

Registro e Historial Médico

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: APELLIDO _____ NOMBRE _____
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____ SEXO: M F
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ EDAD ____ SS# _____ - _____ - _____
TELÉFONO DE CASA _____ No. DE CELULAR _____ OTRO _____
DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____
ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA OFICINA DENTAL? _____

JEFE DE FAMILIA

NOMBRE: APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____ SEXO: M F
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ SS# _____ - _____ - _____ ESTADO MARITAL: S C V D
TELÉFONO DE CASA _____ No. DE CELULAR _____
TELÉFONO DEL TRABAJO _____
CORREO ELECTRÓNICO _____ EMPLEADOR _____
DIRECCIÓN (La misma de arriba) _____ CIUDAD _____
ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ SEGURO DENTAL _____
No. DE IDENTIFICACIÓN# _____
RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

INFORMACIÓN DEL ESPOSO(A) O PADRE/MADRE:

NOMBRE: APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____ SEXO: M F
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ SS# _____ - _____ - _____ ESTADO MARITAL: S C V D
TELÉFONO DE CASA _____ No. DE CELULAR _____
TELÉFONO DEL TRABAJO _____
CORREO ELECTRÓNICO _____ EMPLEADOR _____
DIRECCIÓN (La misma de arriba) _____ CIUDAD _____
ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ TELÉFONO _____
RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

HISTORIAL DENTAL Y MÉDICO

ES CRUCIAL QUE CUALQUIER HISTORIAL DENTAL Y MÉDICO PROPORCIONADO SEA CORRECTO

OFICINA DENTAL ANTERIOR _____ ÚLTIMA VISITA DENTAL _____ ¿SE TOMARON RADIOGRAFÍAS? S N

(POR FAVOR ELIJA UNA OPCIÓN SEGÚN APLIQUE A SU CASO)

¿SU HIJO(A) TIENE PROBLEMAS PREIODONTALES (ENCÍAS)? SI NO

LAS ENCÍAS DE SU HIJO(A), ¿SANGRAN, SE IRRITAN O TIENEN SENSIBILIDAD? SI NO

¿SU HIJO(A) UTILIZA HILO DENTAL CON FRECUENCIA? SI NO

¿SU HIJO(A) HA TENIDO PROBLEMAS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS DENTALES ANTERIORES? SI NO

¿EL AGUA DE SU CASA ES FLUORADA? SI NO

¿SU HIJO(A) CONSUME AGUA EMBOTELLADA O FILTRADA CON FRECUENCIA?
SI SU RESPUESTA ES SI, ¿CON QUÉ FRECUENCIA?

DIARIAMENTE / FRECUENTEMENTE / OCASIONALMENTE (POR FAVOR ELIJA SEGÚN CORRESPONDA)

¿SU HIJO(A) HA RECIBIDO TRATAMIENTO ORTODONTICO (BRACES)? SI NO

¿SU HIJO(A) SUFRE DE DOLOR DE CABEZA, DE OÍDO O DOLOR DE CUELLO? SI NO

¿SU HIJO(A) SUFRE DE SENSIBILIDAD EN LOS DIENTES CON LO SIGUIENTE?
CALIENTE / FRÍO / PRESIÓN / DULCES? (PLEASE CIRCLE THOSE THAT APPLY) SI NO

¿SU HIJO(A) ESTA CONTENTO(A) CON LA APARIENCIA DE SUS DIENTES? SI NO

PREOCUPACIONES DENTALES _____

INFORMACIÓN SOBRE SU MÉDICO DE CABECERA:

¿SU HIJO(A) SE ENCUENTRA BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO DE CABECERA? SI NO

NOMBRE DE SU MÉDICO DE CABECERA _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

FECHA DE SU ÚLTIMA VISITA MÉDICA _____

¿SU HIJO(A) TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SI NO

LISTA DE MEDICAMENTOS _____

¿SU HIJO(A) HA SIDO HOSPITALIZADO(A) O HA TENIDO ALGUNA CIRUGÍA? SI NO

POR FAVOR ESPECIFIQUE _____

PADECIMIENTOS	<p>¿Su hijo(a) sufre o ha sufrido de alguno de los siguientes padecimientos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cáncer o Tumor <input type="checkbox"/> Murmullo en el corazón, Defecto Cardíaco, Prolapso de la Válvula Mitral <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Presión Alta/Baja <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Herpes o ulceraciones <input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo <input type="checkbox"/> Migrañas, o frecuentes dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Fractura de mandíbula <input type="checkbox"/> Anemia o desórdenes sanguíneos <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica o problemas sinusales <input type="checkbox"/> Alergias o urticaria <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> ADHD / ADD <input type="checkbox"/> Nacimiento Prematuro <input type="checkbox"/> Problemas del oído <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual <input type="checkbox"/> Defectos Congénitos <input type="checkbox"/> Problemas del Habla <input type="checkbox"/> Problemas de Comportamiento <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación <input type="checkbox"/> Problemas del Sistema Autoinmune <input type="checkbox"/> Tuberculosis u otros problemas en los pulmones <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado <input type="checkbox"/> Hepatitis u otros padecimientos del hígado <input type="checkbox"/> Transfusiones Sanguíneas; fecha de la última transfusión _____ <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsiones, desmayos <input type="checkbox"/> COVID-19; Fecha del resultado positivo _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <p>Para los padecimientos elegidos, por favor explique:</p>
	<p>¿Su hijo(a) requiere de antibióticos antes de su tratamiento dental? Si No</p> <p>Si su respuesta es sí, por favor especifique _____</p> <p>Farmacia de preferencia _____</p> <p>Dirección / calles que cruzan _____ Teléfono _____</p>
ALERGIAS	<p>¿Su hijo(a) es alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a alguna de las siguientes opciones?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos <input type="checkbox"/> Anestesia Local <input type="checkbox"/> Codeína u otra Medicina Controlada <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Otro: _____

Yo certifico que la información que he proporcionado es correcta a mi conocimiento y parecer. Si ocurre algún cambio, notificaré a la oficina para actualizar mi historial

Firma _____ Fecha _____

Bienvenido a nuestra oficina dental y gracias por elegirnos como su proveedor de cuidados dentales. Nos comprometemos a que su tratamiento sea placentero y exitoso. Los padres o guardianes deberán leer y firmar nuestras Políticas y Procedimientos antes de comenzar el tratamiento. Le pedimos por favor que lea detenidamente y firme al terminar. Gracias.

Pediatric Dental Brands operará de tal manera que no discriminará a personas por su raza, color, origen nacional, religión, sexo (incluyendo embarazo), orientación sexual (incluyendo identidad de género y expresión), discapacidad, o cualquier otra base prohibida por la ley federal, estatal y local.

PACIENTES MENORES DE EDAD

El padre, adulto, o guardián legal quien acompañe al paciente durante su cita dental es responsable del pago completo del servicio recibido. Para un menor sin acompañante, el tratamiento que no sea considerado de emergencia le será negado a menos que los cobros hayan sido autorizados previamente en un plan de crédito, tarjeta de crédito, pago con efectivo o cheque personal al momento de recibir el servicio. Todos los menores de 18 años deben estar acompañados por su guardián legal. Si el adulto acompañante del menor no es su Guardian Legal, deberá presentar una carta de autorización del Guardian Legal a nuestro personal, de otra manera se le reagendará su cita.

ÓXIDO NITROSO

Por favor tome en cuenta que utilizamos óxido nitroso para citas de tratamiento dental restaurativo. La mayoría de los seguros dentales, con excepción de programas State Medicaid, NO cubren el óxido nitroso. Si por alguna razón usted no desea que se utilice óxido nitroso en el paciente, por favor informe al personal antes de la cita programada. El padre o guardián que acompañe al paciente a la cita DEBERÁ permanecer en el edificio hasta que el tratamiento dental haya terminado.

SEGURO DENTAL

Debemos enfatizar que, como proveedores de cuidado dental, nuestra relación es con usted y no con su compañía de seguro dental. Su póliza de seguro dental es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nos complace poder ayudarle con los cobros a su aseguradora, pero no somos parte de dicho contrato. En caso de que aceptemos la asignación de beneficios de su seguro, requeriremos que usted cubra el deducible (o proporcione evidencia de que ya lo ha hecho) y pague la porción estimada de su cuenta al momento de recibir el servicio. A menudo aceptamos la asignación de beneficios, sin embargo, el balance es su responsabilidad, sin importar si su compañía lo cubre o no. No nos es posible mandar cobro a su aseguradora hasta que usted nos proporcione la información completa de su seguro dental.

Nosotros podemos esperar hasta 60 días para que su aseguradora cubra el costo del servicio. En caso de que su aseguradora no haya pagado la cuenta dentro de esos 60 días, la cuenta será enviada a usted y usted será responsable de pagar el balance dentro de 30 días. En ese momento, nosotros reenviaremos el cobro a su compañía aseguradora dental por última vez. Una simple llamada de su parte a su compañía aseguradora facilitara grandemente el proceso del pago. Recuerde, el pago de su cuenta dental siempre será su responsabilidad. Nosotros esperamos hasta 60 días para que su compañía aseguradora pague su cuenta como un servicio para usted. Todos los porcentajes y deducibles deberán cubrirse por completo al momento de recibir el servicio.

El cobro que se hace al momento de recibir el servicio es un estimado. Después de recibir el pago por parte de su aseguradora, se le cobrará o acreditará la diferencia.

PAGO AL MOMENTO DE RECIBIR EL SERVICIO

Los estimados para tratamientos dentales mayores están disponibles y serán presentados a usted antes de que el tratamiento dental sea completado. Una tarifa mensual por financiamiento de 1.5% será aplicada a los balances no pagados para el 1ro del mes después del tratamiento. Se cobrará una tarifa de \$35.00 dlls adicionales por cheques rechazados por el banco. Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheques, Visa, Mastercard, American Express, y Discover.

TARIFAS USUALES Y HABITUALES

En nuestra oficina dental nos comprometemos a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes, y cobramos las tarifas usuales y acostumbradas en el área. Usted es responsable de los pagos, sin importar las tarifas que su compañía aseguradora determina como usuales y de costumbre.

HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LAS POLÍTICAS DE LA OFICINA DENTAL MENCIONADAS ARRIBA

Nombre (escrito) _____ Firma _____ Fecha _____

POLÍTICA DE CITAS DENTALES

Las citas son programadas con tiempos específicos dependiendo del tipo de cita o procedimiento. Nosotros reservamos un periodo de tiempo para el paciente con uno de nuestros especialistas para asegurar que el paciente reciba el más alto nivel de cuidado posible. Para garantizar máximo acceso a servicios dentales para todos nuestros pacientes, le pedimos por favor que respete sus citas designadas y tome en cuenta nuestra Política de Citas Dentales.

En caso de que se le haya hecho tarde para una cita programada, por favor contacte a la oficina de inmediato, proporcionando a la oficina con el tiempo estimado de su llegada, esto permite que la oficina ajuste el horario según corresponda y actualice al personal dental. Si el paciente llega a su cita 15 minutos **después** de su hora programada, la oficina le reprogramará su cita.

En caso de que necesite reprogramar su cita o cancelarla, por favor contacte a la oficina lo más pronto posible, 24 horas como mínimo, antes de su cita programada. Hay una gran demanda de citas dentales y al avisarnos por adelantado, nos permite ofrecer el tiempo de su cita a otro paciente quien necesite o este solicitando una cita dental.

Pedimos a todos los pacientes que respeten su tiempo programado con nuestros especialistas. Para hacerlo pedimos lo siguiente:

Consejos para Evitar una cita "Perdida"

- Confirme su cita
 - Siempre asegúrese de que contemos con su información de contacto más actualizada.
- Llegue 5 o 10 minutos antes de su cita.
- Avísenos por lo menos 24 horas antes si necesita cancelar o cambiar su cita.
 - Entendemos que pueden suceder emergencias. Si usted está pasando por circunstancias extenuantes y tiene que faltar a su cita sin poder darnos 24 horas de aviso previo, por favor hable con alguno de nuestros gerentes. Usted puede contactar a nuestra oficina las 24 horas del día, 7 días de la semana. Si su llamada es hecha fuera de nuestras horas de servicio, por favor deje un mensaje.

Definición de una Cita "Perdida"

- No llegar a la cita
- Cancelar una cita con menos de 24 horas de anticipación
- Llega más de 15 minutos tarde y en consecuencia no puede ser atendido por el dentista

Consecuencias de una Cita "Perdida" (por período de 12 meses) y Política del Mismo Día

- 1er cita perdida: recordatorio de nuestra Política de Citas Perdidas
- 2da cita perdida: recordatorio y advertencia de nuestra política. Puede resultar en que no le sea posible a la oficina programar tiempos específicos para el paciente y el paciente será puesto en la política de citas del mismo día.
- 3er cita perdida: la oficina no podrá reservar tiempos específicos para el paciente. El paciente será puesto en la política de citas del mismo día.
 - Política del Mismo Día: Como padre o guardián, usted tendrá que llamar a la oficina el día que desee que el paciente sea atendido y preguntar por nuestra disponibilidad. Si la oficina cuenta con tiempo disponible, el paciente será programado. Un máximo de dos miembros de la familia, por día, serán programados bajo la política del mismo día.
 - Si el paciente es colocado en la política del mismo día, se programa una cita, y el paciente no se presenta para su cita, el paciente o familia serán descartados de la oficina dental.

HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE CITAS DENTALES MENCIONADA ARRIBA

Firma _____ Relación con el Paciente _____ Fecha _____

FOTOGRAFÍAS, VIDEOS Y OTRO TIPO DE IMÁGENES

La toma, uso o transmisión de fotografías, videos, imágenes digitales, y otras grabaciones visuales tomadas durante las citas del paciente están prohibidas. Mientras que las fotografías del paciente podrían ser comunes, los problemas de privacidad individual y del paciente deben ser considerados, y se debe cumplir con las reglas federales.

