

## Lista de Verificación de la Aplicación

**ES SU RESPONSABILIDAD INCLUIR TODOS LOS DOCUMENTOS.  
NOSOTROS NO LO CONTACTAREMOS SI LA APPLICACION ESTA INCOMPLETA.**

	Aplicación – Completa con tinta negra o azul		Referencia Dental
	Contrato- Leído y firmado por la persona responsable y aplicante		Libreta de Calificaciones Escolar (Si está en la escuela)
	Questionario del aplicante – Escrito a mano por el/ella		Autorización Medica de sus Guardianes Legales
	Información del hogar – Completa y precisa		Información de nuevo paciente
	Traduzca sus respuestas a Inglés		
	2 Cartas de recomendación – 2 cartas de maestros o líderes de la comunidad con sus datos de contacto. (Puede incluir cartas adicionales si desea de familia/amigos, pero las 2 cartas requeridas no pueden ser de familia/amigos.)		
	Fotos (mínimo 3) – Vea el ejemplo y las instrucciones incluidas, y las fotos deben ser claras y no borrosas		

### BECA DE ORTODONCIA

Estamos orgullosos de brindar tratamiento de ortodoncia a niños y jóvenes con desafíos financieros, situaciones especiales, y necesidades de ortodoncia. Las bevas son limitadas y basadas en necesidades financieras, necesidad de ortodoncia, y aplicación completa y precisa. La selección es basada en la información proporcionada dentro de la aplicación, (en decir; ensayo personal, carácter, cartas de recomendación, referencia dental, la cartilla escolar, y las fotos) así también como en la evaluación en persona y las citas.

### REQUISITOS

Aplicante debe...

- Tener entre 10-21\* años
- Tener dificultades financieras  
(**Si es seleccionado** se necesitara prueba de ingresos, dificultad financiera antes del tratamiento, W2, declaración de impuestos, carta de adjunción de SSI, carta de concesión de TANF.)
- Tener buena higiene oral y haber tenido una limpieza dental en los pasados 6 meses.
- Tener necesidad para frenos
- Estar inscrito en la escuela (4-12)
- Demostrar una actitud positiva
- Seguir y cumplir el plan de tratamiento establecido Wilson & Kim Orthodontics y el contrato incluido
- Demostrar ganas de involucrarse para servir la comunidad a través de actividades extracurriculares
- Tener por lo menos dos cartas positivas de recomendación de maestros y o líderes de la comunidad

*\*La junta directiva considerara excepciones especiales dependiendo de las circunstancias dadas. Por favor escriba una carta explicando su situación a nuestra oficina.*

*\*Por favor no haga cita para una consulta antes del 1ro de Mayo ya que la consulta será parte del proceso de selección si llega ser escogido para la siguiente fase.*

**Esta beca es intencionada para niños necesitados y merecidos de la comunidad. Hay muchos niños que merecen y necesitan una sonrisa hermosa y mientras nosotros cumplimos con nuestra parte de servir a los necesitados, esto es un proceso competitivo y no todos recibirán una beca.**

**Por favor tómese su tiempo al llenar esta aplicación, su esfuerzo será considerado al escoger los becados.**

**ENVIE LA APLICACION COMPLETA Y LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS ANTES DEL 1 DE MAYO:**

Wilson & Kim Orthodontics  
7250 Redwood Blvd., Ste. 107  
Novato, CA 94945  
(415) 878-0240

## APLICACION PARA LA BECA DE ORTODONCIA

Si el aplicante es menor de 18 años, esta forma tiene que ser completada por la persona responsable.

### INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido del aplicante:		Nombre:		Segundo Nombre:	
Fecha de hoy:		Dentista primario del aplicante:			
¿Ha aplicado para esta beca anteriormente?		SI	NO	¿En qué año?	
Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):		Edad del aplicante:		Sexo del aplicante: Femenino: Masculino	
¿Esta el aplicante inscrito en la escuela?:		SI	NO	¿Qué Grado?(si aplica):	
Nombre de la Escuela:		Direccion:		GPA (si aplica):	
				Numero de Telefono: ( )	
				Fax: ( )	
¿El aplicante usa frenos actualmente?		SI	NO		
Si el aplicante es mayor de 16 años cuales son sus planes para los proximos 5 años? (ir a la universidad, mudanza, ect.) :					
Direccion de la casa:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	Numero de Casa:
					Numero de Celular: ( )
¿Como escucho sobre la beca de ortodoncia?					

