



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Sobrenombre apodo: _____
 Sexo: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Referido por: _____
 Pasa Tiempos/ Intereses: _____
 Dirección actualizada: _____ Numero actualizado: _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre de su Pediatra: _____ Fecha del último examen: _____

de Teléfono: _____ Dirección: _____

¿Esta su hijo(a) actualmente bajo el cuidado de un médico? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____
 ¿Actualmente esta es su hijo(a) tomando algún medicamento? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____
 ¿Ha sido su hijo(a) hospitalizado o sometido a cirugía? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____
 ¿Su hijo tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, u otro? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____
 ¿Su hijo(a) tiene un historial de alguna de las siguientes? Si/No

Problemas del corazón o soplo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Hepatitis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Anemia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Convulsiones	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Cáncer	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Epilepsia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Sordera	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Nacimiento prematuro	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Otros	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Asma	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Enfermedad higado	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Otros, por favor explique: _____

SÓLO PARA PACIENTES DE SEXO FEMENINO:

¿Está tomando anticonceptivos? Si/No _____
 ¿Está embarazada? Si/No _____
 ¿Cuántas semanas de embarazo? _____
 ¿Estas amamantando a tu bebe? Si/No _____

¿Está su hijo(a) bajo la atención médica de un especialista? S N
 Si su respuesta es SI, por favor indique el nombre del especialista: _____

HISTORIA DENTAL

Dentista anterior: _____ Fecha del último examen: _____ Servicios prestados: _____

La razón principal para la visita de hoy: _____

¿Ha tenido su hijo una mala experiencia en el médico o dentista en el pasado? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____

¿Ha tenido su hijo(a) en el pasado alguna lesión en la cabeza, la cara o los dientes? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____

¿Su hijo(a) se cepilla los dientes a diario? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____

¿Al cepillarse los dientes esta supervisado por alguien? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____

¿Su hijo(a) usa hilo dental? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____

¿Su hijo(a) use fluoruro (gotas, pastillas o geles)? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____

¿Su hijo tiene antecedentes de caries tratada o no? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____

¿Le sangran las encias asu hijo(a) cuando se cepilla con frecuencia? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____

¿Toma su hijo(a) otros liquidos que no sean agua en el biberon o en el vasito? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____

¿Come su hijo(a) entre horas de comida y que acostumbra comer? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____

¿Su hijo(a) se duerme con un biberon o vasito con otros liquidos que no sean agua? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____

¿Su hijo(a) usa chupon or se chupa los dedos? Si/No (si su respuesta fue si, por favor explique) _____

¿Cómo crees que su hijo(a) va a actuar hacia el dentista y por qué? _____



PARTE FINANCIERAMENTE RESPONSABLE

Nombre de la persona responsable: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Relación con el paciente: _____ Sexo: _____ Seguro Social: _____
 Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono de casa: _____
 Ocupación / Empleador: _____ Teléfono de trabajo: _____
 Correo Electrónico: _____ Teléfono de celular #: _____

INFORMACIÓN DE PADRES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Relación con el paciente: _____ Sexo: _____ Seguro Social: _____
 Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono de casa: _____
 Ocupación / Empleador: _____ Teléfono de Trabajo: _____
 Correo Electrónico: _____ Teléfono de celular #: _____

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS

Proveedor de seguros dentales: _____ Estado: _____
 Dirección de reclamaciones: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Seguro Social: _____ Relación con el paciente: _____
 Empleador: _____ Numero de póliza: _____ Numero de Grupo: _____
 Proveedor de seguro secundaria: _____ Teléfono #: _____
 Nombre del titular de la póliza: _____ Numero de póliza: _____
 ¿Tiene seguro de Medicaid (AHCCCS) como seguro secundario? S N (Si la respuesta es sí) Numero de AHCCCS: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono #: _____ Relación con el paciente: _____

AUTORIZACIÓN (Por favor inicial y firmar a continuación)

- _____ He respondido a todas las preguntas anteriores al mejor de mi conocimiento y entiendo que el dentista utilizará esta información para determinar el tratamiento dental adecuado para mi hijo(a). Me comprometo a notificar al dentista de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo(a) inmediatamente.
- _____ Yo autorizo al médico y su personal proveer tratamiento dental para mi hijo(a). Doy mi consentimiento a tratamientos, medicamentos y métodos de tratamiento que se consideren apropiados por los médicos y su personal para proveer la mejor y más seguro cuidado dental posible para mi hijo(a).

Parte responsable: _____ Fecha: _____



Póliza Financiera De Seguro Dental

Creemos que usted merece la mejor atención dental. Por eso siempre le presentaremos con la mejor solución dental posible para tratar su situación personal.

