



Información del Paciente

Fecha _____

Apellido _____ Nombre _____ Nombre Preferido _____ Sexo: M F

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Idioma Materno _____ Segundo Idioma _____

En el caso de una emergencia, ¿a quién debemos llamar?

Nombre y Apellido _____ Relación _____ Teléfono _____

¿Cómo se entero de nuestra oficina? Nuestra Pagina Web Pagina Web del Seguro Periodico Otro Doctor _____

Amigo/Pariente _____ Hermano(a) _____ Paciente de regresó _____

Otros _____

Información de los Padres / Tutores

Padre Padrastra Tutor

Nombre y Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____

SS# _____ Empleador _____

Domicilio _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Trabajo _____ Celular _____

e-mail _____ * De proporcionar su correo esta de acuerdo con recibir informacion sobre su cuents y citas

Mama Madrastra Tutora

Nombre y Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____

SS# _____ Empleador _____

Domicilio _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Trabajo _____ Celular _____

e-mail _____ * De proporcionar su correo esta de acuerdo con recibir informacion sobre su cuents y citas

Historia Dental

Motivo de esta visita:

Chequeo y limpieza Caries Dental Lesiones en la boca Dolor de dientes Dientes torcidos Hábitos orales Otros _____

Última visita al dentista y Razón _____ Nombre del Dentista _____

¿Tuvo alguna experiencia dental negativa? _____

Cómo cree que su hijo se comportará durante esta visita?: Amigable Feliz Ansioso Tímido Con miedo

Resistente

Historia Médica

¿Pediatra del Paciente? _____ Teléfono _____
¿Esta el niño bajo el cuidado del médico ahora? No Sí (explique) _____
¿Toma medicamentos? No Sí(explique) _____
¿Alguna vez ha estado hospitalizado? No Sí(explique) _____
¿Alguna vez ha tenido cirugía? No Sí(explique) _____
¿Tiene alergia a algún Medicamento / Alimento / Metal / Látex / Otros ?
 No Sí(explique) _____

Ha tenido su hijo alguna historia de:

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Bebé Prematuro |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Problemas con la Anestesia | <input type="checkbox"/> Defecto Congénito |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado si se corta | <input type="checkbox"/> Alergias de Estación |
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis / Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal |
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea alta / baja | <input type="checkbox"/> Problemas de Audición |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Desorden Sanguíneo | <input type="checkbox"/> Trastornos de oído/ojos/ nariz | <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Comentarios _____

Reconocimiento de la Información del Paciente/ Autorización para la Evaluación Inicial

De mi conocimiento la información que he dado es correcta. Sobreentendiendo que se guardara la más estricta confidencialidad, y es de mi responsabilidad de informar a esta oficina de cualquier cambio del estado de salud del niño. Yo autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para la visita inicial de mi hijo. Cualquier servicio dental requerido, será explicado y autorizado por mí después de la evaluación inicial.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Consentimiento para delegar su Poder como Padre o Tutor

Yo doy mi consentimiento para que alguien que no sea yo pueda acompañar a mi hijo a las citas, para dar información del estado de salud el día de la cita o para garantizar el pago de los servicios dentales. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito.

Las personas que tienen el consentimiento en caso de mi ausencia son:

1 _____

2 _____

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Llenar solo si es aplicable a usted

Usted puede negarse a firmar este documento.

Yo he recibido una copia del Comunicado de esta oficina de las Prácticas de Privacidad.

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Hemos tratado de obtener por escrito el acuerdo de recepción de nuestro Comunicado de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque:

- individuo rehusó firmar
- Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otros (Especificar)

Nombre (en letra de imprenta) _____

Firma _____ Fecha _____

Política Financiera de la Práctica

Nos comprometemos a proporcionar a su hijo la mejor atención posible y estamos encantados de revisar nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su clara comprensión de nuestra política financiera y de seguros es importante para nuestra relación profesional.

1.-**VERIFICACIÓN DE SEGUROS:** Para su conveniencia, vamos a verificar los beneficios que su seguro le otorga antes de su primera cita como paciente nuevo, así como en cualquier momento que usted nos notifique de un cambio en su cobertura. Las compañías de seguros no garantizan el pago basado en la información que nos proporciona. Usted es en última instancia, responsable de conocer si hay períodos de espera para realizar el tratamiento. Los montos en los planes de tratamiento que no estén cubiertos por su seguro, son su responsabilidad financiera. Por favor, mantenga su información del seguro actualizada, mediante notificación de cualquier cambio en el empleo, la cobertura de seguros, etc.

2.-**PAGO:** El pago es realizado el día que se hace el servicio. El adulto que acompaña a un menor de edad y / o el padre (o tutor del menor) es responsable por el pago al final de dicha cita, si queda un saldo pendiente después del pago del seguro de una visita anterior, usted deberá pagar esta cantidad también.

3.-**CAMBIOS EN DATOS PERSONALES:** Los cambios en su dirección o números de teléfono debe ser mantenido al día con nuestra oficina.