### Hay muchas razones por lo cuales gente obtiene frenos, por favor seleccione las que apliquen a usted:

<input type="checkbox"/>	Incomodidad al comer/beber	<input type="checkbox"/>	Dolor de boca o de la quijada	<input type="checkbox"/>	Mira hacia abajo cuando habla
<input type="checkbox"/>	Impedimento de habla	<input type="checkbox"/>	Se burlan de sus dientes	<input type="checkbox"/>	Se cubre su boca al reirse
<input type="checkbox"/>	Es dificil limpiar los dientes bien	<input type="checkbox"/>	Le da vergüenza sonreír	<input type="checkbox"/>	Tiene dificultad para dormir/ apnea del sueño

### INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre de la Persona Responsable:		Ocupacion de la Persona Responsable:		Empleador de la Persona Responsable:		Numero del Empleador.:	
						( )	
Nombre de la Persona Responsable:		Ocupacion de la Persona Responsable:		Empleador de la Persona Responsable:		Numero del Empleador:	
						( )	
¿Algún otro niño viviendo en su casa ha sido tratado por la beca de ortodoncia?							
¿Algún otro niño viviendo en su casa ha tenido tratamiento de ortodoncia?							
¿Alguien viviendo en su casa es paciente actual Wilson & Kim Orthodontics? ( Si es así por favor escriba su nombre)							
¿Cuál es la mejor manera para comunicarnos con usted?:		Numero: ( )		Correo Electronico:			

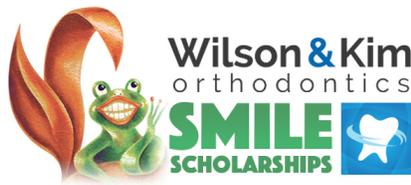
**\*\*\* Es importante que entienda que el tratamiento de ortodoncia puede durar varios años. ¿Puede hacer el tratamiento de su hijo(a) una prioridad?\*\*\***

¿Cuál es su fuente principal de transportación para llegar a tiempo a las citas? ¿Cual es su segunda opcion? (Camion, taxi, familia, amigos)							
¿Tiene planeado moverse en los próximos dos años?							
¿Qué es lo más importante para usted si su hijo(a) recibe la beca?							

### Atención Tutores:

Para poder ser considerado, usted **DEBE** incluir una copia de autorización médica.  
Si el paciente está en custodia estatal, incluya una copia de la tarjeta medical y la forma de consentimiento.





## QUESTIONARIO PARA EL APLICANTE

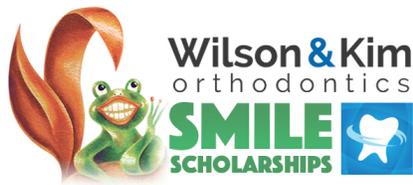
ESCRITO SOLAMENTE POR EL APLICANTE. Cada pregunta debe ser contestada en forma de composición e incluir por lo menos entre 5 a 7 oraciones.

Adjunte hojas adicionales si es necesario.

¿Que se significaría para usted si llegara a recibir la beca de ortodoncia de Wilson & Kim Orthodontics? ¿Por qué siente que usted se merece la beca de ortodoncia de Wilson & Kim Orthodontics?

Cuentanos sobre ti. ¿Qué te gusta hacer? ¿En qué actividades extracurriculares participas? ¿Haces actividades comunitarias? ¿Cuáles son tus metas y aspiraciones?

Cuentanos sobre tu familia. ¿Cuántos hermanos(a) tienes? ¿Viven contigo? ¿Que te gusta hacer con ellos?



¿Por que quieres frenos? ¿Qué te impide tener frenos ahora? ¿Cómo te sientes sobre tu sonrisa? ¿Cómo crees que los frenos van a mejorar tu vida ahora y en el futuro?

¿Cómo podrias repagarlo o hacer un favor para otra persona o organización? Este es un regalo que tu estarías recibiendo de Wilson & Kim Orthodontics. Nuestra oficina ha escogido ayudar a niños y jóvenes con el regalo de una sonrisa saludable, una sonrisa hermosay contribuir tiempo y dinero para dar tratamiento de la beca a los recipientes.

