

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

---

Nombre del tutor principal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

---

Parte financieramente responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Type your text

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

---

### Seguro dental primario

Nombre del asegurador: \_\_\_\_\_ Nombre del grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona principal cubierta por este seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona principal: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

### Seguro dental secundario

Type your text

Nombre del asegurador: \_\_\_\_\_ Nombre del grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona principal cubierta por este seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona principal: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

### Seguro dental terciario

Nombre del asegurador: \_\_\_\_\_ Nombre del grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona principal cubierta por este seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona principal: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

---

Nombre del proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida con ubicación: \_\_\_\_\_

Remitido por (marque con un círculo):  Redes sociales  Amigos/Familia  Google  Mailer  Cartelera

Doctor en coche o a pie  De boca en boca

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

---

### Contacto en caso de emergencia

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

## Historial médico y dental confidencial del paciente

Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del médico _____	Teléfono _____	Última visita _____
¿Ha estado alguna vez el paciente bajo los cuidados prolongados de un médico o ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, explíquelo: _____		
<b>MARQUE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES CASOS POR LOS QUE EL PACIENTE HA SIDO TRATADO</b>		
<input type="checkbox"/> Afecciones cardíacas (soplo, etc.)	<input type="checkbox"/> VIH positivo	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Infecciones renales
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral
<input type="checkbox"/> Problemas hepáticos	<input type="checkbox"/> Defectos congénitos	<input type="checkbox"/> Problemas de vista
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Infecciones	<input type="checkbox"/> Deficiencias del habla
<input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos	<input type="checkbox"/> TDAH	<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> Otros _____		
¿Está tomando algún medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique: _____
¿Es alérgico a algún alimento o medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique: _____

Apellido del dentista _____	Teléfono _____	Última visita _____
<b>HISTORIAL DENTAL Y ORTODÓNCICO</b>		
¿Se tomaron radiografías en la última visita al dentista del paciente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
¿Ha tenido el paciente algún problema con exámenes o tratamientos dentales en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
¿Ha tenido el paciente caries en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
¿El paciente se cepilla los dientes a diario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
¿Toma actualmente el paciente un suplemento de flúor en pastillas, geles, enjuagues, etc.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
¿Se pasa el paciente el hilo dental a diario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
¿Ha recibido el paciente alguna vez anestesia local?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
¿Le han colocado selladores al paciente alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
Si procede: ¿Se le ha diagnosticado caries al paciente en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
¿Ha sufrido el paciente algún traumatismo en los dientes (caídas, golpes, astillas, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
En caso afirmativo, explique: _____		
Describa la dieta del paciente (alimentos habituales/favoritos)		
¿El paciente se ha chupado alguna vez los pulgares o los dedos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
¿El paciente tiene problemas de habla?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
¿Se ha informado alguna vez al paciente de que le sobran o le faltan dientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
¿Se ha sometido alguna vez el paciente a un examen de ortodoncia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
¿Algún familiar ha necesitado ortodoncia en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
¿El paciente tiene dolor en la mandíbula?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
¿Tiene el paciente algún crujido o chasquido en la articulación de la mandíbula?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
¿Alguna preocupación ortodóncica?		
Háblemos de los intereses del paciente (deportes favoritos, aficiones, programas de televisión, viajes, películas, etc.)		

*Gracias por tomarse la molestia de llenarlo.*

Certifico que la información anterior es completa y exacta.

Firma del parente/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del dentista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Consentimiento general y política de prácticas

Los médicos y el personal de esta práctica tienen un compromiso inquebrantable con la salud oral superior de su hijo. Utilizamos sólidos principios científicos y éticos para proporcionar a su hijo con el más alto nivel de atención dental pediátrica disponible en nuestra área. También reconocemos que la creación de un ambiente divertido, agradable y cómodo es fundamental para la salud oral del niño a largo plazo. Sabemos que usted tiene una opción en abastecedores dentales, y esperamos que estas metas sean las razones primarias que usted ha elegido nuestra práctica. Recuerde por favor que las políticas siguientes se centran en la realización de estas dos filosofías de la base.

