

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	CONFIDENCIAL
<p>NOMBRE _____</p> <p>DIRECCIÓN _____</p> <p>CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____</p> <p>SI ES UN ESTUDIANTE, NOMBRE DE LA ESCUELA _____</p> <p>CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____</p> <p>A quién podemos agradecer por su referencia? _____</p>	<p>FECHA DE NACIMIENTO _____</p> <p>TELEFONO DE CASA _____</p> <p>Marque con un círculo la selección adecuada: MASCULINO FEMENINO</p>
RESPONSABLE	
<p>NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA _____</p> <p>DIRECCIÓN: _____</p> <p>EMPLEADOR: _____</p> <p>DIRECCIÓN: _____</p> <p>CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____</p> <p>EMAIL: _____</p> <p style="text-align: center;">Marque con un círculo la selección adecuada:</p> <p style="text-align: center;">SOLTERO CASADO DIVORCIADO</p> <p style="text-align: center;">VIUDO SEPARADO</p>	<p>RELACIÓN CON EL PACIENTE _____</p> <p>TELEFONO DE CASA _____</p> <p>TELÉFONO DEL TRABAJO _____</p> <p>TELÉFONO CELULAR _____</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO _____</p> <p>NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____</p>
INFORMACIÓN DEL SEGURO	
<p>NOMBRE DEL ASEGURADO _____</p> <p>COMPAÑÍA DE SEGUROS _____</p> <p>CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____</p> <p>TELEFONO DEL SEGURO _____</p>	<p>RELACIÓN CON EL PACIENTE _____</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO _____</p> <p>NUMERO DEL SEGURO SOCIAL _____</p> <p>NÚMERO DE GRUPO _____</p>

Formulario de Historia Médica

Instrucciones: Por favor encierre en un círculo la respuesta correcta (Si o No) y si usted desconoce la respuesta encierre en un círculo el símbolo (?) y los espacios en blanco completelos. Porfavor complete toda la información.

Historia clínica

¿El paciente presenta alguno de los siguientes antecedentes?

Problemas del corazón o soplo SI NO (?)
Fiebre reumática SI NO (?)
Sangrado o problemas de coagulación SI NO (?)
De células falciformes o anemia o rasgo SI NO (?)
Labio leporino o paladar SI NO (?)
Defectos de nacimiento o trastornos genéticos SI NO (?)
Epilepsia o convulsiones SI NO (?)
Retraso mental SI NO (?)
Problemas de crecimiento SI NO (?)
Parálisis cerebral SI NO (?)
Oído o problemas de audición SI NO (?)
Dificultades en el habla SI NO (?)
Problemas de la vista SI NO (?)
Asma o sibilancias SI NO (?) Alergias (fiebre del
heno, sensibilidad Laytex, etc) SI NO (?)
Trastornos de alimentación SI NO (?)
Hepatitis o enfermedad del hígado SI NO (?)
Diabetes SI NO (?)
Tuberculosis SI NO (?)
Problemas de riñón SI NO (?)
Problemas en los huesos o en las articulaciones SI NO (?)
De drogas o alcohol SI NO (?)
Fumar, el uso de tabaco o de tabaco sin humo SI NO (?)
De transmisión sexual o enfermedades venéreas SI NO (?)
SIDA o complejo relacionado con el SIDA SI NO (?)
Cáncer SI NO (?)
Otros problemas médicos (especificar) _____ Sí NO (?)

Nombre del médico del paciente _____ Fecha de la última visita _____
Dirección _____ Teléfono _____

¿El paciente está actualmente bajo el cuidado de un médico?..... SI NO (?)

En caso afirmativo, en qué condiciones _____

¿El paciente está tomando algún medicamento? SI NO (?)

En caso afirmativo, indique cuál _____

En caso afirmativo, por qué condición _____

¿El paciente ha tenido alguna reacción alérgica o desfavorable a algún medicamento? SI NO (?)

¿En qué _____

¿El paciente ha sido hospitalizado? SI NO (?)

Edad _____ Razón _____

¿El paciente ha sido tratado en la sala de emergencia? SI NO (?)