## ACUERDO DE TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

Si \_\_\_\_\_ (Paciente) ha sido elegido por la Junta Directiva de Wilson & Kim Orthodontics, para recibir una beca de tratamiento de ortodoncia, este será el acuerdo de tratamiento de ortodoncia. La decisión de la junta directiva será basada en la aplicación completa que se reciba. Tratamiento de ortodoncia será previsto por Wilson & Kim Orthodontics.

Yo, \_\_\_\_\_ (Persona Responsable), me comprometo en traer a \_\_\_\_\_ (Paciente) a todas las citas. Yo entiendo que Wilson & Kim Orthodontics está comprometido con el cuidado del paciente and estoy de acuerdo en cooperar con los siguientes requisitos para mantener esta beca de ortodoncia:

- Citas serán programadas para la mañana entre 9am y 1pm los lunes, miércoles, y jueves (en discreción con la oficina)
- Manteniendo citas (No puede perder más de 2 citas sin aviso de 24 horas)
- Excelente higiene oral (cepillando y usando hilo dental)
- Hábitos propios para comer (La ocurrencia de 2 brackets quebradas puede determinar que la cooperación no es suficiente)
- El uso de elásticos, y piezas de ortodoncia necesarias sea propio.

\_\_\_\_ (Inicial) El fracaso de seguir estos requerimientos y/o comportamiento inapropiado durante el tratamiento puede causar la terminación de la beca, que causaría el removimiento de los frenos por Wilson & Kim Orthodontics.

\_\_\_\_ (Inicial) Acuerdo de Consentimiento: Como todo tratamiento médico, el éxito en ortodoncia depende del entendimiento y cooperación de los pacientes. Como paciente de Wilson & Kim Orthodontics: me asegurare de actuar lo mejor siguiendo los consejos profesionales del doctor. Me asegurare que las citas se mantengan, para que el tratamiento avance sin interrupciones. Seré directo al responder preguntas sobre mi historial médico, información que corresponda a mi seguro, historial de empleo y sobre mi información personal, (mantendré la oficina actualizada si sucede algún cambio.) Estoy de acuerdo en pagar por los servicios profesionales como acordado.

El cuidado dental y chequeos regulares son la responsabilidad del paciente y de su dentista regular. Nosotros recomendamos que usted vea a su dentista general cada 3 a 6 meses durante el tratamiento de ortodoncia. Por favor avisenos si usted cambia de dentista, para que nosotros le podamos mandar la correspondencia sobre su tratamiento.

Si alguna pregunta o problema se avecinan que puedan afectar el compromiso a estos requisitos, yo le informare a Wilson & Kim Orthodontics de inmediato. Si algún desacuerdo se avecina y no es resuelto directamente con Wilson & Kim Orthodontics , y pueden terminar el tratamiento. Yo entiendo que Wilson & Kim Orthodontics no se ompromete en continuar el cuidado si el paciente se transfiere a otro ortodontista. Wilson & Kim Orthodontics solo acuerda a casos selectivos para ser tratados por Wilson & Kim Orthodontics, y están de acuerdo en ofrecer estos servicios por su propia cuenta.

Yo entiendo que Wilson & Kim Orthodontics no está infiltrado con ningún programa u organización del gobierno. El tratamiento proporcionado por los Drs. y sus colegas es solamente un regalo para el ganador de la beca.

Esta beca solo será aguardada para la fase inicial del tratamiento. Cualquier otro tratamiento que sea recomendado por Wilson & Kim Orthodontics será sujeto a un costo adicional.

Yo entiendo que este acuerdo es adicional a cualquier otro acuerdo requerido por Wilson & Kim Orthodontics.

\_\_\_\_ (Inicial) Wilson & Kim Orthodontics puede recomendar cirugía oral que también seria parte de la beca con el Dr. Mahr Elder, en su oficina de Novato. No habrá ningún costo para usted, aunque la oficina del Dr. Elder pueda mandar una petición a su seguro dental para que el Dr. Elder reciba un re embolso por el procedimiento.

\_\_\_\_ (Inicial) Yo le doy derecho y permiso a Wilson & Kim Orthodontics para publicar y usar fotos, videos o rayos x que incluyan al paciente y/o a la familia. Fotos, videos y rayos x puedan ser usados para propósitos educativos o promocionales. Si la persona fotografiada es menor de 18 años, yo me certifico como su padre o tutor legal y doy el derecho al propósito en su nombre.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de la Persona Responsable: \_\_\_\_\_

Firma de la Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Los Riesgos Potenciales y Limitaciones del Tratamiento Ortodóncico

Aunque una sonrisa agradable, una cara más equilibrada y una mordida más saludable son ampliamente apreciadas, el tratamiento de ortodoncia es un procedimiento electivo. Y como cualquier otro tratamiento del cuerpo, tiene limitaciones y riesgos inherentes. Por favor, lea detenidamente la siguiente información y pregúntenos cualquier pregunta que tenga para que usted comprenda estos riesgos. También entienda que sentimos que los beneficios del tratamiento de ortodoncia superan los riesgos.

- 1. La cooperación:** La cooperación del paciente es el factor más importante para completar el tratamiento a tiempo. Insuficiente uso de los elásticos, los aparatos removibles, tracción extra orales, los aparatos rotos, citas perdidas, y una mala higiene oral previenen los resultados deseables que anticipamos. La falta de cooperación es la causa más común de tiempo excesivo de tratamiento, incremento en cobros, y resultados decepcionantes.
- 2. Descalcificación y las caries:** Una buena higiene oral es muy importante durante el tratamiento ortodóncico. Decoloración de los dientes y caries pueden ocurrir si los pacientes comen alimentos que contienen exceso de azúcar y / o si no se cepillan los dientes correctamente. Limpieza inadecuada puede causar enfermedad de las encías, y causa soportes y bandas flojas. Aunque los problemas de las encías pueden ocurrir sin usar los frenos dentales, el riesgo es mayor durante el tratamiento de ortodóncico.
- 3. Problemas periodontales:** El cepillado correcto y el hilo dental puede prevenir hinchazón, inflamación y el sangrado de las encías. La enfermedad periodontal es causada por la acumulación de placa y los residuos alrededor de los dientes y las encías. Sin embargo, las causas desconocidas también pueden conducir a la pérdida del hueso y las encías. Esto ocurre más frecuentemente en pacientes con una tendencia a la enfermedad de las encías sin o con frenos dentales. Si los problemas periodontales se vuelven incontrolables, el tratamiento de ortodoncia puede suspenderse antes de su finalización.
- 4. Reabsorción de la raíz:** Algunos pacientes son propensos al acortamiento de las raíces durante el tratamiento de ortodóncico. En condiciones saludables, raíces acortadas no es un problema. Sin embargo, combinado con problemas de las encías y el hueso, la longevidad de los dientes afectados puede estar en peligro.
- 5. Problemas de la ATM:** Los pacientes con las mordeduras malas tienen un alto potencial de los problemas ATM (Articulación Temporomandibular), que puede manifestarse durante o después del tratamiento de ortodoncia. Problemas de la ATM pueden incluir dolor en la mandíbula, dolor de oído, dolores de cabeza, dolores del cuello, etc. El tratamiento de ortodoncia puede ayudar a eliminar las causas dentales de la ATM, pero no tiene efecto sobre causas que no son dentales. El equilibrado de las superficies de masticación de los dientes, el uso prolongado de una férula oclusal, o cirugía de la ATM puede ser necesario después del tratamiento ortodóncico. Recuerde, la mayoría de las personas con problemas de la ATM nunca han tenido un tratamiento de ortodoncia.
- 6. Endodoncias:** Un diente previamente herido por un trauma o un gran relleno puede morir durante un período de tiempo con o sin tratamiento de Ortodoncia y puede resultar en el oscurecimiento del diente. Esta condición raramente causada por la ortodoncia solamente puede requerir una endodoncia.
- 7. Reaída:** El desplazamiento o asentamiento de los dientes después de tratamiento y la retención ocurre en distintos grados. Algunos cambios indeseables pueden incluir rotaciones, el amontonamiento de los dientes frontales inferiores, espacios en los lugares de extracción, y los espacios entre los dientes frontales superiores. La erupción de las muelas del juicio, los dientes previamente rotados, respiración por la boca, y los hábitos incontrolables musculares son las causas más frecuentes. La mejor manera de minimizar los cambios indeseables es el uso de los retenedores cada noche o unas cuantas noches a la semana durante un período indefinido.
- 8. Hábitos de dígitos:** La continuación de succión de los dedos o el pulgar y deglución incorrecta pueden ampliar el tiempo de tratamiento. Hábitos musculares incontrolables también pueden causar cambios indeseables de los dientes después de tratamiento. Si es significativo, re-tratamiento con un cargo adicional puede ser necesario.
- 9. Crecimiento indeseables de la mandíbula:** En ocasiones, insuficiente o excesivo crecimiento de la mandíbula puede limitar

