

¡BIENVENIDO!

Con placer recibimos a su niño en nuestra oficina. Nuestra meta es hacer que la visita de cada niño sea placentera y educativa. Nuestra práctica se basa en el cuidado preventivo. ¡Deseamos enseñarle una buena higiene oral que le permita a su niño tener una hermosa sonrisa que dure toda la vida!

Cuéntenos de su niño

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento del niño: ____/____/____ Edad: _____

Apodo: _____ Hombre Mujer

Escuela: _____ Grado: _____

Pasatiempos: _____

Teléfono Casa: (____) _____

de Seguro Social: _____

Dirección del niño: _____
Apt. / Condo

Ciudad Estado Código postal

Información general

¿Quién acompaña al niño hoy? _____

Nombre: _____ Relación: _____

¿Tiene Ud. custodia legal de este niño? Sí No

¿A quién debemos agradecerle que lo refiriera? _____

Otros hermanos atendidos por nosotros: _____

Pariente o amigo que no viva con Ud.: _____

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Información de los padres

¿Quién es responsable de la cuenta? _____ Estado civil de los padre Solteros Casados Viudos Divorciados Separados

Madre Padre Madrastra Padrastro Tutora Tutor

Nombre: _____ Fecha de nac.: ____/____/____

Dirección (si es distinta de la del niño): _____ Tel. Casa: (____) _____

SS: _____ # Licencia de manejar: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____ Tel. Celular/Otro: (____) _____

E-mail: _____

Patrón: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

Si tiene un Plan Dental para el niño, por favor siga llenado la información:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Ciudad Estado Código postal

Teléfono de la compañía de seguros: (____) _____

Número de grupo (# de Plan, Local o Póliza): _____

Padre Madre Padrastro Madrastra Tutor Tutora

Nombre: _____ Fecha de nac.: ____/____/____

Dirección (si es distinta de la del niño): _____ Tel. Casa: (____) _____

SS: _____ # Licencia de manejar: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____ Tel. Celular/Otro: (____) _____

E-mail: _____ Tel. Celular/Otro: (____) _____

Patrón: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

Si tiene un Plan Dental para el niño, por favor siga llenado la información:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Ciudad Estado Código postal

Teléfono de la compañía de seguros: (____) _____

Número de grupo (# de Plan, Local o Póliza): _____

Autorización/Permiso

Certifico que mi hijo/a está cubierto por la Compañía de Seguros _____ y que seré responsable de cualquier responsabilidad financiera no cubierta por la aseguradora. Entiendo que soy responsable por el pago de servicios prestados así como de cualquier deducible que mi aseguradora no cubra. Por este medio autorizo al dentista a difundir cualquier información que sea necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los documentos sometidos a la aseguradora, tanto de forma manual como electrónica.

Firma del padre o guardián

Fecha

Historial dental

¿Por qué trajo al niño al dentista hoy? _____

¿Ha tomado el niño alguna vez píldoras dietéticas tales como Phen-Fen?
(También conocida como Redux o Pondimin.) Sí No

Si responde que sí, ¿cuándo? _____

Actualmente, ¿tiene dolor el niño? Sí No

¿Necesita el niño antibióticos antes de recibir tratamiento dental? Sí No

¿Ha tenido el niño problemas serios/complicaciones asociadas con trabajos dentales previos? Sí No

¿Toma el niño agua fluorada? Sí No

¿Ha recibido el niño suplementos de flúor? Sí No

¿Ha sufrido el niño alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandíbula (TMJ/TMD)? Sí No

¿Se cepilla el niño los dientes diariamente? Sí No

¿Utiliza el niño hilo dental diariamente? Sí No

Médico del niño: _____

Tel.: _____ Fecha de la última visita: _____

Actualmente, ¿está el niño bajo atención médica? Sí No

Por favor, describa la salud física de su hijo/a:
 Buena Regular Pobre

Haga una lista de las medicinas que su hijo/a esté tomando:

Favor de incluir algún tipo de alergia que su hijo/a tenga que no se encuentre en esta lista: _____

Sí No Látex Sí No Níquel/Metales Sí No Plástico

Historial médico

¿Ha experimentado el niño alguno de los siguientes problemas?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado anormal/Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo del corazón |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA/VIH + | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ronchas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hospitalización/Operaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas con los riñones |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Baja presión |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autismo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lupus | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Síndrome de Asperger |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Paperas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Varicelas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapsia de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Defecto congénito del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Exposición al VIH, pero Neg. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sarpullido |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Discapacitación/Minusvalía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Huesos/coyunturas/válvulas artificiales |

¿Tiene el niño todas sus vacunas al día? Sí No

¿Hay algo que quiera discutir en privado con el doctor? Sí No

Por favor, mencione cualquier problema médico serio/grave que su hijo/a tenga/haya tenido:

¿El niño tiene/ha tenido alguna(s) de las siguientes experiencias?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Chuparse/morderse los labios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tomar en botella |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Morderse las uñas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Chuparse el dedo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mordisquear objetos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Morderse la lengua/las mejillas |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Respirar por la boca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del habla |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Apretar/rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Empujar la lengua |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Usar chupón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tomar pecho |

Nuestra oficina cumple con las normas HIPAA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.

Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. Ésta se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a o dependiente. Autorizo al personal dental a llevar a cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para el niño.

Firma del padre o guardián

Fecha

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado toda la información médica/dental proporcionada arriba con el padre/guardián y el paciente aquí nombrado:

Firma del dentista

Fecha

Comentarios del dentista: _____

Actualización del historial médico

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita? Sí No

Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma del padre o guardián

Fecha

Firma del dentista

Fecha

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita? Sí No

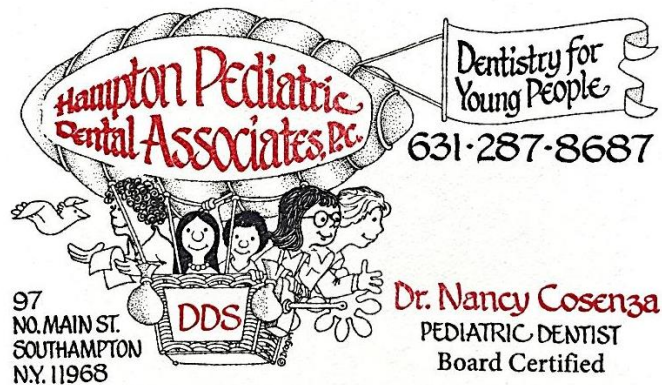
Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma del padre o guardián

Fecha

Firma del dentista

Fecha



HIPAA - FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Estos derechos son míos bajo la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento yo les autorizo a utilizar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- El tratamiento (incluyendo el tratamiento directo o indirecto por otros profesionales de la salud involucrados en mi tratamiento)
- Obtener pago de tercero pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros)
- El funcionamiento diario del consultorio.

También se me ha informado y dado el derecho de revisar y obtener una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual contiene una descripción más completa del uso y divulgación de mi información de salud protegida, y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que usted reserva el derecho a modificar el presente aviso de vez en cuando y que puedo contactarles en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se utiliza mi información de salud protegida y revelada para llevar a cabo el tratamiento, el pago, y el funcionamiento diario del consultorio, pero que no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si usted no está de acuerdo, entonces usted está obligado a cumplir con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que se produjo antes de la fecha de revocar este consentimiento no sea afectada.

Firmado el _____ día de _____, 20_____.

Imprimir Nombre del paciente: _____

Relación con el paciente : _____

Firma: _____



Al firmar esta forma, entiendo que la oficina Hampton Pediatric Dental Associates, enviara el cobro al seguro de mi hijo, por el tratamiento de hoy. Si por alguna razon la compañía del seguro no pagara alguna parte; sere responsable de pagar el cobro. Entiendo que si mi hijo(a) no tiene seguro dental sere responsable de pagar el tratamiento.

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Relación con el Paciente : _____

Firma: _____



Poliza de citas perdidas

En un esfuerzo por mejorar las citas para todos los pacientes, Hampton Pediatric Dental trabajará activamente para reducir la cantidad de citas perdidas y las citas perdidas por no presentarse. Nuestro objetivo es brindar la mejor calidad de atención para las necesidades dentales de su hijo/a.

Para garantizar que nuestros pacientes no pierdan sus citas, Hampton Pediatric Dental utiliza un sistema automatizado de recordatorio de citas que envía alertas a través de llamadas telefónicas, correo electrónico y mensajes de texto.

Asegúrese de que toda su información de contacto esté actualizada cada vez que se registre para una cita.

Entendemos que surgen circunstancias que resultan en la necesidad de cancelar una cita. Notifíquenos de cualquier cancelación **24 horas antes** de la hora programada para su cita. Esto le dará a nuestra oficina el tiempo suficiente para llenar el espacio de citas con otro paciente que lo necesite.

Hampton Pediatric Dental también comprende que las emergencias y circunstancias imprevistas pueden hacer que nuestros pacientes pierdan una cita. Por esta razón, después de su primera cita perdida, le daremos la oportunidad de reprogramarla.

Sin embargo, si se producen dos citas perdidas, se le cobrará una multa de \$25.

Esperamos poder trabajar con usted para evitar que esto suceda.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente, padres, o guardian

Fecha