Edad _____ Razón _____

¿Con qué vacunas cuenta el paciente? _____

¿La paciente está embarazada en este momento?..... SI NO (?)
¿Hay algún otro problema médico que no haya mencionado anteriormente?..... SI NO (?)
En caso afirmativo, por favor describa _____

HISTORIA DENTAL

¿Por qué el paciente busca atención dental? _____
¿Es la primera visita del paciente con un dentista? SI NO (?)
En caso negativo, indique la fecha de la última visita _____
¿El paciente ha tenido alguno de los siguientes problemas dentales?
Lesiones en la boca o los dientes SI NO (?)
Dolor de muelas, dolor SI NO (?)
Abscesos SI NO (?)
Otros (especificar) _____
¿El paciente tiene alguno de los siguientes hábitos?
¿Chuparse el dedo? SI NO (?)
¿Rechinar los dientes o apretar los dientes? SI NO (?)
Otros (especificar) _____
¿A qué edad la alimentación con biberón se detuvo? _____
¿Qué tipo de recurso utiliza el paciente para el suministro de agua?
_____ Ciudad _____ Filtro _____ Botella _____ No sé
¿El agua que toma contiene fluoruro? SI NO (?)
¿El paciente ha recibido tabletas, gotas o vitaminas con fluoruro? SI NO (?)
¿El paciente ha utilizado enjuague con fluoruro en el hogar o escuela?..... SI NO (?)
¿Quién es responsable para cepillar los dientes del paciente? _____
¿Hay alguna información adicional que debería saber? SI NO (?)
En caso afirmativo, describir _____

HISTORIA SOCIAL Y DE COMPORTAMIENTO

¿Cree usted que el paciente coopere para el tratamiento dental? SI NO (?)
El paciente ha tenido alguna experiencia mala, medica o dental que le haya causado algun temor?
..... SI NO (?)
¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el paciente?
____ Avanzado en el proceso de aprendizaje ____ Proceso de aprendizaje normal ____ Lento aprendizaje
¿El paciente tiene antecedentes de problemas emocionales o de comportamiento? SI NO (?)
En caso afirmativo, describir _____
¿Hay alguna inquietud religiosa, cultural o étnica que podría afectar el cuidado del niño?... SI NO (?)
En caso afirmativo, describir _____
Nombres y edades de otros niños en la familia _____
¿Hay alguna información adicional que debería saber? SI NO (?)
En caso afirmativo, por favor, describa _____

En pleno conocimiento, la información anterior es correcta.

Firma del padre

Fecha

Relación con el Paciente



POLÍTICA Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Por favor, recuerde que estamos aquí para servirle a usted en un ambiente cómodo y profesional. Nuestro objetivo es ofrecerle la mejor calidad de atención dental.

SEGUROS Y POLÍTICAS DE PAGO

- **EL PAGO ES REQUERIDO EL MISMO DÍA DE SU VISITA.** Para el pago por tratamientos por encima de \$500.00, las disposiciones financieras especiales pueden ser discutidas con nuestro coordinador financiero o administrador de la oficina.
- Para los pacientes con seguro dental:
Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte en ese contrato. Vamos a presentar su reclamo por usted sin costo alguno, sin embargo, le pedimos que sus deducibles y las porciones estimadas entre el 20% y 60% se pagarán como se prestan los servicios, en caso de que su aseguransa no cubra los gastos, usted será responsable de la cantidad total de nuestros servicios.
No todos los servicios son un beneficio cubierto en todos los contratos. Algunas compañías de seguros seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubren.
Todos los beneficios de seguro se asignan al médico, a menos que los servicios se paguen en su totalidad el día del tratamiento.
- Tenga en cuenta, para su conveniencia, aceptamos VISA, MasterCard, Discover, American Express y Crédito por el Cuidado, así como cheques y efectivo.

POLÍTICAS DE LA OFICINA

- Su hora de la cita se ha reservado especialmente para usted. Solicitamos la cortesía al doctor y otros pacientes que mantenga sus citas programadas. **Si tiene que cambiar o falta a una cita, se requiere un aviso de 24 horas. Cancelaciones de ultima hora, reprogramación o la falta de pruebas tendrá un cargo de \$75.00 y si usted no cubre esta cantidad ya no tiene derecho a una nueva cita. Y si más de un miembro de su familia esta programado, tendrá un cargo adicional de \$50.00 por cada uno. Esta política se aplica estrictamente, debido a nuestro gran volumen de pacientes.**
- Nuestra oficina le proporcionará llamadas de confirmación y postales. Les pedimos porfavor que si nosotros no podemos contactarlos, usted nos llame para confirmar su cita. El no hacerlo puede ocasionar que su cita se cambie para otro día.
- Nos damos cuenta de que muchas familias se encuentran en un estado de cambio. La política en nuestra oficina es que el padre que solicita tratamiento para un niño es responsable de todos los cargos incurridos.
- Vamos a ser justos en la elaboración de las finanzas especialmente con usted, pero por favor también sea justo con nosotros con su compromiso. Un 1,5% en cargos por financiamiento se evaluarán mensualmente en todos los saldos pendientes.
- Todos los costos de colección, costos de corte, costos razonables de abogados o de los cargos por cheques devueltos son responsabilidad de la persona adulta cuyo nombre aparece en la cuenta.
- Las citas por tratamiento que excedan los \$500.00 requieren un 10% por adelantado, para respetar el tiempo de su cita.

CONSENTIMIENTO

He leído y entendido toda la información anterior. La firma de abajo autoriza al médico para realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, incluyendo la anestesia local y sedación, si se considera necesario. Si hay algun cambio en mi salud o cambios en la medicación, le informaré al médico en la próxima cita. Para los pacientes asegurados, mi firma autoriza la asignación de los beneficios del seguro al doctor y autoriza la liberación de los registros dentales para mi compañía de seguros.

Fecha _____

Firma _____ (Paciente, padre o tutor)



GREEN VALLEY KIDS

Este aviso describe como usted puede usar y divulgar la información médica/dental y cómo usted puede tener acceso a esta información. Porfavor lea con cuidado.

Entendemos que la privacidad de su información personal es importante para usted. Como su oficina dental, creemos que su derecho a la intimidad es una parte fundamental de su tratamiento y, como tal, queremos que usted entienda nuestras prácticas de privacidad y los procedimientos de los casos. Si tiene alguna pregunta sobre estas políticas por favor, no dude en llamar a la oficina 303-371-4485.

La información que recopilamos sobre usted

Recopilamos información personal sobre usted y su familia como parte de nuestro proceso de paciente nuevo, durante el curso de su atención, y de otras entidades de atención de salud que utilizan, tales como, dentistas y otros especialistas, servicios de imagen, laboratorios y su compañía de seguros. Esta información personal incluye elementos tales como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social, el empleador, la historia de la salud, póliza de seguro y cobertura de la información y cualquier otra información que usted proporciona. Durante el curso de su tratamiento vamos a recoger información sobre el diagnóstico dental, los planes de tratamiento, el progreso y los resultados de pruebas o películas.

¿Cómo se utiliza su información?

La salud y la información personal recopilada puede ser utilizada y divulgada con el consentimiento general para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica de rutina. Esto significa que puede enviar su información a otros dentistas o servicios involucrados en su tratamiento, así como a su compañía de seguros o una agencia de cobro para obtener el pago. Cualquier otro uso de su información requiere una autorización firmada por usted, el paciente o tutor puede ser revocado en cualquier momento con una solicitud por escrito. Green Valley Kids no tiene que vender la información del paciente o empresas de marketing farmacéutico. En ciertos casos de interés para la salud pública, la clínica puede ser obligada a revelar cierta información a otra de las organizaciones nacionales de salud, locales o agencias gubernamentales.

Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o información sobre el tratamiento.

Protección de su Información Personal y Salud

Estamos obligados por ley a (1) Asegurarse de que la información médica que lo identifica a usted se mantiene como privado (2) Otorgarle nuestra política de privacidad (3) Cumplir con los términos establecidos en la política de privacidad. Como una forma de proteger su privacidad, restringimos el acceso a su salud y la información personal sólo a aquellos empleados que necesitan la información para completar sus trabajos y ofrecer un servicio de calidad a usted.

