



**Por Favor**

**Letra de Molde**

**Información del Paciente**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Apellido

Nombre

Inicial

Sobrenombre: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de Hermanos y Edades: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de su Pediatra: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de su Dentista Previo: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Última visita con el Dentista: \_\_\_\_\_

Nombre de Padres/Custodio legal: \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Pasa Tiempos/ Deportes del Niño: \_\_\_\_\_

**Información de Padres/ Guardián Legal**

Quien es Responsable de esta Cuenta? \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Otro

**Padre**  Padrastro  Guardián Legal

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Correspondencia: (Si es Diferente a la del Niño)

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Podemos enviarle un mensaje de texto:  Si  No

Número del Trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

# de Licencia de Manejo/Estado: \_\_\_\_\_

**Madre**  Madrastra  Guardián Legal

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Correspondencia: (Si es Diferente a la del Niño)

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Podemos enviarle un mensaje de texto:  Si  No

Número del Trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

# de Licencia de Manejo/Estado: \_\_\_\_\_

### Información de Aseguranza

Información de Aseguranza Principal:

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ # de Identificación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ # del Grupo/Plan: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Aseguranza: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Tiene otra Aseguranza? Si o No

Información de Segunda Aseguranza:

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ # de Identificación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ # del Grupo/Plan: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Aseguranza: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

### Contacto en Caso de Emergencia

Pariente o Amigo que no viva con usted:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

### Autorización

A través de este medio autoriza a esta oficina a ceder toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficio y asignar directamente a esta oficina todos los beneficios de mi seguro, de otro modo será pagado por mí. Yo entiendo que soy responsable de pagar cualquier porción depago o deducible que mi seguro no cubra, incluyendo servicios que previamente fueron considerados cubiertos por mi seguro.

Yo entiendo que si es necesario, se podrá obtener un reporte del departamento de crédito.

Certifico que la información que he proporcionado esta correcta al mejor o a mi conocimiento, que va hacer sostenida terminantemente bajo seguridad y es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en mi cuenta.

Seré informado de cualquier tratamiento que mi niño pueda necesitar antes de rendir cualquier servicio.

Firma del Padre/ Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor Escriba el nombre del Padre/ Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Historia Médica

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Su hijo a tenido anteriormente experiencia dental? -----   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Si su respuesta es si, fue agradable? -----  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Su médico nunca le a informado que su niño necesita antibióticos antes de su tratamiento dental? -----   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Está su niño bajo algún cuidado médico? -----<br>Si su respuesta es sí, por favor explique. _____  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Cuando fue el último examen médico de su niño? _____   |                             |                             |
| 6. Está su niño tomando algún medicamento o sustancia? -----<br>Si su respuesta es sí, explique por favor. _____  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Es su niño alérgico algún medicamento o sustancia? -----<br>Si su respuesta es sí, explique por favor. _____   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Tiene su niño algún problema con <input type="checkbox"/> penicilina, <input type="checkbox"/> antibióticos, <input type="checkbox"/> anestesia local (Novaciano) o <input type="checkbox"/> algún otro tipo de medicamento? Lista de otros: _____ | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Es su niño sensible a <input type="checkbox"/> metales o <input type="checkbox"/> látex? -----<br>Si su respuesta es sí, por favor explique? _____   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 10. Su niño alguna vez ha sido tratado por enfermedades del corazón? -----  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Su niño tiene murmullos en el corazón? -----  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 12. Su niño tiene un <input type="checkbox"/> marcapasos <input type="checkbox"/> implante de la válvula del corazón artificial? -----  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Su niño alguna vez ha tenido fiebre reumática? -----  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 14. Está su hija <input type="checkbox"/> embarazada <input type="checkbox"/> sospecha estar embarazada? -----  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 15. Toma su hija medicamentos anticonceptivos? -----  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 16. Tiene su hijo alta presión en la sangre? -----  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 17. Su niño alguna vez a sufrido de alguna <input type="checkbox"/> enfermedad seria <input type="checkbox"/> cirugía? -----<br>Si su respuesta es sí, qué tipo? _____  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 18. Su niño alguna vez ha recibido <input type="checkbox"/> tratamientos de radiación <input type="checkbox"/> quimioterapia? -----   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 19. Su hijo se queja de <input type="checkbox"/> dolor <input type="checkbox"/> clic o <input type="checkbox"/> se le salta la mandíbula? -----   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 20. Su niño sufre de algún problema en la sangre como <input type="checkbox"/> anemia, <input type="checkbox"/> leucemia, <input type="checkbox"/> hemofilia, etc. -----  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 21. Su niño tiene algún conjunto artificial/prótesis? -----   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 22. Su niño alguna vez a sangrado mucho con alguna cortada o lastimadura? -----   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 23. Su niño alguna vez ha recibido una transfusión de sangre? -----   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 24. Su niño alguna vez ha sufrido con problemas de <input type="checkbox"/> riñones, <input type="checkbox"/> estómago o <input type="checkbox"/> hígado? -----   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 25. Su niño tiene <input type="checkbox"/> autismo o <input type="checkbox"/> cualquier síndrome? -----<br>Si su respuesta es sí, qué tipo de síndrome? _____   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 26. Tiene su niño desarrollo mental? -----  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 27. Es su niño diabético? -----   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 28. Padece su niño de asma? -----   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 29. Es el niño <input type="checkbox"/> VIH positivo, o tiene <input type="checkbox"/> SIDA? -----  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 30. Su niño tiene <input type="checkbox"/> epilepsia o <input type="checkbox"/> ataques? -----  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 31. Su niño resultó o a sido diagnosticado positivo a él hepatitis? -----   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 32. Está usted leyendo estas preguntas? -----   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 33. Su niño tiene o a tenido tuberculosis? -----  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 34. Su niño fuma, usa alguna forma de tabaco o vive con alguien que fume? -----   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 35. Su niño consume bebidas alcohólicas o sustancias controladas? -----   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 36. Hay alguna cosa que necesitemos saber sobre la historia médica de su niño? -----<br>Si su respuesta es si, que? _____   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Notas

