

VERSION
PEDRIATRICA
Pacientes menores
de 18 años



Formulario de Registro de Paciente Nuevo

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro _____		Número de Seguridad Social:	Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:		Ciudad:	Estado/Código Postal:	
Correo Electrónico:				
Teléfono Móvil:		Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo: Ext:	
Nombre del Médico de Atención Primaria:	Dirección del Médico:		Teléfono médico:	
Nombre del Empleador:	Dirección del Empleado:		Ocupación:	
Doy mi consentimiento a ProHEALTH Riverside Dental para comunicarse con la(s) siguiente(s) persona(s) sobre my atención medica, incluye y no limitaciones a los detalles de la cita y planes de tratamiento;				
Nombre:		Relacion al Paciente:		
INFORMACIÓN DE PADRES/ GUARDIÁN				
Nombre de Madre/ Padre/ Guardián:		Número de teléfono:		
Dirección:				
Nombre de Madre/ Padre/ Guardián:		Número de teléfono:		
Dirección:				
INFORMACIÓN DE CUIDADOR(A)				
En el caso que no se pueda localizar a ningún padre o guardián, permita que la siguiente persona designada de su consentimiento para el tratamiento dental para el niño(a) mencionado anteriormente de acuerdo con la póliza de ProHEALTH Riverside Dental :				
<ol style="list-style-type: none"> Los padres/Guardián tiene que estar presente para dar su consentimiento para un nuevo tratamiento dental Cuidador(a) podría traer al niño para un tratamiento predeterminado ya hablado con los padres y el examen de higiene Tratamiento inesperado descubierto cuando el cuidador(a) está presente requiere el consentimiento verbal de unos de los padres o guardián que la oficina debe de obtener y registrar en el chart del paciente. Permito que mi niño(a) reciba radiografías bajo su supervisión. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 				
Nombre legal complete del Cuidador(a):		Fecha de Nacimiento:		
Dirección:		Número de teléfono:		
Relación con el niño(a) :				

Formulario de Historia Clinica Pediatrica

(1 of 2)

Nombre del Nino: _____ Apodo: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Código Postal: _____
 Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____ SS #: _____ Edad: _____
 Sexo: ___ Masculino ___ Femenino Pronombres: _____

Guardian#1: _____ Relación al Paciente: _____
 Empleador: _____ # Trabajo: _____ Móvil: _____
 Correo Electrónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Guardian#2: _____ Relación al Paciente: _____
 Empleador: _____ #Trabajo: _____ Móvil: _____
 Correo Electrónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Hemos visto a otros niños en tu familia? _____

HISTORIA CLINICA

Medico/ Pediatra del niño(a): _____ Teléfono: _____

___ Si ___ No Su niño(a) esta de buena salud? Fecha del ultimo examen físico: _____

___ Si ___ No Su niño(a) alguna vez tenido una problema de salud? _____

___ Si ___ No Su niño(a) es alérgico(a) a algo? _____

___ Si ___ No Su niño(a) tiene sus inmunizaciones/vacunas al día? Si no esta al día, por favor explicar:

___ Si ___ No Su niño(a) ha tenido algún cirugía/ hospitalización? Si has respondido que si, por favor explicar:

___ Si ___ No Esta tomando su niño(a) algún medicamento actualmente? Por favor comentar los medicamentos, dosis, y razón:

___ Si ___ No Su niño(a) alguna vez ha tenido una transfusión de sangre?

___ Si ___ No Su niño(a) fuma o usa productos de tabaco?

___ Si ___ No Su niño(a) ha visto previamente a un dentista?

Fecha de la última cita: _____ Nombre del Dentista: _____

___ Si ___ No Su niño(a) alguna vez ha recibido flúor en alguna forma?

___ Si ___ No Su niño(a) se chupa el pulgar o los dedos?

___ Si ___ No Se cepillan los dientes de su niño(a) una o mas veces al día?

___ Si ___ No A que edad dejo su niño(a) de tomar de botella o pecho?

Formulario de Historia Clínica Pediátrica

(2 of 2)

Marque cualquiera de los siguientes por los que su niño(a) haya sido tratado:

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Labio hendido/Paladar hendido | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Embarazada | <input type="checkbox"/> Hablar/audición |
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento congénitos | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Espina bífida |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Alergias Estacionales | <input type="checkbox"/> Síndrome |
| <input type="checkbox"/> Asma/respiración | <input type="checkbox"/> Endocrino/Crecimiento | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Amígdalas/Adenoides | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Vista | <input type="checkbox"/> Alergia al látex | <input type="checkbox"/> Derivación | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Discrasias Sanguíneas | <input type="checkbox"/> Alergias a los alimentos | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática/Gastrointestinal | | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Tumores | <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes | <input type="checkbox"/> Retrasos Mentales | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica | |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Personalidad/Social | <input type="checkbox"/> Ronquidos | |
- Otro: _____

- ____ Si ____ No Su niño(a) ronca?
- ____ Si ____ No Su niño(a) de despierta con dolores de cabeza por la mañana?
- ____ Si ____ No Su niño(a) parece tener sueño durante el día?
- ____ Si ____ No Alguna vez ha despertado su niño(a) jadeando por aire?
- ____ Si ____ No Alguien en su familia ha sido diagnosticado con apnea del sueño? Si has respondido si, Que tratamiento recibió? _____

Hay algo mas que debemos saber sobre su niño(a)?

Firma del Guardián legal: _____ Relación al Paciente: _____

Fecha: _____

Información Sobre Parte Responsable y Información de Seguro

INFORMACIÓN DEL PARTIDO RESPONSABLE				
La Siguiente es para: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Persona Responsable del Pago <input type="checkbox"/> Relación con el Paciente _____				
Nombre:		Género : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro _____	
SS#:	Fecha de Nacimiento:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Móvil:
Dirección:			Ciudad/Estado/Código Postal:	
INFORMACIÓN DEL SEGURO				
SEGURO PRIMARIO:				
Ocupación:	Empleador:	Dirección del Empleador:	Teléfono del Empleador:	
Nombre del Seguro Primario:				
Nombre del Suscriptor:		Fecha de Nacimiento:	Grupo #:	ID #:
Relación del Paciente con el Suscriptor:	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro: _____			
SEGURO SECUNDARIO:				
Ocupación:	Empleador :	Dirección del Empleador:	Teléfono del Empleador:	
Nombre del Seguro Secundario:				
Nombre del Suscriptor:		Fecha de Nacimiento:	Grupo #:	ID #:
Relación del Paciente con el Suscriptor:	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro: _____			

Asignación y lanzamiento

El abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tiene cobertura de seguro y asigna los beneficios del seguro directamente a **ProHEALTH Riverside Dental** que de otra manera pagar a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable portodos los cargos o lo que no pagado por el seguro. Por la presente autorizo al doctor a liberar toda la información necesaria para asegurar los pagos de beneficios y autorizar el uso de esta firma en todos los envíos seguros.

Nombre del Paciente/Guardián (Imprimir):

Fecha:

Nombre del Paciente/Guardián (Firma):

Fecha:

Consentimiento para Tratamiento Dental y el Acuse de Recibo de la Información

La ley requiere nuestra oficina obtener su consentimiento para su cuidado oral contemplado y tratamiento dental. Por favor lea este formulario cuidadosamente y pregunte cualquier cosa que no entienda. Estaremos encantados de explicar y discutir sus preocupaciones y preguntas.

Yo autorizo el consentimiento para el tratamiento oral y dental que puede incluir, sin limitarse a, las siguientes: examen de las radiografías (rayos x), diagnóstico, profilaxis dental (limpieza), tratamiento con flúor, restauraciones (obturaciones y pulpotomías, acero inoxidable coronas de acero), anestesia, cirugía oral (extracciones), tratamiento de ortodoncia interoceptivo y tratamiento de emergencia.

Entiendo que, durante cualquier procedimiento previsto, pueden presentarse condiciones imprevistas que puede requerir tratamiento o procedimientos adicionales, o diferentes de las originalmente discutidos. Además, aunque no me han informado que se espera que los resultados positivos, la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones no pueden prever con precisión y, por lo tanto, puede haber ninguna garantía expresa o implícita ya sea en cuanto al resultado del tratamiento.

Aunque su ocurrencia no es frecuente, se conocen algunos riesgos y complicaciones asociados con procedimientos de cirugía dental u oral. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: después de anestesia, adormecimiento, infección, inflamación, náusea prolongada sangrado, decoloración, vómitos, reacciones alérgicas, deglución o aspiración de materiales diversos (por ejemplo, acero inoxidable coronas), lesiones en la lengua, labios, mejillas, daños a la posible pérdida de los dientes existentes o restauraciones (obturaciones), lesiones a nervios cerca del sitio de tratamiento y fractura de una raíz del diente que puede requerir cirugía adicional para su remoción. Además, entiendo y acepto que complicación puede requerir tratamiento médico, dental o quirúrgico adicional y puede requerir hospitalización.

Comprender este Formulario

Por la presente declaro que he leído y entiendo este formulario de consentimiento, que me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que podría tener y que todas las preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Entiendo que tengo derecho a recibir respuestas a preguntas que puedan surgir durante el transcurso de mi tratamiento.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento, y que mi consentimiento permanecerá en efecto hasta el momento en que decido retirarlo.

Nombre del Paciente/Guardián (Imprimir):

Fecha:

Nombre del Paciente/Guardián (Firma):

Fecha:

Información Referencial

Cuéntanos como te enteraste de nuestra práctica.

Elija un cuadro azul y de ahí seleccione una de las opciones dentro de ese cuadro

01	Vecindario:	Seleccione uno:	Vecindario • Vi un letrero • Entrada
02	Compania de Seguros:		_____
			<i>Nombre de Compania</i>
03	Familiar / Amigo(a) / Conocido(a):		_____
			<i>Nombre del Familiar, amigo(a), conocido(a)</i>
04	En linea:	Seleccione uno:	Busqueda de internet • Redes Sociales • Pagina web
05	Anuncio:	Seleccione uno:	Volante/Tarjeta Postal • Revista • Envió • Periódico Exterior/Comunidad • Television
06	Evento:		_____
			<i>Nombre de Evento</i>
07	Dentista:		_____
			<i>Nombre del Dentista</i>
08	Empleado:	Seleccione uno:	Nuestra Compania • CareMount • Catholic Health • Mt. Sinai Optum • ProHEALTH • Riverside • WestMed • Otro(a)
09	Otro(a):		_____
			<i>Descripcion</i>
99	Doctor(a) / Oficina Medica:	Seleccione uno:	CareMount • Catholic Health • Mt. Sinai Optum • ProHEALTH • Riverside • WestMed • Otro(a)

			<i>Doctors Name</i>

Acuerdo Financiero

Nuestro objetivo es ofrecer la máxima calidad de atención dental posible así como una experiencia positiva del paciente. Por favor vea nuestra acuerdo financiero.

Todas las cuentas son pagaderas en el momento del servicio.

Si un procedimiento requiere múltiples citas, pago puede ser pagado con un mínimo de dos pagos o basado en el número de citas para completar el tratamiento.

Opciones de Pago:

- Dinero Efectivo
- Visa / MasterCard / Discover / AMEX
- The Lending Club

Pacientes con Seguro: El paciente/garante es responsable de la porción no cubiertos estimada, procedimientos y/o deducibles en el momento del servicio. Debido a cambios de la póliza de seguro o cambios necesarios en los planes de tratamiento, la cobertura puede variar desde el cálculo estimado de tratamiento. Reconozco que esto es sólo una estimación y que, no la compañía de seguros, soy responsable en última instancia para el pago completo por todos los servicios no cubiertos por ningún motivo por mi seguro.

Los padres no acompañara a su hijo a una cita deben hacer previo acuerdos de pago (efectivo, cheque o tarjeta de crédito la autorización). Los padres acompañando a sus hijos son financieramente responsables del pago.

Hay un cargo de procesamiento por cheques devueltos o sin fondos.

Por favor avisamos por lo menos 24 horas antes de su cito sino va poder atender, ya que hemos reservado tiempo para usted. Para evitar algún cargo por cita perdida.

Nombre del Paciente/Guardián (Imprimir):

Fecha:

Nombre del Paciente/Guardián (Firma):

Fecha:

Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad de mi información de salud protegida bajo la ley de portabilidad y responsabilidad de seguro de salud de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y será usado para:

- Proporcionar y coordinar mi tratamiento entre muchos proveedores de salud que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente
- Obtener el pago de terceros pagadores para mis servicios de salud.
- Realizar operaciones de atención médica normales como actividades de evaluación y mejora de la calidad.

He sido informado de aviso de prácticas del mi proveedor dental de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información protegida de salud. Me ha dado el derecho a revisar y recibir una copia de tal aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho a modificar el aviso de prácticas de privacidad y que puedo contactar con esta oficina para obtener una copia actualizada del aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo pedir por escrito que usted restrinja cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. Entiendo que usted no está obligado a aceptar mis pedidas restricciones, pero si usted está de acuerdo entonces que están obligados a acatar las restricciones.

Nombre del Paciente/Guardián (Imprimir):

Fecha:

Nombre del Paciente/Guardián (Firma):

Fecha: