Madre Padre Guardian

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: Madre Padre Guardian

**My consent to disclosure of records shall be effective until I revoke it in writing.**

**Firma de Paciente / Padre / Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**



# Dr. Richard Byrd & Associates

And Pediatric Dentistry

## PATIENT HIPAA CONSENT FORM

I understand that I have certain rights to privacy regarding my protected health information. These rights are given to me under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). I understand that by signing this consent I authorize you to use and disclose my protected health information to carry out:

- Treatment (including direct or indirect treatment by other healthcare providers involved in my treatment);
- Obtaining payment from third party payers (e.g. my insurance company);
- The day-to-day healthcare operations of your practice.

I have also been informed of and given the right to review and secure a copy of your Notice of Privacy Practices, which contains a more complete description of the uses and disclosures of my protected health information and my rights under HIPAA. I understand that you reserve the right to change the terms of this notice from time to time and that I may contact you at any time to obtain the most current copy of this notice.

I understand that I have the right to request restrictions on how my protected health information is used and disclosed to carry out treatment, payment and health care operations, but that you are not required to agree to these requested restrictions. However, if you do agree, you are then bound to comply with this restriction.

I understand that I may revoke this consent, in writing, at any time. However, any use or disclosure that occurred prior to the date I revoke this consent is not affected.

I authorize the following individuals to present with my child in my absence and for you to release protected health information to them:

_____	_____
Name	Relationship

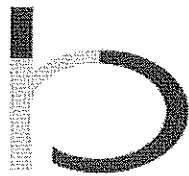
_____	_____
Name	Relationship

Print patients full name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Relationship to Patient \_\_\_\_\_



## Dr. Richard Byrd & Associates

ORTHODONTIOS & PEDIATRIC DENTISTRY

### Política de enfermedad

Para asegurar la salud de todos nuestros pacientes y personal pedimos que cuando un paciente está enfermo llamen para reprogramar su cita. Si un proveedor médico hace un diagnóstico específico, por favor háganoslo saber. Los siguientes criterios se describen para ayudarle a decidir cuándo debe reprogramarse debido a una enfermedad:

- Fiebre relacionada con la enfermedad dentro de un período de 24 horas antes de la cita programada
- Enfermedad contagiosa, como la Varisela o el virus Coxsackie (enfermedad de manos, pies y boca)
- Piojos, tiña o sarna que no son tratados y son contagiosos para otros
- Infecciones respiratorias superiores (oído, nariz, garganta)
- Conjuntivitis (ojos rosados o rojos con moco espeso o drenaje de pus del ojo). El paciente puede ser reprogramado 24 horas después del inicio del tratamiento con receta
- Diarrea con enfermedad (vómitos, fiebre y / o erupción cutánea) - El paciente puede estar presente si la diarrea no está relacionada con la enfermedad, I.E. Causada por antibióticos o sensibilidad al alimento
- Erupción cutánea no diagnosticada o erupción cutánea atribuible a una enfermedad o afección contagiosa
- Úlceras de la piel que están abiertas y drenando (incluyendo cosas tales como impétigo, etc.)
- Estreptococo- Podemos ver al paciente una vez que el paciente he estado tomando un antibiótico durante 24 horas y no tuvo fiebre durante 24 horas.
- Enfermedades prevenibles por la vacuna (paperas, sarampión, tos ferina, etc.) - El paciente puede regresar después de que un proveedor médico considere que no es contagioso
- Vómitos (Dos o más episodios en las últimas 24 horas) - Hasta que el vómito se resuelva o un proveedor de atención médica determine que la causa no es comunicable, el paciente no debe ser visto

Apreciamos su cooperación con nuestra política de enfermedad. Al firmar a continuación, usted entiende que no podemos ver al paciente con cualquiera de las enfermedades mencionadas arriba. Si tenemos alguna razón para creer que el paciente tiene alguna de estas enfermedades, por favor entienda que podemos respetuosamente pedirle que vuelva a programar la cita. En algunos casos, puede ser necesaria una nota del médico.