A través de este medio certifico que he leído y entendido las preguntas precedentes, y así mismo afirmó que la información que he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad informar cualquier cambio en el estado médico de mi niño.

Firma del Padre/ Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Madre O Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

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



## CONSENTIMIENTO LEGAL PARA TOMAR DECISIONES

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Para su conveniencia, nos gustaría ofrecerle la oportunidad de proveernos una lista de personas las cuales puedan acompañar a su niño/a a sus visitas posteriores. Al enlistar a cualquier persona, automáticamente le proveerá un consentimiento legal para tomar decisiones, ya sea en su tratamiento o financieramente por parte de usted.

Con esta lista, algún miembro de la familia, padrastro, o un buen amigo tendrá la autoridad de acompañar a su niño/a a su cita dental y tomar decisiones sin la necesidad de ningún consentimiento adicional. Sin esta lista, los pacientes se tendrán que presentar con sus padres o custodio legal. Por su seguridad, por favor provea nombres de personas de confianza las cuales puedan tomar decisiones en el tratamiento del paciente, hacer pagos, y discutir información sobre la salud y finanzas. Por favor recuerde, personas permitidas en tomar decisiones sobre el tratamiento serán responsables de cualquier pago ocurrido.

Nosotros, como centro de salud afiliados con HIPAA, usaremos nuestra mejor discreción para mantener toda su información personal y solamente proveerles a las personas en la lista en este documento con la información necesaria para tomar decisiones específicas por parte suya. La información solamente se proveerá cuando sea necesario saber o repararla y no se les permitirán obtener o copiar el expediente a tales personas. Nuestra meta es hacer lo más conveniente para usted a la hora de tratar a su niño/a.

Por favor identifique a las personas y señale el consentimiento que les cede a tales personas para tomar decisiones sobre el tratamiento, financiero o ambos. También recuerde que la persona que acompañe a su niño/a a su cita será responsable de cualquier cargo adicional en caso de algún cambio.

## CONSENTIMIENTO PARA TOMAR DECISIONES

Nombre del Individuo	Tratamiento	Finanzas

Como padre o custodio legal del paciente, yo por este medio concedo a las personas enlistadas bajo “CONSENTIMIENTO PARA TOMAR DECISIONES” la autoridad legal para tomar decisiones en mi ausencia. También entiendo que tales decisiones pueden cambiar o alterar el tratamiento previamente recomendado o cargos los cuales yo eh consentido, el cual yo, como padre o custodio legal del niño/a, soy finalmente responsable de cualquier cargo ocurridos como resultado en las decisiones tomadas en el tratamiento por la persona enlistada arriba.

Firma del Padre/ Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Madre O Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_



## PÓLIZA DE CANCELACIÓN

Debido a la alta falta de asistencia de los pacientes en nuestra oficina, debemos procurar mantener eficientemente la circulación de pacientes para acomodar a nuestra población de pacientes. Para lograr esto de la mejor manera, hemos puesto pólizas de la oficina en ejecución para ayudar a regular las citas programadas, incluyendo citas en la cual el paciente no se presente.

Nuestras pólizas en la oficina son las siguientes:

- Nuestra oficina confirmará todas las citas con usted dos veces; la primera vez una semana antes de la cita y la segunda será el día antes de su cita. Si no podemos localizarle, le pediremos que usted nos llame para atrás y confirme que usted se presentara a su cita. **Si no podemos confirmar estas citas con usted, nos forzaremos a cancelar su cita y dársela a otro niño en nuestra lista de espera.** Usted es responsable para informar a nuestra oficina de cambios en la información de contacto que tenemos.
- **Puede ser necesario para nuestra oficina despedir a los pacientes que no pueden guardar su cita sin notificar al personal de nuestra oficina por lo menos 48 horas antes de su cita programada.**
- **Si falta a cinco de sus citas los pacientes serán despedidos**
- Una **tarifa de \$25 por cancelación** será determinado para cada paciente que no se presente o cancele una cita sin la notificación al personal de nuestra oficina por lo menos 24 horas antes de su cita programada.

Gracias por asistirnos en hacer citas accesibles a todos los niños.

He leído la información precedente.

Firma del Padre/ Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Madre O Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_



## **FORMA DE CONSENTIMIENTO EN PRÁCTICA PRIVADAS**

Entiendo que, bajo acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos al aislamiento con respecto a mi información protegida de la salud. Entiendo que esta información puede y será utilizada:

- La conducta, plan, mi tratamiento y carta recordativa entre los abastecedores múltiples de los proveedores de salud que pueden ser implicados en ese tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener el pago de terceras persona.
- Conduzca las operaciones normales de los proveedores de salud tales como evaluaciones en la calidad y certificaciones del médico.

Se me ha informado por *Aviso de las prácticas de aislamiento* contener una descripción más completa de las aplicaciones y de los accesos de mi información de la salud. Me han dado el derecho de repasar tales *Aviso de las prácticas del aislamiento* antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar el *Aviso de las prácticas del aislamiento* de vez en cuando y puedo estar en contacto con esta organización en cualquier momento en la dirección antedicha para obtener una copia actual del *Aviso de las prácticas del aislamiento*.

Entiendo que puedo solicitar por escrito, que usted limite cómo mi información privada se utiliza o se divulga para realizar el tratamiento, el pago, o operaciones en los proveedores de salud. También entiendo que no se requiere estar de acuerdo para convenir las restricciones solicitadas, pero si usted está de acuerdo será limitado para habitar por tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto de que usted haya tomado la acción que confiaba en este consentimiento.

Firma del Padre/ Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Madre O Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_



## **POLIZA FINANCIERA**

Nos dedicamos a proveer a nuestros pacientes el mejor tratamiento posible y basamos nuestra recomendación de tratamiento en lo que será lo mejor para su niño y no lo que su compañía de aseguranza paga o no paga. Como cortesía, nuestra oficina someterá cualquier reclamo a su aseguranza. Su seguro dental es un contrato entre usted, su empleo y su compañía de seguros; por lo tanto, usted es responsable por lo que cubre su seguro. Cualquier pago, deducible o porcentajes que exista por el cuidado dental de su niño, se deben pagar en el día que se rindan los servicios. Sin embargo, recuerde por favor que en la mayoría de los casos estas figuras son solamente estimaciones. No podemos garantizar lo que pagará su seguro. Usted será responsable de cualquier servicio no cubierto o no pagado por su portador de seguro.

Antes de terminar cualquier tratamiento, le provereemos una estimación del costo que indica nuestro costo total, lo que esperamos que su seguro cubra, y su porción estimada de la cual usted es responsable. Esto es solamente una estimación basada sobre información proporcionada por su seguro dental. Someteremos una estimación antes del tratamiento a su compañía de seguros para cualquier tratamiento.

Le pedimos que usted entra en contacto con nosotros inmediatamente después de realizar cualquier cambio de seguro dental, de modo que podamos mantener expedientes exactos y actuales de su cuenta y apresurar el reembolso de sus ventajas dentales.