los resultados deseados. En raras ocasiones, puede ser necesario recomendar un cambio del plan de tratamiento que incluye extracciones o cirugía de la mandíbula. Si los cambios indeseables de crecimiento son sustanciales después del tratamiento activo, re-tratamiento con un cargo adicional puede ser necesario.

**10. Los dientes impactados:** Problemas diversos pueden encontrarse durante intentos de mover un diente impactado y pueden provocar problemas periodontales o la pérdida del diente. En ocasiones, el diente queda atrapado bajo otro diente y la extracción de uno de los dientes es necesaria. Raramente, el diente impactado falla en moverse, incluso cuando hay espacio y debe ser extraído, lo cual puede requerir un puente o un implante de reemplazo.

**11. La cirugía oral:** A veces, extracción del diente o la cirugía oral es necesario en conjunción con el tratamiento de ortodoncia para corregir los desequilibrios graves de la mandíbula. La cirugía oral presenta riesgos raros que amenazan la vida y discapacidades potenciales. Hable sobre estos riesgos con su cirujano oral y dentista familiar antes de decidirse a proceder con la cirugía.

**12. Tracción Extra oral:** Si una tracción extra oral se extrae con los elásticos de fuerza todavía conectada, la pieza metálica se puede cerrarse de nuevo y lesionar la cara, ojos, etc. Se han desarrollado dispositivos de seguridad para evitar esto, aunque lesiones puedan suceder a causa de uso descuidado o indebido.

**13. Soportes Cerámicas:** Soportes hechos de cerámica pueden causar desgaste excesivo de esmalte de los dientes. También, soportes de cerámicas son más frágiles que el acero y se pueden romper. Estos soportes fracturados pueden ser ingeridos o inhalados y como no aparecen en los rayos x, son difíciles de localizar por un médico.

**14. Alergias:** Las alergias a los materiales de ortodoncia puede ocurrir durante el tratamiento de ortodóntico. Las alergias conocidas se pueden evitar, pero si son desconocidos para usted, es imposible predecir cualquier reacción. Personas que tienen otras alergias son más propensas a tener alergias a los materiales de ortodoncia.

**15. Ocurrencias inusuales:** Ocurrencias inusuales como la deglución de un aparato, soporte, banda, o el fin de un arco de alambre; destacamento de un restablecimiento o formación de un absceso o un quiste pueden ocurrir. Estas ocurrencias son extremadamente raros.

**16. Tiempo de Tratamiento:** El tiempo necesario para completar el tratamiento puede exceder la estimación del tiempo original. La mayoría de las veces, el tratamiento se retrasa debido a la cooperación escasa, mala higiene oral, citas perdidas, o patrones de crecimiento inusual. Ocasionalmente, es en el mejor interés del paciente de suspender el tratamiento y usar retenedores aunque el tratamiento no logre los resultados deseados.

**17. Trabajo Dental que sea necesario:** Toda Odontología que sea necesaria debe completarse antes de iniciar el tratamiento de ortodoncia. Además, el paciente debe mantener los chequeos dentales regulares cada seis meses durante el tratamiento. Los adultos deben visitar al dentista para el escalamiento y limpieza cada tres a seis meses durante el tratamiento, de acuerdo a sus necesidades.

**He leído y entiendo la información anterior, y me han contestado todas las preguntas a mi satisfacción. Autorizo el tratamiento para ortodoncia necesaria para el paciente.**

**Nombre de la Persona Responsable:** \_\_\_\_\_

**Firma de la Persona Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## FOTOS DEL APLICANTE

Por favor incluya por lo menos 3 fotos del aplicante. Las fotos deben estar enfocadas y no borrosas.

**NOTA IMPORTANTE:** Para TODAS las fotos, asegúrese de que los dientes del aplicante se colocan en su mordida normal. La mordida normal es cuando los dientes posteriores se tocan, y la quijada esta hacia atrás. Asegúrese que el aplicante no empuje su quijada hacia enfrente.