\_\_\_\_\_  
Paciente / Padre / Pareja Responsable Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Dr. Richard Byrd & Associates**  
ORTHODONTICS & PEDIATRIC DENTISTRY

**Consentimiento Informado del Dentista Pediatrico**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Para eliminar la presencia de caries dental, se recomienda el siguiente tratamiento (s) para su hijo. También se enumeran los riesgos o complicaciones comunes de dicho tratamiento. Por favor haga cualquier pregunta que pueda tener antes de firmar este formulario. **Al firmar este formulario usted está indicando que usted entiende la naturaleza del tratamiento propuesto, los riesgos y las alternativas a dicho tratamiento, y las consecuencias de no ir bajo tratamiento. Usted indica, además, que todas sus preguntas han sido contestadas a su satisfacción completa, y que usted cree que sea en el mejor interés de su hijo para proceder con el tratamiento propuesto. Tenga en cuenta que no es posible predecir o garantizar el resultado del tratamiento.**

1. **Propuesta / Tratamiento Recomendado:** Radiografías (rayos X), restauraciones / rellenos (amalgama de plata o de dientes rellenos de color) coronas, compuestos o resinas, extracciones, tratamiento de conducto radicular (nervio tratamiento-pulpotomía / pulpectomía), coronas de acero inoxidable, la profilaxis (limpiezas / escala), tratamiento con flúor, selladores, mantenedores de espacio, y/ u otro: \_\_\_\_\_
2. **Beneficios y Tratamientos alternativos:** Extracción de la decadencia y la restauración de los dientes o la eliminación de los dientes y la colocación de mantenedores de espacio (donde se indica) permite para la salud oral más óptima. Esto permite una mejor masticación (masticación), el habla y la salud en general. También ayuda a los dientes permanentes en erupción en una posición más favorable. Alternativas para el tratamiento son: **A)** hacer nada: Observar / viendo la decadencia procesamiento Esto permite que el decaimiento de seguir y puede conducir a la infección y / o la pérdida de espacio / extracciones. **B)** La extracción del diente con caries, incluso si puede ser salvado. **C)** No es la colocación de un mantenedor de espacio cuando sea necesario puede conducir a la pérdida en el espacio y el hacinamiento. Todas las alternativas requieren compromisos que puedan afectar la salud dental y médico general de su hijo.
3. **Riesgos comunes:** los riesgos más comunes incluyen, pero no se limitan a: **A)** La alergia al látex utilizado en algunos guantes dentales. **B)** La alergia a los anestésicos locales y tópicos utilizados. **C)** La alergia a los materiales de relleno. **D)** El morder roce o excesivo de la mejilla, los labios o la lengua cuando insensible que puede dar lugar a enrojecimiento, sangrado o cicatrices. **E)** La infección. **F)** decaiga más lejos que requiere tratamiento adicional. **G)** La pérdida de dientes. **H)** La parestesia (pérdida de sensibilidad). **I)** La sensibilidad a la temperatura (al morder / masticar). **J)** la pérdida de espacio.
4. **Las consecuencias de no realizar el tratamiento recomendado:** La caries dental es y está en proceso infeccioso; puede propagarse de un diente a otro, y aumentará si no se tratan. En caso de que el proceso de descomposición siga sin control, los dientes adicionales pueden convertirse en descomposición y / o antes de tiempo perdido. Los dientes con caries pueden llegar a ser de tamaño reducido que puede causar la pérdida de espacio que requiere un tratamiento de ortodoncia.

Se harán todos los esfuerzos razonables para asegurar que la condición dental de su hijo es tratado adecuadamente, aunque no es posible garantizar los resultados.

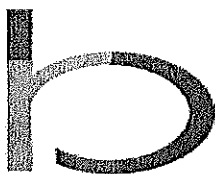
I give my consent for the proposed treatment.

I refuse to give my consent for the proposed treatment and acknowledge that I have been informed of potential consequences of my decision to refuse treatment.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/ Guardian

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Dr. Richard Byrd & Associates

ORTHODONTICS & PEDIATRIC DENTISTRY

## Referido Del Paciente

Gracias por elegir al *Dr. Lindsey North* del Dr. Richard Byrd & Associates. Nuestro objetivo es proporcionar el mejor tratamiento al mejor precio. Le animamos a hacer preguntas y esperamos poder servirle. Nuestros pacientes y médicos de referencia les gusta hablar con los demás acerca de nosotros, así que por favor tome un momento para decirnos a quien tenemos que agradecer!

Nombre del paciente : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

Dentista del paciente : \_\_\_\_\_ Localización (ciudad) : \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca de nuestra práctica? Por favor seleccione TODAS las respuestas válidas.

Referencia del Dentista/Doctor Name: \_\_\_\_\_

Referencia de Familia/Amigo Name: \_\_\_\_\_

Referencia de un Miembro del Personal Name: \_\_\_\_\_

Nuestro sitio web ( drBYRDdds.com )

Búsqueda en el internet ( una búsqueda básica de " dentista pediatrico " )

Informe de HealthGrades

Facebook ( Dr. Richard L. Byrd & Associates Forest Hill Avenue)

Referencia de la Compañía de seguridad

Vi el anuncio de Dr. Byrd en Chesterfield Town Center

La lista de Angie, Burea de Negocio Mejor, o Yelp búsqueda/revisión

Otros: \_\_\_\_\_