Aquí hay algunas cosas importantes que usted debe saber:

Iniciales:

- ___ Sus beneficios dentales se basan en el contrato acordado entre el empleador y una compañía de seguro dental. Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios dentales, póngase en contacto con su empleador o compañía de seguro dental directamente. Seguro dental nunca pagaran por completo los servicios dental.
- ___ Aceptamos la mayoría de los planes de seguro dental. Aunque podemos mantener historiales informatizados de pago por parte de una empresa determinada, puede cambiar. Calculamos su parte basado en la información más actualizada que tenemos, pero es sólo un estimación. Si le gustaría saber sus beneficios de seguro, estaremos encantados de presentar un "pre-tratamiento " con autorización de su compañía de seguro dental antes del tratamiento. Tenga en cuenta que esto no es una garantía de pago.
- ___ Vamos a facturar a su seguro dental como una cortesía. Si el seguro dental no paga dentro de los 90 días, nos reservamos el derecho a solicitar el pago en su totalidad para los servicios recibidos. El seguro dental es un contrato legal entre usted y su compañía de seguro dental. En última instancia, usted es el responsable de todos los cargos incurridos en nuestra oficina.
- ___ Requerimos su porcion de copago al momento de los servicios. Aceptamos las tarjetas Visa, MasterCard, American Express, Discover, efectivo y cheques, no aceptamos cheques de más de \$500.00. Si usted está en necesidad de una opción de financiación ampliada, también trabajamos con terceras compañías de crédito diseñado para satisfacer las necesidades sobre su plan de tratamiento aprobado.
- ___ Una cantidad especifica de tiempo está reservado especialmente para usted y pedimos a nuestros pacientes a mantener sus citas. Si debe cambiar la cita, necesitamos al menos 24 horas de anticipación para evitar un cargo de \$35 de cancelación (emergencias son una excepción).
- ___ Estoy de acuerdo con las condiciones anteriores.

Imprimir nombre: _____ Fecha: _____

Firma de los padres: _____



ACEPTACIÓN DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*Usted puede negarse a firmar este reconocimiento

Yo, _____ recibe una copia de esta oficina de Aviso de Prácticas de Privacidad.

Por favor imprima su nombre

Firma de los padres:

Fecha

Sólo para uso interno

Hemos intentado obtener acuse de recibo escrito de nuestro Aviso de Prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener confirmación porque:

- Se negó a firmar individual
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otro (especifique):



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**PROTEGER SU INFORMACIÓN DE SALUD
CONFIDENCIAL, ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS!**

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo la INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. Por favor, revise con cuidado.

¡NUESTRA PROMESA!

Estimado Paciente:

Esta alarma no está pensado para usted! ¡al contrario! Es nuestro deseo comunicar que estamos tomando el nuevo Gobierno Federal (HIPAA -Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos) leyes escritas para proteger la confidencialidad de su información de salud en serio. Que no siempre desea retrasar el tratamiento porque tienen miedo de su historial médico personal podría resultar innecesariamente a disposición de otros fuera de nuestra oficina.

ENTONCES, ¿QUÉ HA CAMBIADO?

¿POR QUÉ UNA POLÍTICA DE PRIVACIDAD AHORA?

¡MUY BUENAS PREGUNTAS!

La variable más importante que ha motivado el gobierno federal ejercer legalmente la importancia de la privacidad de su información de salud es la rápida evolución de la tecnología informática y de su utilización en la asistencia sanitaria.

El gobierno ha buscado apropiadamente para estandarizar y proteger la confidencialidad del intercambio electrónico de su información de salud. Esto nos desafía a examinar no sólo cómo su información de salud es usada dentro de nuestros ordenadores, pero también con Internet, teléfono, fax, fotocopiadoras, y gráficos. Creemos que este ha sido un ejercicio importante para nosotros porque nos ha disciplinado para poner por escrito las políticas y procedimientos que empleamos para garantizar la protección de su información de salud en todas partes donde se utiliza.

Queremos que usted sepa acerca de estas políticas y procedimientos que hemos desarrollado para asegurarse de que su información de salud no será compartida con nadie que no lo requieren. Nuestra oficina está sujeta a las leyes estatales y federales con respecto a la confidencialidad de su información de salud y de conformidad con estas leyes, queremos que conozca nuestros procedimientos y sus derechos como paciente de nuestra valiosa.

Podremos usar y comunicar su información de la salud únicamente con el propósito de proporcionar el tratamiento, obtener el pago y la realización de las operaciones del cuidado de la salud. Su información de salud no serán utilizados para otros fines, a menos que hayamos solicitado voluntariamente y han dado su permiso por escrito.

CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA

PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO

usaremos su información de salud dentro de nuestra oficina para ofrecerle el mejor cuidado dental posible. Esto puede incluir procedimientos de oficina administrativos y clínicos diseñados para optimizar la programación y coordinación de la atención entre el higienista, asistente dental, dentista, y empleados de oficina. Además, podemos compartir su información médica con médicos, dentistas, refiriéndose clínicas y laboratorios dentales, farmacias u otro personal de salud proporcionando servicios y/o tratamiento.