- 1) 5"x7" de frente con una sonrisa plena y mostrando los dientes (dientes se deben tocar en la mordida normal)
- 2) 5"x7" vista de perfil con la boca cerrada (dientes se deben tocar en la mordida normal)
- 3) 5"x7" vista cercana de los dientes, con las mejillas apartes (dientes se deben tocar en la mordida normal)



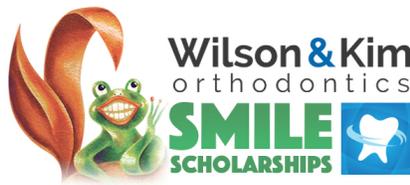
Ejemplo #1



Ejemplo #2



Ejemplo #3



## DENTAL REFERRAL FORM

**To be filled out by the applicant's dentist. This form is to be completed prior to submitting application.**

**Dear Dental Care Provider,**

Your patient is applying for an orthodontic scholarship. *If selected*, the patient will receive free braces through **Wilson & Kim Orthodontics' Smile Scholarships Program**. As the child's dental care provider, it is very important we receive feedback from you in regards to your patient so we can determine whether or not they will be a good candidate for our program. If the form is incomplete, the application cannot be included in the selection process.

<b>Patient's Last Name:</b>		<b>First:</b>	<b>Middle:</b>	
<b>Dentist's Last Name:</b>		<b>First:</b>	<b>Middle:</b>	
<b>Dentist's Address:</b>	Street:	City:	State:	Zip:
<b>Dentist's Contact Info:</b>	Office Ph:	Alternate Ph:	Email:	

### General Information:

Does the patient need restorative work at this time?						Yes	No
Does the patient have good oral hygiene?						Yes	No
When was the last time the patient had a dental cleaning with your office?							
How long have you been treating the patient?							
Does the patient have a positive and respectful attitude?							
Does the patient keep appointments and arrive on time: (please circle one)	Never	Rarely	Sometimes	Mostly	Always		
Do you have any functional/aesthetic concerns or additional comments?							

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Dentist's Signature

\_\_\_\_\_  
Dentist's Name

\_\_\_\_\_  
Date



## Información Confidencial del Paciente

**Nombre Legal:** \_\_\_\_\_

**Apellido Legal:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

**Dentista:** \_\_\_\_\_

**Dirección de su dentista:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia:

Nombre de un familiar que no viva con usted:

\_\_\_\_\_

Número de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### ¿Como eschuo sobre nuestra oficina?

Dentista: \_\_\_\_\_  Paciente: \_\_\_\_\_  Padre del Paciente: \_\_\_\_\_

Yelp  Facebook  Google  Anuncio: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

**La Asociación Americana de Ortodontistas recomienda que todos los niños obtengan una evaluación con un Ortodontista a la edad de 7 años.** Nosotros le mandaremos un recordatorio para una evaluación gratuita cuando sus hermanos(as) se acerquen a los 7 años.

Nombre de hermano(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Nombre de hermano(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

### Persona Responsable del Paciente y Financiero

(complete los artículos en azul abajo si es un paciente adulto)

#### Relación con Paciente:

mama  papa  otro \_\_\_\_\_

**Primer Nombre:** \_\_\_\_\_

**Apellido:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono Principal:** \_\_\_\_\_  casa  celular

¿Le gustaría recibir LLAMADAS de recordatorio a este #? si / no

¿Le gustaría recibir TEXTOS de recordatorio a este #? si / no

¿Esta bien dejar mensajes sobre el tratamiento y el contrato financiero en este número? si / no

**Número de Seguro Social#:** \_\_\_\_\_

**Correo Electronico:** \_\_\_\_\_

¿Le gustaría recibir recordatorios por medio de correo electrónico? si / no

¿Está bien mandar mensajes sobre el tratamiento y el contrato financiero a este correo electrónico? si / no

soltero(s)  casado(a)  divorciado(a)

### Otra Persona Responsable del Paciente

(alguna otra persona que tenga autorización de información del paciente)

#### Relación con Paciente:

mama  papa  otro \_\_\_\_\_

**Primer Nombre:** \_\_\_\_\_

**Apellido:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono Principal:** \_\_\_\_\_  casa  celular

¿Le gustaría recibir LLAMADAS de recordatorio a este #? si / no

¿Le gustaría recibir TEXTOS de recordatorio a este #? si / no

¿Esta bien dejar mensajes sobre el tratamiento y el contrato financiero en este número? si / no