Permitimos un máximo de 60 días para que su compañía de seguros pague cualquier balance dental con nosotros. Después de 60 días, cualquier porción sin pagar debe ser pagado por completo por usted.

Para su conveniencia, aceptamos dinero en efectivo, giro postal, cashier's check, cheques personales, visa, Mastercard, y la línea de crédito de Healthcare. Todos los cheques devueltos estarán conforme a una multa de \$25.00.

Después de intentar de recoger fondos debidos y pasando un plazo de 90 días a partir del día de servicio, el padre o guardián legal responsable de la cuenta será enviado a una agencia de colección para concluir la obligación financiera. Habrá un cargo adicional a su cuenta si es enviado a las colecciones. Habrá un cargo adicional de 33 % añadido a su cuenta más una cuota de procesamiento de \$ 500.00 si su cuenta es enviado a las colecciones Estoy de acuerdo a, pagar todo los costos de las finanzas, costos de la colección, honorarios del abogado, y todos los gastos asociados con la colección de mis cuentas excepcionales según permitido por la ley.

Reconozco que he leído, entiendo, y estoy dispuesto a conformarme con la política financiera antedicha.

Firma del Padre/ Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Madre O Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_



## **POLÍTICA DE DIVORCIO PARA PADRES DIVORCIADOS O SEPARADOS**

Los proveedores y el personal de Desert Sun Pediatric Dentistry están aquí para cuidar a sus hijos. Nuestro enfoque está en la salud bucal general de su hijo. - NO son asuntos legales que involucren acuerdos de divorcio, separación o custodia. Por eso le pedimos que lea lo siguiente:

1. Cualquier padre o tutor legal puede programar una cita para el niño, puede estar presente para la visita dental, **y / o obtener una copia del resumen de la visita. A menos que haya una orden judicial escrita en el expediente del niño que restrinja el derecho de los padres, por favor no nos pida que limitemos la participación del otro padre en el cuidado de su hijo.**

2. El pago (copagos, deducibles, etc.) se debe pagar en el momento del servicio, sin importar qué padre es responsable de la cobertura dental. No somos parte de su acuerdo de divorcio. **El padre / guardián que lleva al niño a su visita es responsable del pago.** Si el decreto de divorcio requiere que el otro padre pague todos o parte de los costos del tratamiento, es responsabilidad del padre autorizante recolectar del otro padre.

3. Los padres / tutores legales pueden firmar un formulario de "Consentimiento para el Tratamiento". Esto significa que otras personas (como abuelos, niñeras, etc.) están autorizadas a llevar a su hijo a nuestra consulta y pueden dar su consentimiento para recibir tratamiento durante la visita. **No estaremos involucrados en ninguna disputa sobre individuos nombrados en el consentimiento de su niño para tratar el formulario.** Ambos padres / tutores legales pueden ver quién es nombrado en los formularios del otro; Sin embargo, no cumpliremos con la solicitud de eliminar nombres en el formulario del otro, a menos que se lo indique el tribunal, por favor remita esta solicitud a su abogado.

4. Además, **no vamos a:**

- Llame al otro padre para el consentimiento previo al tratamiento o infórmese al otro padre cuando las visitas están programadas.
- Restringir la participación de los padres / tutores legales en la atención de su hijo, a menos que lo autorice la ley.
- Tolerar la programación de citas / cancelar patrones de comportamiento entre padres.

5. Es responsabilidad de ambos padres comunicarse entre sí sobre el cuidado de los pacientes, las citas en la oficina y cualquier otra información importante relevante para el cuidado del niño. Por favor, no pida a nuestros proveedores que llamen al padre que no asista después de la visita del niño.

6. Si las cuestiones que se interponen entre los padres se convierten en perjudiciales para nuestra práctica o impiden el cuidado de su hijo, nos reservamos el derecho de liberar a su familia de nuestra práctica.

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_





## Teléfono celular y política de fotos y videos

**Uso del teléfono celular:** En consideración de los demás, la conversación telefónica celular está prohibida en la oficina. Usted es más que bienvenido a salir para completar una llamada si es necesario mientras su hijo está siendo tratado.

**Foto / Video:** Las fotos y / o videos están prohibidos en el área de tratamiento. Estaremos encantados de tomar una foto de su hijo con el Dr. o un miembro del personal si lo desea. Fuera del área de tratamiento puede tomar una foto de su hijo en la oficina, sin embargo, le pedimos que respete la privacidad de otros en esto.

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_