PARA OBTENER PAGO

podemos incluir su información de la salud con una factura utilizada para recoger el pago por el tratamiento que usted recibe en nuestra oficina. Podemos hacer esto con formularios de seguros presentadas por ustedes en el mail o enviados electrónicamente. Nos aseguraremos de que sólo trabajan con empresas con un compromiso similar con respecto a la seguridad de su información de salud.

PARA LLEVAR A CABO OPERACIONES DE CUIDADO DE SALUD.

Su información médica puede ser utilizada durante la evaluación del desempeño de nuestro personal. Algunas de nuestras mejores oportunidades de enseñanza que utilizan la situación clínica experimentada por los pacientes que reciben atención en nuestra oficina. Como resultado, la información de salud pueden ser incluidos en los programas de formación para los estudiantes, los pasantes, socios y empleados de clínicas y de negocios. También es posible que la información de salud será divulgada durante las auditorías realizadas por empresas de seguros o agencias de gobierno nombró como parte de sus revisiones de aseguramiento de calidad y cumplimiento. Su información médica puede ser revisada durante el proceso rutinario, licencia o certificación y acreditación de actividades.

EN LOS RECORDATORIOS DE PACIENTE.

Porque creemos cuidado regular es muy importante para su salud general y oral, podremos recordarle una cita programada, o que es hora de que se pongan en contacto con nosotros y concertar una cita. Además, es posible que nos pongamos en contacto con usted para darle seguimiento a su cuidado y le informaremos de las opciones de tratamiento o servicios que puedan ser de interés para usted o su familia. Estas comunicaciones son una parte importante de nuestra filosofía de colaborar con nuestros pacientes para estar seguro de que recibirá la mejor atención preventiva y restauradora la odontología moderna puede ofrecer. Pueden incluir tarjetas postales, cartas, teléfono los avisos o recordatorios electrónicos, como el correo electrónico (a menos que usted nos diga que no desea recibir estos avisos).



RESTRICCIONES

Usted tiene el derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. Nuestra oficina hará todo lo posible por cumplir con las restricciones razonables las preferencias de nuestros clientes.

COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera. Usted puede pedir que nosotros sólo comunicar su información de salud privada con ningún otro miembro de la familia presente o a través de comunicaciones por correo que están sellados. Haremos todo lo posible para cumplir sus peticiones razonables para las comunicaciones confidenciales.

INSPECCIONAR Y COPIAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene el derecho de pedir que nosotros para actualizar o modificar sus registros si usted cree que su salud son registros de información incorrecta o incompleta. Estaremos felices de acomodar tanto como nuestra oficina mantiene esta información. Con el fin de estandarizar nuestro proceso, envíenos su solicitud por escrito y describir su razón para el cambio.

ENMENDAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

usted tiene el derecho de pedir que nosotros para actualizar o modificar sus registros si usted cree que su salud son registros de información incorrecta o incompleta. Estaremos felices de acomodar tanto como nuestra oficina mantiene esta información. Con el fin de estandarizar nuestro proceso, envíenos su solicitud por escrito y describir su razón para el cambio. Su solicitud puede ser denegada si el registro de información de salud en cuestión no fue creado por nuestra oficina, no es parte de nuestros registros o si los registros que contienen su información de la salud están decididos a ser precisos y completos.

DOCUMENTACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

usted tiene el derecho de pedir que nosotros para obtener una descripción de cómo y dónde se utiliza la información sobre su salud por nuestra oficina por cualquier motivo que no sea para fines de tratamiento, pago u operaciones de salud. Nuestros procedimientos de documentación nos permitirá proporcionar información sobre el uso de información de salud a partir del 14 de abril de 2003 y en adelante. Por favor, háganos saber por escrito en el período de tiempo durante el cual usted está interesado. Gracias por limitar su solicitud a no más de seis años en el tiempo. Puede que necesitemos a cobrarle una tarifa razonable para su solicitud.

PIDA UNA COPIA EN PAPEL DEL AVISO

Usted tiene el derecho de obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad directamente desde nuestra oficina en cualquier momento. Por parada o llámenos y le enviaremos por correo o correo electrónico una copia a usted. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud y proveerle a usted y su representante este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad. Estamos obligados a practicar las políticas y procedimientos descritos en este anuncio, pero nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, nos aseguraremos de que todos nuestros pacientes reciban una copia del aviso revisado. Usted tiene el derecho de expresar sus quejas a nosotros o al secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido comprometidos. Le animamos a que exprese cualquier preocupación que usted pueda tener con respecto a la privacidad de su información. Por favor, háganos saber sus preocupaciones o quejas por escrito.