Green Valley Kids mantiene, procedimientos de seguridad físicos y electrónicos para cumplir con las regulaciones estatales y federales que protegen su salud y la información personal. Si usted siente que su privacidad ha sido violada tiene derecho a presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. La queja de ninguna manera influye en su curso de tratamiento con los niños de Green Valley Kids.

Cambios a nuestra Política de Privacidad

Todos los pacientes nuevos revisan una copia de nuestra política de privacidad. Green Valley Kids de vez en cuando revisa su política de privacidad y se reserva el derecho a modificar. Las notificación de cambios estarán disponibles en la recepción antes de la fecha efectiva de cualquier cambio.

Su derecho a restringir el uso de la información

Usted tiene el derecho a solicitar restricciones a nuestro uso o revelación de su información personal o de salud, aunque no estamos obligados a aceptar esas restricciones. Una vez que su solicitud ha sido procesada permanecerá en efecto hasta que realice un cambio.

Reconocimiento del paciente

Yo _____ He revisado la Política de Privacidad de Green Valley Kids.

Firma _____ Fecha _____



Aviso y Formulario de Consentimiento

Nombre del paciente : _____

Nombre del Padre : _____

Green Valley Kids quiere que la visita de su niño sea tanto educativa como agradable. Además, el óxido nitroso ayuda en la analgesia (reducción en el dolor) y reduce el reflejo nauseoso.

Este formulario está destinado a proporcionar información sobre algunos de los procedimientos de rutina que realizamos. Si usted tiene cualquier pregunta o preocupación le pedimos que complete el formulario y firme la parte inferior de la página que nos da su consentimiento para llevar a cabo los procedimientos indicados en caso necesario.

Por favor ponga una \checkmark junto a cada casilla que indica que usted entiende y acepta el procedimiento:

Consentimiento para recibir tratamiento dental: Doy mi consentimiento y autorizo al Dr. Roberts y sus empleados para examinar, limpiar, y proporcionar el tratamiento dental para mi hijo. Además doy mi consentimiento y autorización para la toma de radiografías dentales, según se considere necesario, por el Dr. Roberts para diagnosticar y / o el tratamiento de mi hijo. Permitiré que se tomen fotografías de mi hijo y de sus dientes para fines de diagnóstico o educativos.

El consentimiento para recibir el óxido nitroso / oxígeno de sedación: Doy mi consentimiento y autorizo al Dr. Roberts a utilizar, si lo considera necesario, el óxido nitroso (gas hilarante) durante el tratamiento de mi hijo. El óxido nitroso / oxígeno de sedación es una técnica segura y eficaz en general para reducir o eliminar la ansiedad y mejorar la comunicación efectiva. Su comienzo es rápido. La profundidad de la sedación es fácil y reversible, y la recuperación es rápida y completa. Además, el óxido nitroso ayuda en la analgesia (dolor en la reducción) y reducir el reflejo nauseoso.

El consentimiento a la inmovilización: Entiendo y estoy de acuerdo en que puede ser necesario para el Dr. Roberts utilizar un tablero de Papoose (abrazarse a una manta) durante el procedimiento dental para prevenir las lesiones y que pueda ofrecer de forma segura el tratamiento necesario para mi hijo.

Fecha : _____

Firma del Padre o Tutor: _____

Fecha _____

Firma del Testigo _____



AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR DE EDAD

Yo, como padre / madre / tutor de _____ soy legalmente capaz de tomar todas las decisiones medicas dentales para dicho niño. Entiendo que al firmar este formulario, toda la responsabilidad, para consentir el tratamiento propuesto y preformado es mi decisión, y no hay necesidad de consultar legalmente a cualquier otra persona con el fin de autorizar el tratamiento de _____.

Yo soy la persona que autoriza a las siguientes persona(s) para que den su consentimiento para el tratamiento dental en el caso de que no pueda asistir a una cita con el dentista.

Nombre de la persona autorizada

Relación

Nombre de la persona autorizada

Relación

Padre / Tutor

Fecha

Firma del testigo

Fecha