**Número de Seguro Social#:** \_\_\_\_\_

**Correo Electronico:** \_\_\_\_\_

¿Le gustaría recibir recordatorios por medio de correo electrónico? si / no

¿Está bien mandar mensajes sobre el tratamiento y el contrato financiero a este correo electrónico? si / no

soltero(s)  casado(a)  divorciado(a)

## Historial Medica del Paciente

Nombre de su Medico: \_\_\_\_\_

SI NO

- Embarazada  
  Alergia a Latex (globos, ligas elasticas etc.)  
  Otras alergias \_\_\_\_\_  
  Medicamentos \_\_\_\_\_  
  Condición del corazón \_\_\_\_\_  
  Dolor de cabeza frecuente  
  Hepatitis  
  VIH/Sida

Telefono de su Médico: \_\_\_\_\_

SI NO

- Ha tenido lesiones, traumas, en la cara, quijada, boca o dientes  
  Algún problema de habla / terapias  
  Rechina o apreita sus dientes  
  Dolor, sensibilidad o ruido en la mandibula  
  Molesias en sus dientes o encías  
  Hay algún otro problema dental/médico del cual quiera comunicarle a los doctores

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Información de su Seguro Dental

Tiene seguro que le cubra tratamiento de Ortodoncia?

Si (complete la sección de abajo)  No estoy seguro(a) (complete la sección de abajo)  No

Nombre de su compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Telefono de su seguro: \_\_\_\_\_

Dirección de su compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que tiene la póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social# de la persona que tiene la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Nuestra oficina mandara la reclamación a su aseguransa al favor de Usted. El firmante del acuerdo financiero con Wilson & Kim Orthodontics es responsable por el contrato financiero en su totalidad. Cualquier falta de pago ó negación de reclamo de su aseguransa no es responsabilidad de Wilson & Kim Orthodontics.**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **(Iniciales)** Política de Cancelación: Yo entiendo que tengo que dar al menos 1(un) día habil de aviso para cambiar ó cancelar mi cita para evitar ser cobrado(a) una cuota de \$25.

\_\_\_\_\_ **(Iniciales)** La información prevista es correcta segun mis conocimientos. Entiendo que esta misma será guardada estrictamente confidencial y es mis responsabilidad avisar en caso de que cambie algo durante el curso del tratamiento. Autorizo al personal de este consultorio a realizar los servicios ortodonticos necesarios que el paciente requiera. Entiendo que estoy obligado(a) a pagar por todos los servicios recibidos.

\_\_\_\_\_ **(Iniciales)** Doy permiso de que mis archivos dentales/médicos sean otorgados a otras oficinas involucradas en mi tratamiento dental/medico.

\_\_\_\_\_ **(Iniciales)** Certifico que he recibido su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción completa de los usos de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho a cambiar este aviso y que puedo obtener una copia de esta información del Aviso sobre Prácticas de Privacidad.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

### Sus derechos

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.**

#### **Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico**

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

#### **Solicitarnos que corrijamos su historial médico**

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

#### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

#### **Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos**

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

#### **Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

#### **Obtener una copia de esta notificación de privacidad**

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

#### **Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

## **Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos**

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

## **Sus opciones**

### **Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.**

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

### **En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:**

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

### **En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:**

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

### **En el caso de recaudación de fondos:**

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## **Nuestros usos y divulgaciones**

### **Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?**

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

#### **Tratamiento**

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

*Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.*

#### **Dirigir nuestra organización**

Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*

#### **Facturar por sus servicios**

Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

*Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.*

### **¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?**

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas).

Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos.

Para más información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

### **Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**

Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

### **Realizar investigaciones médicas**

Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

### **Cumplir con la ley**

Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

### **Trabajar con un médico forense o director funerario**

Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

### **Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos utilizar o compartir su información médica:

- En reclamos de compensación de trabajadores.
- A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
- Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
- En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

### **Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

## **Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

### **Cambios a los términos de esta notificación**

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro oficina, y en nuestro sitio web.

**Fecha efectiva de este aviso:** 1/1/2020

**Oficial de privacidad:** Charis Santillie, (415) 878-0240, [charis@WilsonKimOrthodontics.com](mailto:charis@WilsonKimOrthodontics.com)