



## Mini Smiles Pediatric Dentistry

### Autorización de uso y divulgación de información de salud protegida

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Información para ser utilizada o divulgada:

La información cubierta por esta autorización incluye, pero no se limita a: planificación del tratamiento, estado de los dientes y estructuras circundantes, historial de salud y actividades de la cuenta, tratamiento realizado, incluidos los cambios en el tratamiento. Personas a quienes se les puede revelar la información de salud protegida de mi hijo para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica (es decir, abuelo, tía, tío, padrastro o madrastra):

enumere a continuación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Fecha de caducidad de la autorización

Esta autorización entra en vigencia a través de las siguientes fechas \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ o indefinidamente, a menos que (Un círculo)

- revocado o terminado antes por el padre / tutor legal.
- Derecho a terminar o revocar la autorización
- Puede revocar o cancelar esta autorización presentando una revocación por escrito a la práctica.
- Potencial de nueva divulgación

La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Yo, \_\_\_\_\_, madre / padre / tutor legal he tenido la oportunidad completa de leer

Nombre impreso (círculo uno)

este formulario de autorización y consentimiento de divulgación y su Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que al firmar este formulario, doy mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y la operación de atención médica.

Fecha de firma: \_\_\_\_\_

## POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir al Dr. Keysra M. Washington como el proveedor de cuidado dental de su hijo. Nuestra mayor preocupación es la salud oral completa de su hijo. Todo lo que hacemos o decimos se centrará en esa filosofía. Se sugiere que cada paciente sea visto cada seis meses (o según sea necesario) para asegurar que se cumpla con esta filosofía preventiva. Nos comprometemos a que su tratamiento sea exitoso, y al retorno y mantenimiento de la buena salud oral de su hijo. Por favor, comprenda que el pago de la factura de su hijo se considera parte de ese tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra Política financiera, que le pedimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento.

**PAGO POR LOS SERVICIOS PRESTADOS:** El padre o tutor del paciente es responsable del pago de todos los servicios prestados en nombre de sus dependientes. El pago vence en el momento del servicio. Si hay un tercero involucrado (que no sea un seguro), dichos arreglos deben hacerse antes del tratamiento de su hijo. Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, Visa, Discover, American Express y Care Credit.

**ASIGNACIÓN DE SEGUROS:** La mayoría de los planes de seguro no pagan el 100% de las tarifas cobradas y tienen un deducible, que debe cumplirse antes de que se puedan recibir los beneficios del seguro. Además, tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, los servicios no se consideran razonables y habituales según las disposiciones de su plan de seguro. En la mayoría de los casos, se le cobrará la diferencia en nuestra tarifa y lo que permite su seguro. Requerimos que todos los deducibles, copagos y / o cualquier porcentaje de la factura que la aseguradora primaria no cubre, se paguen en el momento del servicio. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de la tarea de esa empresa. Si su compañía de seguros no ha pagado su saldo en su totalidad dentro de los 90 días, el saldo se transferirá automáticamente a su cuenta, y usted será responsable del saldo adeudado. Esta oficina no puede prestar servicios en el supuesto de que nuestras tarifas serán pagadas por su compañía de seguros.

**HECHOS DEL SEGURO:** La mayoría de las compañías de seguros tienen un deducible anual. Tendrá que saber cuál es su deducible y pagar ese monto antes de que su compañía de seguros comience a pagar los beneficios.

**INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO:** En caso de incumplimiento en el pago, el padre / tutor legal se compromete a pagar una tarifa de servicio por la cantidad de \$ 25.00 además del saldo adeudado.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma de la parte responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la parte responsable de la impresión: \_\_\_\_\_

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE  
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
"Puede negarse a firmar este reconocimiento"

Yo, \_\_\_\_\_ leí y entiendo el Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.

Nombre (s) del paciente

\_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

SECCIÓN A: PACIENTE QUE DA CONSENTIMIENTO

Nombre (s) del paciente: igual que arriba

SECCIÓN B: AL PACIENTE: POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES CUIDADOSAMENTE

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted dará su consentimiento para que usemos y revelemos su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

Aviso de prácticas de privacidad: tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir firmar este Consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes sobre nuestra información de salud protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña este Consentimiento. Lo alentamos a leerlo detenidamente y completamente antes de firmar este Consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso revisado de prácticas de privacidad, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos. Puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluida cualquier revisión de nuestro Aviso, comunicándose con nuestra oficina.

Derecho a revocar: Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento al darnos un aviso por escrito de su revocación enviada a la persona de contacto mencionada anteriormente. Entienda que la revocación de este Consentimiento no afectará ninguna medida que hayamos tomado en virtud de este Consentimiento antes de que recibamos su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si revoca este Consentimiento.

Yo, \_\_\_\_\_ he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, estoy dando mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLO.

(Incluya el Consentimiento completado en el cuadro del paciente).

### **Políticas de la oficina y consentimiento para tratamiento dental**

Nuestra oficina está dedicada a mejorar la salud oral de su hijo. A través de la educación, la prevención y la intervención, podemos lograr estos objetivos. Lo alentamos a que tome un papel activo en la salud oral de su hijo. La Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica ha publicado pautas que nuestra oficina se compromete a seguir. De acuerdo con eso, las recomendaciones pueden hacerse relevantes para el nivel de riesgo de su hijo para tener caries. Es imperativo que notifique a nuestra oficina sobre cualquier cambio en la salud de su hijo. También le recomendamos que nos informe de cualquier circunstancia atenuante en la vida de su hijo para que podamos cuidar mejor a su hijo. Al firmar este formulario, usted reconoce que comprende que el tratamiento de hoy puede incluir los siguientes tratamientos:

Examen completo que incluye radiografías;

Examen de emergencia limitado, incluidas radiografías;

Limpieza dental (profilaxis con cepillo de dientes o copa de goma con pasta profiláctica);

Barniz de flúor (demostrado ser eficaz para reducir la caries dental)

Instrucciones de higiene bucal y asesoramiento dietético

Consejería para adolescentes (hábitos, consumo de drogas, tabaco, otras conductas de alto riesgo que tienen consecuencias dentales)

Tratamiento dental

En ocasiones, es posible que uno o más de los tratamientos anteriores no se puedan obtener debido a una conducta o ansiedad precooperativa. Hacemos todo lo posible para que su hijo se sienta cómodo, bienvenido y relajado. Nuestros médicos y personal están altamente capacitados en técnicas de orientación del comportamiento que ayudarán a su hijo en el ámbito dental. Éstas incluyen:

### **Refuerzo positivo**

**Tell - Show - Do:** Esta es una técnica en la que primero le contamos a su hijo sobre un procedimiento, luego le mostramos el procedimiento ya sea en un modelo o animal de peluche, luego hacemos el procedimiento.

**Distracción:** esta puede ser una herramienta muy efectiva para el niño ansioso. Se pueden usar televisores, redirigir la conversación u otras ayudas.

**Ausencia o presencia de los padres:** Le recomendamos que acompañe a su hijo al área de tratamiento. La mayoría de los niños hacen bien con el padre / tutor presente. En ocasiones, un niño puede estar más atento al dentista / personal cuando los padres no están presentes. Los padres pueden ser se le pidió que entrara en el pasillo o en la sala de espera para obtener cooperación. Esto se usa

solo en especial / atenuante circunstancias. La mayoría de los niños se sienten cómodos yendo al área de tratamiento sin un padre. Puede haber momentos en los que podemos preguntar a los padres para que acudan al área de tratamiento si necesitamos asistencia para obtener cooperación o comunicación con su niño.

**Óxido nítrico:** esta es una ayuda farmacológica para ayudar a relajar a su hijo. Es muy seguro y efectivo. Se administra para ayudar a los niños a reducir ansiedad y también ayuda a relajar el reflejo nauseoso. Este es un sedante de acción inmediata y solo funciona mientras el niño lo respira su nariz. Una vez que se administra el 100% de oxígeno al final de la cita, ya no es efectivo y no se prolonga. El óxido nítrico funciona mejor para los niños que tienen una vía aérea transparente y pueden respirar por la nariz. Un niño que tiene una las vías respiratorias congestionadas pueden no sentir el efecto completo del agente. Este principal efecto secundario documentado es náuseas. Algunos niños pueden experimentar náusea con óxido nítrico. Para reducir este efecto secundario, alentamos a los padres a que solo den a sus hijos una comida liviana antes del tratamiento dental. cita.

**Estabilización protectora:** no proporcionamos restricción física rutinariamente en esta oficina. Circunstancias especiales pueden surgir donde un niño podría lesionarse levantando los brazos o moviendo la cabeza. Para proporcionar el tratamiento más seguro, el odontólogo o el personal pueden sostener suavemente su cabeza o brazos lejos del equipo / instrumentos dentales que se utilizan. A veces alentamos a los padres a ayudar a mantener a sus hijos quietos. Completa un procedimiento.

Al firmar este formulario, usted declara que es el padre o tutor legal del niño, y comprende que algunos o todos los procedimientos enumerados anteriormente pueden o no realizarse hoy o en visitas posteriores. Está reconociendo que el dentista puede hacer decisiones en el mejor interés de su hijo. Con respecto a las técnicas de manejo del comportamiento, cualquiera o todas las técnicas enumeradas anteriormente pueden ser utilizado para ayudar a su hijo a tener una experiencia segura y positiva.

Niño: \_\_\_\_\_ Padre / tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Nombre Del Paciente** (apellido,nombre,segundo nombre)

Como te enteraste de nosotros? \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Quien acompaña al niño hoy? \_\_\_\_\_

Masculino/Femenino \_\_\_\_\_

Quien es financieramente responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_

**Domicilio**

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Con quien vive el paciente: Madre\_\_ Padre\_\_ Guardian\_\_

Si es el guardian, tiene custodia legal? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Es adoptado/a? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Hermanos/as que son pacientes? \_\_\_\_\_

**Datos de los padres**

Madre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**Domicillio**

Calle \_\_\_\_\_  
nino? \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_  
preocupacion? \_\_\_\_\_

Telefono Movil \_\_\_\_\_  
dental?

Email \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_  
dia

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**Domicillio**

No\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono Movil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Informacion del seguro Dental:**

Direccion de la compania \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

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

Numero del miembro \_\_\_\_\_

**Historia Dental**

Cuando fue su ultima visita dental del \_\_\_\_\_

Cual es su principal \_\_\_\_\_

Su hijo ha tenido alguna vez una experiencia negativa

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cepillarse los dientes? Una vez al dia o Dos veces al

Hilo dental? Una vez al dia o Dos veces al dia

Habito pulgar? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ Habito de chupon? Si\_\_\_\_

Tratamiento de Ortodoncia anterior? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Usa su hijo un protector bucal para practicar deportes?

Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

**Historial Medico**

**S N** Ansiedad

**S N** Trastorno bipolar

**S N** Aspergers

Su hijo tiene alguno de los siguientes problemas

medicos? Por favor marque su seleccion.

**S N** Asma

**S N** ADD o ADHD

**S N** Alergias de temporada

**S N** Alergias a medicamentos:

\_\_\_\_\_

**S N** Diabetes

**S N** Consumo de drogas o el tabaco

**S N** Depresion

**S N** Autismo

**S N** Terapia para hablar

**S N** Paralisis cerebral

**S N** Embarazo

**S N** Anticonceptivas

**S N** Defecto congenito del corazon

**S N** Anemia de celulas falciformes

**S N** Rasgo de celulas falciformes

**S N** Talassemia

**S N** Desventajas o Discapacidades:

- S N Cancer \_\_\_\_\_
- S N trastorno convulsivo \_\_\_\_\_
- S N Soplo Cardíaco \_\_\_\_\_
- S N Problemas de sangrado \_\_\_\_\_
- S N Síndrome \_\_\_\_\_
- S N Colocación de una derivación \_\_\_\_\_
- S N Problemas Renales \_\_\_\_\_
- S N Problemas hepáticos \_\_\_\_\_
- S N Discapacidad auditiva \_\_\_\_\_
- S N Ceguera \_\_\_\_\_
- S N Hepatitis \_\_\_\_\_
- S N VIH o Sida \_\_\_\_\_
- S N Reflujo \_\_\_\_\_
- S N Problemas gastrointestinales \_\_\_\_\_
- S N Eczema \_\_\_\_\_
- S N Anorexia o Bulimia \_\_\_\_\_
- S N Enfermedad de la tiroides \_\_\_\_\_
- S N Espina bífida \_\_\_\_\_
- S N Tumor Cerebral \_\_\_\_\_
- S N Retraso en el desarrollo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Otros Problemas Médicos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos que su hijo está tomando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Vacunas al día? Si \_\_\_ No \_\_\_

**NUESTRA OFICINA ESTÁ COMPROMETIDA A CUMPLIR O SUPERAR LAS  
 NORMAS DE CONTROL DE LA INFECCIÓN ESTABLECIDAS POR OSHA,  
 EL CDC, Y EL ADA.**

Entiendo que la información que he dado es correcta a lo mejor  
 de mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad informar  
 a la oficina de cualquier cambio la salud médica del niño. Yo  
 autorizo al personal dental para realizar los servicios dentales  
 necesarios mi hijo pueda necesitar.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_