MALTRATO O DESCUIDO

Notificaremos a las autoridades gubernamentales si creemos que un paciente es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Haremos esta revelación sólo cuando estamos obligados por nuestro juicio ético, cuando creemos que son específicamente requerido o autorizado por la ley o con el acuerdo del paciente.

LA SALUD PÚBLICA Y LA SEGURIDAD NACIONAL

Se nos puede requerir que revelemos a los funcionarios federales o a las autoridades militares la información de salud necesaria para completar una investigación relacionada a la salud pública o la seguridad nacional. Información de salud puede ser importante cuando el gobierno cree que la seguridad pública podría beneficiarse cuando la información podría conducir al control o prevención de una epidemia o la comprensión de nuevos efectos secundarios de un tratamiento de drogas o dispositivos médicos.

HACER CUMPLIR LA LEY

Según lo permitido o requerido por la ley federal o estatal, podemos revelar su información de salud a un oficial de policía de cierta ley propósitos de aplicación, incluyendo, en determinadas limitada circunstancias, si usted es una víctima de un crimen o con el fin de informar de un crimen.

FAMILIARES, AMIGOS Y CUIDADORES

Podemos compartir su información médica con aquellos que nos dicen le ayudará con su higiene doméstica, tratamiento, medicación o pago. Nos aseguraremos de que pedir permiso primero. En el caso de una emergencia, cuando no son capaces de decirnos qué desea utilizaremos nuestro mejor juicio al compartir su información de salud sólo cuando será importante para quienes participan en la prestación de sus cuidados.

AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

Aparte de lo señalado anteriormente, o cuando la ley federal, estatal o local requiere que nosotros, no divulgaremos su información de salud aparte de con su autorización por escrito. Usted podrá revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento.

AGRADECIMIENTOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Muchas gracias por tomar el tiempo para revisar cómo estamos cuidadosamente utilizando su información de salud. Si usted tiene cualquier pregunta queremos oír de usted. Si no es así, agradeceremos mucho sus reconociendo su recibo de nuestra política por su firma. Esperamos que le guía con su cuidado dental.

PERSONAS ADICIONALES CON AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA:



CONSENTIMIENTO LEGAL PARA TOMAR DECISIONES

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Para su comodidad, nos gustaría ofrecerle la oportunidad de que nos facilite una lista de las personas que pueden acompañar a su hijo(a) a su cita dental. Las personas incluidas en la lista cuentan automáticamente con su consentimiento legal para tomar decisiones financieras y de tratamiento en su nombre.

Con esta lista un miembro de la familia, padrastro, madrastra o amigo cercano tendrá la autoridad para acompañar a su hijo(a) a una cita dental en la que podrá tomar decisiones sin necesidad de ningún consentimiento adicional por escrito o verbal. Los pacientes siempre deben estar presente con un padre o tutor legal al menos que sea una persona la cual usted a indicado en esta lista. Solo indique a las personas en quien confías para tomar decisiones cuando hay cambios en el tratamiento, para realizar pagos y hablar acerca de la información médica y financiera. Se le recuerda que las personas a que se les permite tomar decisiones de tratamiento también serán responsables de cualquier cambio en los pagos incurridos.

Nosotros como centro de atención médica compatible con HIPPA, mantendremos toda la información personal de su hijo(a) bajo la más estricta discreción. Solamente se hablara con las personas cual usted a indicado en la lista de abajo para tomar una decisión específica en su ausencia. La información solo se proporcionará según sea necesario y no se permitirá que estas personas tengan una copia de los registros dental de su hijo(a). Simplemente queremos que el tratamiento de su hijo(a) en nuestro consultorio sea lo más conveniente posible para usted.

Indique abajo a las personas que pueden acompañar a su hijo(a) y coloque sus iniciales para permitirles que tomen las decisiones acerca del tratamiento necesario y los asuntos financieros. Recuerde también que cualquier persona que acompañe a su hijo(a) a una cita también ser responsable de los cargos adicionales incurridos durante la consulta.

_____ CONSENTIMIENTO PARA TOMAR DECISIONES _____

NOMBRE DEL INDIVIDUO	TRATAMIENTO	FINANCIERAS
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Como padre o tutor legal del paciente, doy mi consentimiento que las personas anotadas debajo del "Consentimiento Para Tomar Decisiones" tienen la autoridad legal para tomar decisiones en mi ausencia. También entiendo que estas decisiones pueden cambiar las recomendaciones de tratamiento anteriores o los cargos que ya he aceptado. Yo como padre o tutor legal del paciente seré responsable de todos los nuevos cargos incurridos como resultado de las decisiones de tratamiento tomadas por cualquier persona indicada anteriormente.

Padre o tutor legal: _____ Fecha: _____