El personal dental y/o Miembros del Equipo no deberán ser fotografiados sin su permiso.

Sin tomar las precauciones apropiadas, las fotografías y videos tomados por los pacientes o miembros de la familia podrían, inadvertidamente, poner al padre/guardián en peligro de invasión de privacidad. Como el guardián legal, usted podría ser responsable de obligaciones por la publicación de fotografías, videos u otras imágenes de nuestro equipo dental, bajo el tipo de invasión de la privacidad conocida como difusión pública. Antes de tomar fotografías o video, los miembros de nuestro equipo deberán ser informados de la razón por la cual se está tomando y se deberá preguntarles si están de acuerdo con que se les tomen fotografías o videos.

Reglamentario: los estándares de la HIPAA para la privacidad de información identificable de un individuo incluyen fotografías, videos e imágenes similares. La HIPAA requiere de la autorización del paciente para la divulgación de información de salud protegida, la cual incluye fotografías del paciente y videografía con propósitos que no incluyan el tratamiento, pago y operaciones de salud.

He leído, comprendido y estoy de acuerdo con respetar la Política de Fotografías y Videos mencionada arriba.

Firma _____

Fecha _____

COMUNICACIÓN

Nuestra oficina se comunica con los padres y pacientes de varias maneras (por ejemplo, servicio postal, teléfono, y electrónicamente: email y/o mensajes de texto). Al proporcionar la información solicitada y firmar a continuación, usted está de acuerdo con nuestros términos de uso y da su consentimiento para contactarle por medio de los medios de comunicación mencionados anteriormente.

Por favor recuerde que podrían aplicar tarifas estándar para mensajes de texto.

Dirección de correo _____

Teléfono Celular Primario # _____

Teléfono Celular Secundario # _____

Elijo no recibir Comunicaciones por otro medio que no sea por llamada telefónica.

He leído, comprendido y estoy de acuerdo con la Política de Comunicación mencionada arriba

Firma _____

Fecha _____

CONFIRMACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Disponibles bajo solicitud, o en línea.

USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA CONFIRMACIÓN

Yo, por medio de la presente, certifico que estoy enterado de, y he revisado, o he recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad por parte de la oficina a continuación:

Nombre Escrito del Receptor _____

Firma _____ Fecha _____

Para uso administrativo solamente:

Hemos intentado obtener reconocimiento por escrito de la confirmación de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad por parte del individuo mencionado anteriormente, pero dicha confirmación no fue posible de obtener debido a que:

___ El individuo se negó a firmar

___ Las barreras de la comunicación prohibieron la obtención de la confirmación

___ Una emergencia no permitió la obtención de la confirmación

___ Otro _____

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

Debido a que su hijo(a) es menor de edad, es necesario contar con una forma de permiso firmada por el padre o guardián legal. Al firmar esta forma usted autoriza la examinación y tratamiento según se requiera, y el uso de procedimientos los cuales el Proveedor considere necesarios durante el desempeño de sus servicios.

Yo, _____ siendo el padre o guardián legal de _____, por medio de la presente solicito y autorizo al Personal Dental a llevar a cabo los servicios dentales necesarios para mi hijo(a), incluyendo rayos x, óxido nitroso (gas hilarante), administración de anestesia, restauraciones, coronas y extracciones, y cualquier otro servicio recomendado por el Proveedor dental.

Entiendo que durante el tratamiento podría ser necesario el cambio o adición de procedimientos debido a padecimientos o condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes de mi hijo(a), los cuales no fueron descubiertos durante la examinación inicial. Doy mi permiso para que el Proveedor dental haga cualquier/todos los cambios y adiciones según sea necesario, con mi consentimiento informado.

Si la persona que acompaña al paciente para cuidados dentales de rutina o tratamientos no es su guardián legal, debemos contar con una autorización escrita del guardián legal. Esta forma de Autorización es requerida por razones pertenecientes a la HIPAA, así como también por la seguridad del paciente.

Usted podría autorizar a otra(s) persona(s) para acompañar al paciente a su cita y autorizar cuidados dentales de rutina o tratamiento llenando la información a continuación.

Nombre(s) del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo, _____ por medio de la presente autorizo a _____ a acompañar a mi(s) hijo(s) a recibir examinaciones dentales de rutina, limpiezas, radiografías, y/o tratamiento dental.

Relación del Individuo mencionado arriba con el paciente: _____

Esta autorización se mantendrá en efecto:

- Hasta la fecha _____
- Hasta ser revocada por mí.

Firma _____

Fecha _____