- **Política de pagos/seguros:** El pago total debe efectuarse en el momento del servicio. Aceptamos las principales tarjetas de crédito, efectivo o cheques personales. No podemos garantizar ninguna cobertura estimada al facturar al seguro. Los pacientes son responsables de determinar si su seguro está contratado para los servicios que se prestarán. Los pacientes son responsables de todos los saldos impuestos por su seguro. Usted es responsable en última instancia de cualquier cantidad restante no pagada por el seguro. Habrá un honorario de servicio \$50 en cualquier cheque vuelto. Todos los saldos impagos están sujetos a una tasa de tramitación del 10% y pueden incurrir en un cargo financiero mensual del 1,5%. Todos los saldos morosos deben pagarse antes de incurrir en nuevos cargos. Los pacientes son responsables de determinar si nuestros proveedores se consideran parte de la red de su aseguradora y serán responsables de todos los saldos impuestos por su compañía de seguros. Cualquier servicio pagado en exceso se reembolsará automáticamente al método de pago original del paciente en un plazo de 60 días. Los cheques se emitirán en un plazo de 60 días a partir de la fecha de pago para los pacientes que hayan efectuado un pago en efectivo.
- **Política de citas perdidas o canceladas:** Debido a la naturaleza ocupada de nuestra práctica y como cortesía común a los doctores y al personal que están proporcionando el cuidado importante a su niño, pedimos que usted haga por favor la cita de su niño una prioridad superior. Si usted no puede hacer su cita, por favor dénos suficiente tiempo para llenar la cita de su niño con otro niño que espera ver al doctor. Le pedimos que llame para cambiar la cita o cancelarla con 24 horas de antelación. Una segunda cancelación de última hora o no presentarse supondrá el fin de la relación médico-paciente. Si no acude a su cita o la anula con menos de 24 horas de antelación, se le podrá aplicar una tasa de cancelación de entre 50 y 100 dólares.
- **Política de citas tardías:** Pedimos que todos los padres hagan un esfuerzo especial para estar en las citas de sus hijos a tiempo para minimizar el impacto en la atención de su hijo y la experiencia dental, así como los pacientes programados más tarde en el día. Si un paciente llega más de 10 minutos tarde a una cita de 30 minutos o 15 minutos tarde a una cita de 60 minutos, es posible que tenga que cambiar su cita o esperar mientras atendemos a los pacientes que llegaron a tiempo a sus citas. La impuntualidad habitual supondrá el fin de la relación médico-paciente.
- **Política de consentimiento para recibir tratamiento:** Doy mi permiso para la práctica para llevar a cabo procedimientos dentales, incluyendo nitroso y anestesia local, dentro del ámbito profesional de la odontología considera necesario en mi hijo / hijos a las personas con mi permiso.
  - Reconozco el entendimiento de que la odontología no es una ciencia exacta y por la presente solicito y autorizo lo que el doctor considere aconsejable si cualquier condición imprevista surge en el curso de este(s) tratamiento(s) designado(s) y/o procedimientos que requieran, a su juicio, procedimientos adicionales o diferentes a los contemplados. Además, he proporcionado un historial médico lo más exacto y completo posible, incluyendo aquellos antibióticos, drogas, medicamentos y alimentos a los que mi hijo es alérgico.
  - Doy mi permiso a las siguientes personas para traer a mi hijo/hijos a la consulta para sus citas, que pueden incluir cualquier y todos los procedimientos dentales.

- **Política de comunicación:** Nuestra principal prioridad es darle toda la información necesaria para tomar decisiones informadas con respecto a la salud oral de su hijo. Esto incluye proporcionarle la naturaleza de los procedimientos recomendados, los riesgos de esos procedimientos, cualquier alternativa a los procedimientos recomendados, y una estimación de los costos involucrados en la realización de esos procedimientos. Esperamos que la comunicación abierta es importante para usted y que cualquier preocupación sobre el tratamiento o nuestras políticas se traerá inmediatamente a nuestra atención con la misma cortesía y respeto. Haremos sinceramente todo lo posible para desarrollar una relación a largo plazo en la que la salud oral y la experiencia dental de su hijo sean lo primero para ambos.
  - Comunicación de Bluetree Brands: Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones relevantes de Bluetree Brands y sus socios afiliados.
  - Consentimiento para medios sociales/fotos: Doy mi consentimiento para utilizar las imágenes tomadas de mí / mi hijo para mostrar nuestra extraordinaria atención. Entiendo que la oficina puede publicar mis imágenes en cualquier / todas las plataformas de medios sociales y sitios web.

\_\_\_\_\_  
Firma del parent/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

# ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

\*\*Puede negarse a firmar este reconocimiento\*\*

Al firmar a continuación, declaro que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina:

---

Nombre del paciente en letra de imprenta

---

Firma del paciente/tutor legal

---

Fecha

El aviso contiene una sección de derechos del paciente en la que se describen los derechos que le otorga la ley. Con su firma certifica que ha revisado nuestros avisos antes de firmar este consentimiento. Los términos de los avisos están sujetos a cambios.

Tiene derecho a restringir la forma en que se utilizan y divultan sus datos sanitarios protegidos para tratamientos, pagos u operaciones sanitarias. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero la respetaremos si la aceptamos. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, pago u operaciones de atención sanitaria. Al firmar este formulario, da su consentimiento para que utilicemos y divulgemos su información sanitaria protegida y para que la utilicemos potencialmente de forma anónima en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo.

Al enviar este formulario, entiendo que:

- La información sanitaria protegida puede divulgarse o utilizarse para tratamientos, pagos u operaciones sanitarias.
- El bufete se reserva el derecho a modificar la política de privacidad según lo permita la ley.
- El consultorio tiene derecho a restringir el uso de la información, pero no tiene por qué aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, y cesarán todas las divulgaciones completas.
- La consulta puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos utilizar o divulgar información médica protegida. **Puede comunicarse con las siguientes personas en relación con la información médica o de pago del paciente:**

## SÓLO PARA USO DE OFICINA

Se intentó obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, sin embargo no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

- El individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo
- Otros (especifique)