4.-**LOS PLANES DE PAGO:** Nuestra oficina ofrece financiación por terceros con 12 meses sin intereses si es necesario para ayudarle a pagar cualquier tratamiento necesario.

5.-**SALDOS:** Si el saldo de su cuenta es superior a 60 días, usted recibirá una notificación informándole de que su cuenta está vencida y que si usted no paga su saldo o hace un plan de pago en el plazo de 10 días, su cuenta será entregada a una agencia de colecciones. Si esto sucede, una tasa de rescate (actualmente 39% del saldo) se sumará al saldo de su cuenta. La agencia de cobro reportará cualquier saldo pendiente de pago a las agencias de crédito principales.

6.- **CHEQUES DEVUELTOS:** Habrá un pago de \$ 30 por cada cheque devuelto. El importe del cheque más los honorarios deben ser pagados dentro de los 10 días de la notificación por giro postal, en efectivo o tarjeta de crédito. Una vez que el cheque ha sido devuelto, esta oficina ya no aceptara cheques personales para el pago.

7.-**CANCELACIONES DE LAS CITAS:** Le pedimos que haga la cancelación de una cita con un mínimo de 48 horas de anticipación. En caso de una segunda cancelación sin previo aviso de 48 horas, una tarifa de \$ 20 por anulación será aplicada ("si no se presenta"). Los \$ 20 se pondrán en su cuenta, y no se les permitirá hacer otras citas para los miembros de su familia hasta que esta deuda sea pagada.

8.- **SEGURO:** Yo certifico que estoy cubierto por el seguro y traspaso directamente a la Dra. Mendoza todos los beneficios del seguro, autorizo que mi seguro pague por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo a la doctora a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma para solicitar al seguro el pago de todo tratamiento realizado.

Firma del Padre / Tutor

Fecha



***Usted se queda con
esta copia para sus records***

Comunicado de Privacidad de la Practica

NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por ley federal y estatal de mantener la privacidad de su información médica. También se nos exige que le demos este Comunicado acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos con respecto a su información de salud. Debemos respetar las prácticas de privacidad que se describen en este Comunicado mientras esté en vigencia. Este Comunicado se hace vigente con su firma, y permanecerá valido hasta que lo cambiemos. Usted puede solicitar una copia de nuestro Comunicado en cualquier momento.

USOS Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Nosotros usamos y divulgamos información sobre su salud para tratamientos, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: podemos usar o divulgar su información de salud a un médico o profesional de la salud que le proporcione tratamiento a usted.

Pago: Podemos utilizar y divulgar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le hayamos proporcionado.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información de salud para nuestras operaciones de atención médica.

Su Autorización: Además de nuestro uso de su información médica para tratamientos, pago u operaciones de salud, nos puede dar una autorización escrita para utilizar su información médica o revelarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocarla por escrito en cualquier momento.

Personas que intervienen en su cuidado: Se puede usar o revelar información médica para notificar o ayudar en la notificación (incluyendo la identificación o localización) a un miembro de la familia, a su representante legal u otra persona responsable de su cuidado, para su ubicación, para ver por su estado general, o en caso de muerte. Si usted está presente antes del uso o divulgación de su información de salud, esto le proporcionará la oportunidad de oponerse a tales usos o revelaciones. En caso de incapacidad o circunstancias de emergencia, revelaremos su información de salud utilizando nuestro criterio profesional, revelando a las personas involucradas en su atención médica, solamente la información de salud que es relevante. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia haciendo inferencias razonables, siempre pensando en su bienestar al permitir a una persona de recoger sus recetas medicas, medicamentos, radiografías, u otras formas similares de información de salud.

Marketing de Servicios Relacionados con la Salud: No usaremos su información de salud para las comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito.

Requerido por la Ley: Podemos usar o divulgar su información médica cuando sea requerido por la ley.

Abuso o Negligencia: Podemos revelar su información de salud a las autoridades correspondientes si consideramos que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud con el fin de evitar una amenaza grave para su salud o su seguridad o la de los demás.

Seguridad Nacional: Podemos revelar a las autoridades militares de la salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a la institución correccional o al funcionario policial que tenga la custodia legal de la información de salud de un presidiario, o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas).

Derechos del Paciente

Acceso: Usted tiene acceso y derecho a mirar o a obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información médica con un cargo adicional.

Auditoría de las Revelaciones: Usted tiene el derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios de negocios hayamos divulgado su información médica para propósitos distintos al tratamiento, pagos, operaciones de atención médica u otras actividades. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo para responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Usted tiene el derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales en nuestro uso de la divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o inquietudes, por favor póngase en contacto con nosotros. Si le preocupa que pudiéramos haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud, usted puede quejarse con nosotros. También puede presentar una queja por escrito a los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar su queja con el Departamento de EE.UU. de Salud y Servicios Humanos bajo petición.

Nosotros apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. Nosotros no tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos.