



**Informacion Sobre El Paciente**

Nombre completo del paciente \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Apodo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirreccion de paciente \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Nombre de mama \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SSN # \_\_\_\_\_

Nombre de padre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_

**Para Pacientes Con Seguro**

Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_

Nombre de Abonado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SSN # \_\_\_\_\_

Empleador del Abonado \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Direcion de seguro \_\_\_\_\_

Numero de telefono de Seguro \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo/a una limpieza, tratamiento de flururo or radiografias en los ultimos 6 meses? SI o NO

Su hijo/a ha tenido trabajo dental incluso rellenos este ano? SI o NO

**Autorizacion Para Tratamiento De Menor**

SOLO las personas en esta lista estan autorizados para traer a su hijo/a a su cita dental y recibir informacion dental y medica. Estas personas han sido autorizados por usted para hablar sobre necesidades de tratamiento y podra dar permiso para aprobar cambios al plan de tratamiento si es necesario. Usted sera responsable por los pagos de cuidado dental. El guardian legal es responsable de hacer cambios sobre las personas autorizadas en esta forma.

Nombre de Autorizado \_\_\_\_\_ Relacion a el Nino/a \_\_\_\_\_

Nombre de Autorizado \_\_\_\_\_ Relacion a el Nino/a \_\_\_\_\_

Nombre de Autorizado \_\_\_\_\_ Relacion a el Nino/a \_\_\_\_\_

**Consentimiento Para Tratamiento Dental**

Yo, certifico que la informacion que e dado es verdadera. Yo solicito y autorizo las radiografias dentales necesarias para diagnosticar y tartar el problema dental de mi hijo/a. Yo, entiendo que la odontologia para ninos incluye gestion de comportamiento usando palabras, voz variable, explicaciones, demonstracion de procedimientos, instrumentos y tecnicas aptas para su edad para ayudar a los ninos para que coperen durante el tratamiento.

Firma de Padre o Madre/ Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# healthy smiles

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

## Historial Medico

Nombre del doctor primario: \_\_\_\_\_ Se encuentra en buen estado de salud su hijo/a? SI o NO  
Su hijo/a es alergico a un medicamento? SI o NO En caso de alguna alergia, favor de escribirla: \_\_\_\_\_

Alergia al LATEX? SI o NO Alergia ambiental o de comida? SI o NO Si, favor de Escribirla: \_\_\_\_\_

Favor de escribir los medicamentos que hijo/a esta tomando: \_\_\_\_\_

Su hijo/a ha sido hospitalizado? SI o NO Si, Explique la razon \_\_\_\_\_

Su hijo/a esta bajo el cuidado de un psiquiatra/ psicologo para problemas mentales o emocionales? SI o NO Si, favor de explicar \_\_\_\_\_

Le dio pecho a su hijo/a? SI o NO Que edad dejo el pecho? \_\_\_\_\_ Biberon? SI o NO Que edad lo dejo ? \_\_\_\_\_

Su hijo/a se chupa el dedo gordo de su mano? SI o NO Su hijo/a se chupaba los dedos en el pasado? SI o NO

Su hijo/a a tenido o tiene alguna de estas condiciones medicas? Favor de marcar con una paloma.

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                         | <input type="checkbox"/> Labio leporino/ Paladar    | <input type="checkbox"/> Problema de Audicion         | <input type="checkbox"/> Retraso Mental              |
| <input type="checkbox"/> Asma                           | <input type="checkbox"/> Defecto Cardiac Congenito  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon       | <input type="checkbox"/> Retraso Fisico              |
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD                     | <input type="checkbox"/> Problemas al Nacer         | <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco               | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica            |
| <input type="checkbox"/> Autismo                        | <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis                    | <input type="checkbox"/> Convulsiones/ Epilepsia     |
| <input type="checkbox"/> Consumo de drogas adversas     | <input type="checkbox"/> Dolor o Infeccion de oidos | <input type="checkbox"/> VIH                          | <input type="checkbox"/> Retraso o Problema de habla |
| <input type="checkbox"/> Sangre/ Transtorno de sangrado | <input type="checkbox"/> Desmayos                   | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la Articulacion | <input type="checkbox"/> Uso de tobacco              |
| <input type="checkbox"/> Cancer/ Tumor                  | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes     | <input type="checkbox"/> Problema de rinon            | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                |
| <input type="checkbox"/> Paralisis Cerebral             | <input type="checkbox"/> Problema de crecimiento    | <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado        | <input type="checkbox"/> Problemas de Vision         |

Si marca si favor de explicar: \_\_\_\_\_

Su hijo/a a tenido otro problema medico no mencionado? SI o NO ?

Si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Podremos solicitar los records medicos de su hijo/a para nuestra referencia? SI o NO

## Historial Dental

Es la primera cita dental de su hijo/a? SI o NO Nombre del Dentista previo y fecha: \_\_\_\_\_

La agua de su casa contiene fluoruro? SI o NO Su hijo/a usa pasta dental que contiene Fluoruro? SI o NO

Favor de marcar con una Paloma si u hijo/a tiene algunos de estos problemas:

- |   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Dientes   | <input type="checkbox"/> Caries          | <input type="checkbox"/> Dientes muy pegados  | <input type="checkbox"/> Dientes sensibles    | <input type="checkbox"/> Dolor mandibular |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de encias | <input type="checkbox"/> Diente quebrado | <input type="checkbox"/> Rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Dientes descoloridos | <input type="checkbox"/> Trauma           |

Firma de Padre/Madre o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Revisado por el Dentista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Forma de Consentimiento para Tratamiento Dental

**Visita Inicial:** Yo entiendo los procedimientos para la visita inicial del paciente podrá incluir un examen dental integral o limitado, limpieza dental, aplicación de fluoruro, selladores, fotos intraorales y radiografías necesarias. Sin embargo, esto podrá cambiar dependiendo de varios factores incluyendo el comportamiento del paciente, total de tratamientos por venir y el tiempo necesario. Yo entiendo que todo el tratamiento, métodos alternativos de tratamiento, y ventajas y desventajas serán discutidas conmigo.

En términos generales los procedimientos que su hijo/a necesitarán incluirán:

- Aplicación de selladores
- Pulpotomías (raíz canal de diente primario)
- Coronas de acero inoxidable
- Restauración de dientes quebrados o rellenos
- Tratamiento de dientes o encías infectadas
- Extracción de 1 diente o más
- Uso de soportes para hacer procedimientos dentales necesarios sin peligro
- Uso de óxido nítrico para ayudar a reducir la ansiedad si es necesario

\*Yo, autorizo el tratamiento y el uso de anestesia local, óxido nítrico y otros medicamentos necesarios para el tratamiento.

\*Padre/ Madre o guardián es requerido mantenerse en la OFICINA DENTAL durante el tratamiento dental de su hijo/a.

**Tratamiento:** Le aconsejaremos que aunque los mejores resultados son esperados, no hay de algún modo saber si complicaciones se presentarán. Por lo tanto, no es posible garantizar los resultados del tratamiento. Yo entiendo que durante el transcurso del tratamiento dental del paciente, algo inesperado puede surgir que podrá necesitar procedimientos adicionales o diferentes a lo que tenemos como plan de tratamiento dental para el paciente. Y será consultado antes de iniciar cualquier proceso no mencionado anteriormente. A pesar de que el porcentaje de que esto ocurra sea menor, se que hay riesgos asociados con procedimientos dentales. Yo entiendo las complicaciones potenciales y problemas. Pueden tener dolor o incomodidad durante el tratamiento, sangrado, hinchazón, entumecimiento temporal o permanente, decoloración, daños a dientes adyacentes y tejido circundante, náusea, vómito y reacciones alérgicas que requieren hospitalización. Yo autorizo a los dentistas y equipo designado a llevar a cabo todo el tratamiento recomendado y acordado.

**Consentimiento y Autorización Informada:** Yo, he leído y entiendo la información que se me ha dado para leer sobre los formularios de consentimiento y que todas las preguntas del tratamiento han sido contestadas de un modo satisfactorio. Entiendo que tengo el derecho de ser proveído con respuestas a preguntas que surgen durante el transcurso del tratamiento. He tenido suficiente oportunidad para discutir la condición dental del paciente, los procedimientos planeados y tratamiento, procesos alternativos al igual que no tratamiento.

**Pago:** Yo estoy de acuerdo en ser responsable por cualquier servicio hecho a mis dependientes. Yo entiendo que la cantidad que no esté cubierta por mi seguro será responsabilidad mía y tendrá que ser pagado el día del servicio o tratamiento. Yo autorizo pago directo de mi Seguro dental. Yo autorizo divulgación de información necesaria para reclamo de seguro dental.

Nombre de Niño/a \_\_\_\_\_

Firma de Padre/ Madre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Dentista \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Politica Financiera**

La oficina the Healthy Smiles es una oficina de dentista general dedicado a el cuidado dental de sus hijos/ jovenes. Nuestra oficina ofrece cuidado dental como es determinado por American Dental Association. Decisiones dentales hechas por los dentistas en Healthy Smiles no han sido tomadas basadas por su copania de Seguro, han sido basadas por el bien y mejor cuidado del nino/a. Las companies de Seguro podran tener limites o exclusiones para el tratamiento recomendado. Es su respnsabilidad conocer su poliza de Seguro y cualquier limitacion posible o exclusiones. Favor de avisarnos antes del tratamiento si no quiere cierto tipo de cuidado dental.

**El pago debe ser entregado al momento del tratamiento:** Nosotros aceptamos la mayoría de seguros y archivamos el Seguro dental como cortesía hacia nuestros pacientes si usted a proveido toda la información del Seguro requerido. No habría garantía que los servicios sean cubiertos si la información no es proveída correctamente. Si usted tiene Seguro, nosotros recaudaremos el total estimado or porcentaje no cubierto en cada visita. En el evento de retrasos de pago con su Seguro mas de 30 días, usted será responsable por cualquier balance restante en su cuenta, aunque su aseguranza aiga pagado o no. Nosotros con gusto le re-embolsaremos su dinero en cuanto la aseguranza nos ha pagado. Nuestra meta es ayudar maximizando sus beneficios. Por favor recuerde que su Seguro solo asiste en pago y raramente cubre costo entero. Nosotros solo podemos asistir en estimarle su porción de el costo de el tratamiento, nosotros en ningun momento garantizamos lo que hará su seguro con su reclamo dental. Nosotros no nos podemos responsabilizar por ningun error al archivar el reclamo a su Seguro, archivamos el reclamo a su Seguro por cortesía. Por favor mantenganos informados de cualquier cambio de poliza, dirección o cambio de empleo. Podrán ver cargos adicionales por el costo de las tarifas de laboratorio dependiendo en el tratamiento proveido y tipo de cobertura de Seguro. Pacientes recibiendo trabajo como mantenedor de espacio tendrán que tener su cuenta completamente pagada antes de que el trabajo sea entregado o hecho. Tratamiento que es atrasado podrá complicar y problemas podrán empeorar si no se trata lo mas pronto posible. Para cuentas vencidas, usted será responsable por pagar el balance completo sin importar las circunstancias. Si una cuenta se vuelve pendiente en nuestra oficina, esta oficina no esta obligada a seguir con tratamiento hasta que el balance total este pagado completamente. Cuentas pendientes serán mandadas a agencias de colección y podrán ser procesadas por la corte. Pacientes necesitando cuidado dental de emergencia que tienen Seguro dental serán requeridos a pagar el tratamiento necesitado.

**Politica de Citas**

Ofrecemos llamada de cortesía para recordarle de su cita. Por favor indique si gustaria un correo electronico o mensaje de texto.

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Nuestra oficina require hablar minimo 2 dias antes de la cita para cancelar. Si se trata de una enfermedad hablenos lo mas pronto posible. Se cobrara \$25 para los pacientes que no vengán a su cita o a citas que no se cancelaron con 2 dias de anticipacion. Si el paciente llega mas de 10 minutos tarde a su cita, tendremos que cambiar la cita para otro día. Llamadas para recordarle de su cita es cortesía, no requerido. Padres deben ser responsable para asistir a la cita y no depender de la llamada de recordatorio.

Habra un cobro de \$100 para emergencias despues de horas de trabajo que tendrá que ser pagado al momento de la visita.

**Reconozco que e leído las politicas financieras y soy responsable por los cargos sean pagados o no por el Seguro.** Yo autorizo pago de beneficios dentales, de lo contrario seria pagado directamente a Healthy Smiles. Yo entiendo las politicas sobre citas y financieras de la oficina de Healthy Smiles General Denitistry for Children & Young Adults.

Firma de Padre/ Madre o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Credenciales de Dentista**

Healthy Smiles es empleador de varios dentistas que han dedicado sus carreras a proveer excelente cuidado dental a niños y jóvenes. Dr. Rickert, Dr. Watson, y Dr. Wasson son dentistas generales y miembros de American Dental Association. Nuestros doctores comparten mucho amor y cariño hacia los niños y están especialmente muy interesados en hacer sentir a todos nuestros pacientes como en casa. Ellos se esfuerzan en hacer la visita de sus hijos lo más cómodo posible y prometen tartar a sus hijos como uno de los nuestros.

**Shelly Rickert, DDS – General Dentist**

University of North Carolina – Chapel Hill School of Dentistry 1994

**Crystal Watson, DDS – General Dentist**

University of North Carolina – Chapel Hill School of Dentistry 2006

**Harpreet Wasson DDS – General Dentist**

University of North Carolina – Chapel Hill School of Dentistry 2006

\_\_\_\_\_ Ponga inicial aquí para reconocimientos de credenciales

**Aviso de Privacidad de Practica Reconocidas**

La Acta de Portabilidad y Contabilidad de Seguro de Salud (HIPAA) es un programa federal que requiere todos los records medicos y otra informacion individualmente indenticable usada por nosotros en cualquier forma, sea electronica, en escrito o hablado son guardados confidencialmente. Esta Acta provee salvaguardias para proteger su privacidad. Un document mas detallado sobre su privacidad se encuentra en la oficina. Yo, entiendo que como parte de mi cuidado de salud, esta organizacion mantiene records describiendo mi salud, siptomas, examinaciones, diagnosis, tratamiento, y cualquier otro plan de futuro tratamiento. Yo, entiendo que esta informacion sirve como:

- Como base para planear mi cuidado y tratmiento
- Un medio por cual la tercer compania puede verificar que los servicios cobrados fueron proveidos
- Un medio de comunicacion entre muchos medios de profesionales de salud quien contribuye a mi cuidado
- Una Fuente de informacion para aplicar mi diagnosis y informacion de tratamiento a mi bill
- Una herramienta para cuidado rutinal de operaciones de salud como asesorar calidad y revisar la competencia de profesionales en cuidado de salud

Yo, reconozco que tengo acceso a el documento de Practicas de Privacidad que contiene una descripcion de informacion mas completa. Yo, entiendo que tengo el derecho de revisar el documento antes de firmar este consentimiento. Yo entiendo que la organizacion tiene el derecho de cambiar sus avisos y practicas de vez en cuando, y podre contactar esta organizacion a cualquier momento para obtener una copia de este documento. Yo entiendo que tengo el derecho para pedir restricciones a como mi informacion de salud puede ser divulgada o usada porpocionando una solicitud por escrito. Yo entiendo que la organizacion no esta obligada a estar de acuerdo con mi solicitud. Usted podra revocar la autorizacion por escrito, y estamos requeridos a seguir las instrucciones de su solicitud.

Paciente \_\_\_\_\_ Nombre de Guardian \_\_\_\_\_

Relacion a paciente \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## RADIOGRAFIAS DENTALES / INFORMACION Y POLITICAS SOBRE RAYOS X

### MI HIJO/A OCUPA RADIOGRAFIAS DENTALES (RAYOS X)?

Si, radiografias dentales nos muestran la condicion de los dientes del nino/a, raices de los dientes, colocacion de la mandibula y la salud de los huesos faciales. Radiografias dentales revelan absesos, crecimientos anormales, dientes impactados y dejan saber el lugar exacto de las caries entre los dientes. Con radiografias dentales podremos captar la caries antes de que cause dolor y infeccion.

### CON QUE FRECUENCIA NECESITAN LOS NINOS RADIOGRAFIAS DENTALES?

Solo tomaremos radiografias dentales que son necesario para proveer a su hijo con el mejor cuidado clinico y esto es decidido dependiendo del caso en acuerdo con las regulaciones del American Dental Association. Por ejemplo, nino/as que tienen caries necesitaran radiografias dentales mas seguidos que nino/as sin caries. El tiempo entre medio es de 6 a 12 meses y basados en las necesidades de cada nino/a.

### PODRA MI HIJO/A RECIBIR TRATAMIENTO SI ME NIEGO A LAS RADIOGRAFIAS DENTALES?

No. Tratamiento sin las radiografias es considerado deficient. Si el paciente se niega a las radiografias, el dentista puede negar cuidado dental a el paciente.

### CUANTA RADIACION SERA EXPUESTO MI HJO/A?

Entendemos su preocupacion exponiendo sus hijo/as a radiacion. Nuestro equipo de maquinas rayos x nos ayuda a obtener las mejores imagenes con lo menos de radiacion posible. Radiografias han desminuyido la cantidad de exposicion de radiacion por un 90% comparado a una radiografia basica. Radiacion diaria recibida por el sol o viajando en avion es mas alta que una radiografia.

<u>Tipo de exposicion</u>	<u>Expuesto Estimado</u>
Dental radiographs – Bitewings (4 images)	0.038
Dental radiographs – Full Mouth series (18 images)	0.150
Medical Chest X-ray	0.080
Medical Upper GI X-ray series	2.440
Average radiation in the U.S. from natural sources (per year)	3.000

<http://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/x-rays>

**NOTA:** Durante su visita, si radiografias son necesitadas para records o para tomar decisiones sobre el tratamiento del paciente, le informaremos antes de tomar las radiografias necesrias. Si su opinion sobre rayos x interfiere con lo que vemos necesario para el examen dental, nosotros pararemos tratamiento y referiremos a otro denista

Patient Name \_\_\_\_\_

Firma de guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_