

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?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explíquelo: _____

MARQUE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES CASOS POR LOS QUE EL PACIENTE HA SIDO TRATADO

☐ Afecciones cardíacas (soplo, etc.)

☐ VIH positivo

☐ Hepatitis

☐ Sangrado excesivo

☐ Tuberculosis

☐ Dolores de cabeza frecuentes

☐ Diabetes

☐ Asma

☐ Infecciones renales

☐ Fiebre reumática

☐ Epilepsia

☐ Parálisis cerebral

☐ Problemas hepáticos

☐ Defectos congénitos

☐ Problemas de vista

☐ Cáncer

☐ Infecciones

☐ Deficiencias del habla

☐ Trastornos nerviosos

☐ TDAH

☐ Autismo

☐ Otros _____

¿Está tomando algún medicamento?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique: _____

¿Es alérgico a algún alimento o medicamento?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique: _____

Apellido del dentista _____ Teléfono _____ Última visita _____

HISTORIAL DENTAL Y ORTODÓNCICO

¿Se tomaron radiografías en la última visita al dentista del paciente?

☐ Sí ☐ No _____

¿Ha tenido el paciente algún problema con exámenes o tratamientos dentales en el pasado?

☐ Sí ☐ No _____

¿Ha tenido el paciente caries en el pasado?

☐ Sí ☐ No _____

¿El paciente se cepilla los dientes a diario?

☐ Sí ☐ No _____

¿Toma actualmente el paciente un suplemento de flúor en pastillas, geles, enjuagues, etc.?

☐ Sí ☐ No _____

¿Se pasa el paciente el hilo dental a diario?

☐ Sí ☐ No _____

¿Ha recibido el paciente alguna vez anestesia local?

☐ Sí ☐ No _____

¿Le han colocado selladores al paciente alguna vez?

☐ Sí ☐ No _____

Si procede: ¿Se le ha diagnosticado caries al paciente en los últimos dos años?

☐ Sí ☐ No _____

¿Ha sufrido el paciente algún traumatismo en los dientes (caídas, golpes, astillas, etc.)?

☐ Sí ☐ No _____

En caso afirmativo, explique: _____

Describe la dieta del paciente (alimentos habituales/favoritos) _____

¿El paciente se ha chupado alguna vez los pulgares o los dedos?

☐ Sí ☐ No _____

¿El paciente tiene problemas de habla?

☐ Sí ☐ No _____

¿Se ha informado alguna vez al paciente de que le sobran o le faltan dientes?

☐ Sí ☐ No _____

¿Se ha sometido alguna vez el paciente a un examen de ortodoncia?

☐ Sí ☐ No _____

¿Algún familiar ha necesitado ortodoncia en el pasado?

☐ Sí ☐ No _____

¿El paciente tiene dolor en la mandíbula?

☐ Sí ☐ No _____

¿Tiene el paciente algún crujido o chasquido en la articulación de la mandíbula?

☐ Sí ☐ No _____

¿Alguna preocupación ortodóncica?

Háblenos de los intereses del paciente (deportes favoritos, aficiones, programas de televisión, viajes, películas, etc.) _____

Gracias por tomarse la molestia de rellenarlo.

Certifico que la información anterior es completa y exacta.

Firma del padre/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 padre/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 divulgan 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 divulguemos 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)
-