



## REGISTRO DE PACIENTES Odontología Pediátrica Huntington Smiles

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Nombre del niño al que le gustaría que lo llamaran: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de celular de los padres: \_\_\_\_\_  
¿Alguien de su familia es actualmente un paciente dentro de nuestra práctica? \_\_\_\_\_  
¿A quién podemos agradecer su recomendación o cómo nos encontró? \_\_\_\_\_

### FIESTA RESPONSIBLE

Nombre de la persona responsable de esta cuenta: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección de facturación (si es diferente a la anterior): \_\_\_\_\_  
Número de teléfono responsable: \_\_\_\_\_ Número de seguro social responsable: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento de la parte responsable: \_\_\_\_\_

**\* Tenga en cuenta que la persona que trae al niño es responsable última del consentimiento y el pago final. Entendemos que algunos de nuestros pacientes tienen acuerdos legales con un ex-cónyuge, etc. Si este es su caso, entonces debe traer una carta notariada como tal o usted será responsable. \***

### INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Núm. De sindicato / local: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador:: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros secundaria (si aplica): \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DENTAL

1. ¿El paciente tiene alguna molestia en este momento?  Si  No
1. ¿Ha tenido el paciente algún problema grave con un tratamiento dental anterior?  Si  No
  - a. Si es así, explique \_\_\_\_\_
2. ¿El tratamiento dental pone nervioso a su hijo?  No  Ligeramente  Moderadamente  Extremadamente
3. ¿Es esta la primera visita al dentista del paciente?  Si  No

4. Fecha de la última visita al dentista \_\_\_\_\_ Nombre del dentista anterior \_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo hace alguna de las siguientes cosas? Cepillarse  am  pm  Ambos

Use  Pasta de dientes con fluoruro  Pasta de dientes sin fluoruro ¿Toma vitaminas con fluoruro?  Yes  No

6. ¿Algún hábito actual?  Succionador de pulgar  Succionador de dedo  Chupete  Empuje de lengua  Otro

## INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del pediatra: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo bajo el cuidado de un médico ahora?  Si  No

¿Ha estado su hijo alguna vez en la  NICU  Hospitalizado  Ha tenido una operación importante \_\_\_\_\_

¿Está tomando su hijo algún medicamento, píldora o droga?  Si  No

Si es así, ¿cuáles son? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene  ADD  ADHD  PDD  Autismo  Trastorno del espectro autista?

¿Su hijo sigue una dieta especial?  Sin gluten  Sin colorante rojo  Otro \_\_\_\_\_

Cualquier alergia a medicamentos o alimentos. En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

¿El paciente tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

<input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones de la mandíbula
<input type="checkbox"/> Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Tratamientos de radiación
<input type="checkbox"/> Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Problemas / enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Diálisis renal
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Hepatitis A, B o C	<input type="checkbox"/> Espina bífida
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal / intestinal
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Latidos cardíacos irregulares	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Herpes labial/ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Trastorno congénito / cardíaco	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Tumores o crecimientos
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea
<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral	

¿Ha tenido el paciente alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente?  Si  No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

Hasta donde yo sé, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez hay algún cambio en mi salud (o en la de mi hijo) o cambios en la medicación, le informaré al dentista, higienista o al consultorio dental.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma del tutor legal X \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Número de póliza 14A

Fecha de vigencia de la notificación: October 1, 2020

**Este consentimiento permanecerá en vigor a menos que se cancele por escrito. No se puede brindar ningún tratamiento a menos que haya leído y firmado este formulario.**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, CÓMO PROTEGEMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA, QUÉ DERECHOS TIENE AL RESPECTO Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE.**

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (TPO) y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. La “información de salud protegida” es información sobre usted, incluida la información demográfica que puede identificarlo y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura o servicios de atención médica relacionados con su afección.

Su dentista, el personal de nuestro consultorio y otras personas fuera de nuestro consultorio que participan en su atención y tratamiento pueden usar y divulgar su información médica protegida con el fin de brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, el funcionamiento del consultorio del dentista y cualquier otra reutilización requerida por la ley.

**Operaciones de tratamiento, pago y atención médica**

Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a un centro dental que le brinde atención. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proporcionada cuando lo refiera a otro dentista para atención especializada para asegurar que el dentista tenga la información necesaria para diagnosticarlo y tratarlo. Algunos ejemplos de cómo usamos o divulgamos la información con fines de tratamiento son: programar citas para usted; examinar sus dientes, boca y salud bucal, recetar medicamentos y solicitar que se llenen; prescripción de aparatos dentales; mostrándole opciones de tratamiento; obtener copias de su información médica de otro profesional que pueda haber visto antes que nosotros.

Ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información médica para propósitos de pago son: preguntarle sobre sus planes de atención médica o dental, u otras fuentes de pago; preparar y enviar facturas o reclamos; y cobrar montos impagos (ya sea por nosotros mismos o mediante una agencia de cobranza o un abogado).

**Quejas**

Si cree que no hemos respetado adecuadamente la privacidad de su información médica, puede presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Si desea presentarnos una queja, envíe una queja por escrito a la oficina por correo, fax o correo electrónico. Si lo prefiere, puede discutir su queja en persona o por teléfono.

**Para más información**

La ley nos exige mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal.

La firma a continuación es solo un reconocimiento de que ha recibido este Aviso de nuestras prácticas de privacidad.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma del paciente (o tutor legal): **X** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POLÍTICA FINANCIERA Y CONSENTIMIENTO**

Solicito y autorizo a la Dra. Sarah Chicosky y la Dra. Maryam Qayumi-Hussain de Huntington Smiles Pediatric Dentistry y al personal bajo su dirección para realizar el tratamiento de mi hijo, según sea necesario. Entiendo

que cualquier necesidad de tratamiento me será explicada antes del tratamiento y requerirá mi consentimiento.

Declaro que soy el tutor legal del niño y que he leído y acepto seguir todas las políticas de la oficina. Este consentimiento permanecerá en vigor a menos que se cancele por escrito.

Notificaré a esta oficina sobre cualquier cambio en la salud de mi hijo, incluidos los medicamentos actuales, las alergias y las hospitalizaciones.

Autorizo a Huntington Smiles Pediatric Dentistry a divulgar cualquier información necesaria para el procesamiento de reclamos de seguros dentales y autorizo el pago directamente a Huntington Smiles Pediatric Dentistry de los beneficios del seguro que de otro modo me pagarían.

Reconozco que he leído y estoy de acuerdo con la política financiera de la oficina. Entiendo que cualquier estimación de los beneficios de mi seguro es únicamente una estimación y no una garantía de pago. Entiendo que esta oficina factura a mi seguro como una cortesía y que, en última instancia, soy responsable de conocer las coberturas y limitaciones de mi plan. Entiendo que otros cambios como (pero no limitados a) la inhalación de óxido nitroso (gas de la risa) **ADA Code: D9231, \$50** y el tratamiento con fluoruro pueden no estar cubiertos por mi seguro y serán mi responsabilidad financiera.

**Inicial:** \_\_\_\_\_

Reconozco que he proporcionado la información correcta del seguro a la oficina y notificaré a la oficina de cualquier cambio en mi compañía de seguros al menos 48 horas antes de todas las citas dentales. En caso de que no notifique a la oficina dentro de las 48 horas, soy consciente de mi responsabilidad por el pago completo.

**Inicial:** \_\_\_\_\_

Reconozco que se espera el pago total en caso de que no haya cobertura de seguro, a menos que se hayan hecho arreglos financieros previos.

**Inicial:** \_\_\_\_\_

Acepto que cualquier saldo de más de 60 días estará sujeto a una factura enviada a mi dirección registrada. Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$25 por niño por todas las citas perdidas o no cumplidas cuando no se les avisa con 24 horas de anticipación. Repetir citas perdidas o llegar tarde sin notificación resultará en el despido de la práctica.

**Inicial:** \_\_\_\_\_

Nombre(s) del niño(s): \_\_\_\_\_

Nombre de la parte responsable / tutor: \_\_\_\_\_

Firma de la parte responsable /tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

**Este consentimiento permanecerá en vigor a menos que se cancele por escrito. No se puede brindar ningún tratamiento a menos que haya leído y firmado este formulario.**