

# BIENVENIDO A CHILDREN'S DENTAL HEALTH ASSOCIATES, P.C.

Gracias Por Elegirnos

## SU HIJO/HIJA

El Nombre de su Hijó/Hijá: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Apódo: \_\_\_\_\_ Género: Niño Niña Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estadó: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

En quién podemos agradecer por referirlo a nosotros? (por favor marque todas las que apliquen)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Médico de Atención Primaria _____ | <input type="radio"/> Cartelera _____         |
| <input type="radio"/> Dentista General _____            | <input type="radio"/> Amigo/Familia _____     |
| <input type="radio"/> Internét _____                    | <input type="radio"/> Escuela/Guardería _____ |
| <input type="radio"/> Periódico/Revista _____           | <input type="radio"/> Otro _____              |

## PARIENTE O TUTÓR (MADRE O TUTÓR)

Nómbre: \_\_\_\_\_ Su Relación al Niño/Niña: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente al Niño/Niña): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estadó: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

## PARIENTE O TUTÓR (PADRE O TUTÓR)

Nómbre: \_\_\_\_\_ Su Relación al Niño/Niña: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Dirección de Email: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente al Niño/Niña): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estadó: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**SEGURANZA PRIMARIO DENTAL**

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Relación al Niño/Niña \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Suscriptor de ID \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Num. de Grupo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

La Dirección del Seguró \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estadó \_\_\_\_\_ Codigó Postal \_\_\_\_\_

**SEGURANZA SECUNDARIO DENTAL**

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Relación al Niño/Niña \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Suscriptor de ID \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Num. de Grupo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

La Dirección del Seguró \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estadó \_\_\_\_\_ Codigó Postal \_\_\_\_\_

**AREGLOS FINANCIERÓS**

Para su conveniencia le ofrecemos las siguiente forma de pagareses, por favor elije una.  
El pago total se debe en cada cita.  Efectivo  Cheque  Visa  MasterCard

Yo autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de tratamiento o examen rendido a mi niño durante el período de dicha atención a los pagadores de terceros y / o profesionales de la salud. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real de los servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable por el pago de todos los servicios prestados en nombre de mi dependiente. Estoy de acuerdo en ser responsable de todos los gastos incurridos en el intento de que los cobre.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor Firma Legal y Fecha

**Persona financieramente responsable de cuenta:**  Yo Mismo  Otro \_\_\_\_\_

Child in foster care – Children & Youth and Foster Parents will not sign      Staff Initials \_\_\_\_\_

# CHILDREN'S DENTAL HEALTH ASSOCIATES

## REGLAMENTOS DE SEGURO DENTAL

Nuestras tarifas de los servicios son los mismos para todos los pacientes si tienen o no un programa de seguro dental. Como una cortesía a nuestros pacientes estaremos encantados de completar y presentar los formularios compañía de seguros para el tratamiento dental.

Hay una gran variedad en los tipos de seguro dental ofrecido. Varios programas de cubrir tan poco como 30% hasta tanto como 80%. Casi cada plan dental tiene una disposición para limitar los desembolsos en dólares por la compañía de seguros por los servicios cubiertos. Rara vez se cubrió el 100%.

Por favor, comprenda que esta oficina no determina los beneficios que se derivan por su póliza. No podemos ser responsables de la estructuración del plan. Se trata de una situación pre-determinado acordado entre el empleador y la compañía de seguros.

El seguro está para reembolsar al asegurado y es un contrato entre el asegurado y su empleador. No tenemos un departamento de seguros, pero haremos todo lo posible para ayudarle a recoger los derechos legítimos de pago de su seguro. Ya que nuestros servicios son prestados por usted en su solicitud, en el caso que su compañía de seguro es lento para pagar o por alguna razón no acepta los servicios presentados, el pago de la cuenta es su responsabilidad. Areglos financieros se deben hacer con nuestra oficina antes del comienzo del tratamiento. Nosotros facilitaremos la información necesaria para presentar todas las referencias pero pedimos que estos deben presentar el asegurado. Nuestro pago será exigible a la asegurado en el momento de la visita.

A fin de que nuestra oficina para solicitar los beneficios del seguro en su nombre, le pedimos que nos proporcione lo siguiente:

1. Un seguro de autorización firmada del formulario de firma que le proveera. De esta manera usted tendrá que llevar un solo formulario de reclamación de seguros, que será utilizado como un maestro.
2. Del asegurado, fecha de nacimiento, número de seguro social, nombre y dirección del empleador ocupación, número de póliza, plan o grupo, según sea el caso.

### **PARA SU COMODIDAD, LOS SIGUIENTES PROGRAMAS ESTAN DISPONIBLES PARA AYUDAR A PLANIFICAR SU INVERSIÓN DENTAL.**

**Plan 1:** PAGO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO PARA TODOS LOS CARGOS HASTA LA FECHA: efectivo, cheque, Mastercard, VISA, y giros postales se aceptan.

**Plan 2:** Todos los cargos se deben pagar en el momento del servicio. Un cargo por financiamiento del 1.5% (18% anual) se aplicará a cualquier saldo pendiente de pago después de 60 días.

### **ACEPTAMÓS MAJORIA DE SEGURÓS DENTALES**

Nómbre del Paciente: \_\_\_\_\_ Padre/Tutor Firma Legal Nombre: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Firma Legal y Fecha: \_\_\_\_\_

Child in foster care – Children & Youth and Foster Parents will not sign      Staff Initials \_\_\_\_\_

# CHILDREN'S DENTAL HEALTH ASSOCIATES

## FINANCIERO/SEGUROS/CITAS ACUERDO

Yo autorizo a la oficina de CDHA a dar información incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mi o a mi dependientes durante el periodo de cuidado dental como a terceros pagadores. Yo autorizé y solicité a mi compañía de seguros a pagar directamente a CDHA, seguro dental beneficios de otro modo pagadero a mi.

La oficina de CDHA sólo presenta reclamaciones de seguros dentales y sólo acepta pagos de seguros de los planes de seguro dental y empresas. Si usted cree que el tratamiento de diagnóstico debe ser facturado a cualquier otro tipo de seguro, le proporcione copias de los formularios de seguro dental que se puede presentar a la aseguradora de su elección. Pago de estas reclamaciones será enviado a usted. Además, el pago de estos servicios se debe pagar en el momento del servicio. Antes de presentar un reclamo de seguro, por favor consulte con un abogado o un profesional de seguros para evitar cometer fraude de seguros.

Si el paciente tiene dos o más seguros dentales, el saldo de su cuenta se vence después de la aseguradora principal ha sido pagada. El seguro dental secundaria reembolsará al asegurado.

De acuerdo con la ley del estado de Pennsylvania, todas las reclamaciones de seguros deben ser pagados dentro de los 45 días siguientes a la recepción de la reclamación al seguro. Entiendo que cualquier saldo pendiente de seguros que se debe más de 60 días será mi responsabilidad financiera.

Un padre o tutor legal (según lo determinado por una orden de la corte) o de la persona / personas con permiso de los padres o tutor legal, debe acompañar al paciente a todas las citas y presentar prueba de identidad. A su llegada, por favor marque con una recepcionista.

Una cita rota es una cita que se cancela con menos de 24 horas de antelación a la cita programada. Todo nombramiento que el paciente y el padre / tutor legal no está presente para se considerará una cita rota. La llegada de 10 minutos o más allá del comienzo de la hora de la cita programada por el tutor del paciente, padre / legal será considerada una cita rota. **Yo reconozco que hay un cargo de \$ 50 por cada cita rota.**

Cualquier saldo pendiente de vencimiento (como aparece en un estado de cuenta), no pagado dentro de los 28 días siguientes a la fecha de facturación mensual, se le cobrará un cargo por mora del 1.5% cada mes. Me doy cuenta de que el hecho de mantener esta cuenta corriente puede resultar en que mis hijos no poder recibir servicios dentales adicionales, excepto las emergencias dentales o cuando hay pre-pago por servicios adicionales. En la falta de pago de esta cuenta (pago por más de 60 días), estoy de acuerdo en pagar el coste adicional de recogida (33% del saldo pendiente de pago), gastos de envío, abogado y costas judiciales insurrección en el intento de cobrar esta cantidad o cualquier sobresaliente futuro saldos.

Nómbre del Paciente: \_\_\_\_\_ Padre / Tutor Nombre Legal: \_\_\_\_\_

Padre/ Tutor Firma Legal y Fecha: \_\_\_\_\_

Child in foster care – Children & Youth and Foster Parents will not sign      Staff Initials \_\_\_\_\_

**CHILDREN'S DENTAL HEALTH ASSOCIATES**  
**EVALUACIÓN MEDICA**

**NOMBRE DE SU NIÑO/NIÑA:** \_\_\_\_\_ **Apodó:** \_\_\_\_\_  Niño  Niña

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Estrutura:** \_\_\_\_\_ **metros** \_\_\_\_\_ **pulgadas** **Peso:** \_\_\_\_\_ **(libras)**

**Nómbre del Doctor Medicó:** \_\_\_\_\_ **Numeró Telefonicó:** \_\_\_\_\_

**Proposito de la Visita Dental:** \_\_\_\_\_

**Ultima Visita Dental:** \_\_\_\_\_ **Dentista Anteriór:** \_\_\_\_\_

Tiene registros contigo de consultorio dental anterior  Si  No

**Preocupaciones Dentales/Otros – POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN**

- Ningunó  Cancer  Enfermedad reciente \_\_\_\_\_
- Anomalia Congenita
- Lactancia Materna
- Botella Alimentado
- Succión del pulgar/succión del labió/morderse las unas/succión del dedó
- Utiliza un chupete
- Lesiones a los dientes
- Miedo al dentista para padres/niño
- Los padres naturales tienen antecedentes de caries o dientes chuecós
- Niño/Niña ha tenido recientemente a un dolor de muelas
- Dólor de muelas despues de comer
- Dólor de muelas que hace que el niño/niña se despierta por la noche
- Esta adoptado el paciente? En caso afirmativo tiene el papeleo correcto contigo SI o de NO

Como reaccionara el niño/niña a la consulta dental hoy: Muy Mal \_\_\_ Mal \_\_\_ Bien \_\_\_ Excelente \_\_\_ Seguró \_\_\_

**POR FAVOR DESCRIBIR CON MÁS DETALLE CUALQUIERA COMPROBADO:**

\_\_\_\_\_

**ALERGIAS**  No Alergias Conócidas  Alergias estacionales/Ambiental  Cinta  Latex  Medicamentos Porfavor lista las reacciones: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**  No Tóma  Tóma Medicamentós (Liste la Dósis, frecuencia, y la razon por el medicamento) - Favor de incluir medicamentos de venta libre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HOSPITALIZACIONES Y CIRUGIAS PREVIAS** (favor de incluir fechas y procedimientos)  No cirujias/hospitalizaciones

Tuvo la siguiente cirujia/fue hospitaliazdo por lo siguiente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PROBLEMAS CON ANESTESIA:** El niño/niña o cualquiera en la familia ha sido diagnosticado con:

Hipertemia Maligna  Enfermedad Pseudocholinesterase  Severa Postop Nauseas y Vomitós

**Su Niño/Niña tiene o usa algunós de los siguiente:**  Gafas  Audifonós (Porfavor circule) Izquierda o Derecha

Dientes sueltós/Cornadós/Ausentes (porfavor circule) Superiór o Inferiór

**Es su Niño expuesto al humo de segunda mano**  Si  No **Existe uso ilícitós de drogas en la familia**  Si  No

**Hay abusó de alcohol en su familia**  Si  No **Hay alguna historia de abuso físicó en la familia**  Si  No

¿El niño / niña sufre de lo siguiente:

**Sangre/Trastornos de Sangrado**  No hay Problemas con Enfermedades Sanguíneas  Enfermedad de la Sangre   
VIH/SIDA  Tendencias de Sangrar/Factor de Deficiencias, QUE FACTOR? \_\_\_\_\_  Anemia TIPO? \_\_\_\_\_  
 Historia de Transfusión  Otro **SI A MARCADO, FAVOR DE DESCRIBIR EN MAS DETALLE:**

---

**Sistema Respiratorio**  No hay problemas con los pulmones  Asma  Enfisemia  Bronchitis  TB  
 Apnea del Sueño  Otro **SI A MARCADO, FAVOR DE DESCRIBIR EN MAS DETALLE:**

---

**Sistema Cardiovascular**  No hay problemas con el corazón  Presión arterial alta  Problemas con el ritmo cardíaco   
Marcapasos  Desfibrilador  Trazo  Prolapso de la válvula mitral  Soplo  Flebitis  Problemas con las Válvulas del  
Corazón  Cardiopatía congénita defecto ahora o al nacer  Otro **SI A MARCADO, FAVOR DE DESCRIBIR EN MAS  
DETALLE:** \_\_\_\_\_

---

**Sistema Nervioso**  No hay problemas conocidos  Convulsiones/Epilepsia  Temblores  Vertigo  Otro  
**SI A MARCADO, FAVOR DE DESCRIBIR EN MAS DETALLE:**

---

**Sistema Endocrino**  No hay problemas conocidos  Diabetes  No dependiente de insulina  Dependiente de insulina  
 Enfermedad de tiroide  Otro **SI A MARCADO, FAVOR DE DESCRIBIR EN MAS DETALLE:**

---

**Sistema Digestivo**  No hay problemas conocidos  Hernia hiatal  Reflujo ácido  Úlceras  Hepatitis  Estreñimiento  
crónico  Diarrea crónica  Ningún control del intestino  Otro **SI A MARCADO, FAVOR DE DESCRIBIR EN MAS  
DETALLE:** \_\_\_\_\_

---

**Sistema Genitourinario**  No hay problemas conocidos  Problemas de riñón  Problemas de vejiga  
 Mojador de cama  Otro  
**SI A MARCADO, FAVOR DE DESCRIBIR EN MAS DETALLE:** \_\_\_\_\_

---

**Sistema Reproductivo**  No hay problemas conocidos  Último período menstrual \_\_\_\_\_  no aplicable  Quistes ováricos  
 Endometriosis  Otro **SI A MARCADO, FAVOR DE DESCRIBIR EN MAS DETALLE:** \_\_\_\_\_

---

**Sistema Esquelético**  No hay problemas conocidos  Artritis  Problemas de cuello o espalda  Limitaciones en la movilidad  
 Dependiente de silla de ruedas  Otros dispositivos de asistencia \_\_\_\_\_  
 Otro **SI A MARCADO, FAVOR DE DESCRIBIR EN MAS DETALLE:** \_\_\_\_\_

---

**Psicosociales**  No hay problemas conocidos  Desorden de salud mental  Desorden de sueño  Cambios de vida reciente  
y estresante  Durmiente pesado  Tarde durmiente  Otro **SI A MARCADO, FAVOR DE DESCRIBIR EN MAS  
DETALLE:** \_\_\_\_\_

---

**Piel**  No hay problemas conocidos  Psoriasis  Eczema  Contusiones  Otro **SI A MARCADO, FAVOR DE  
DESCRIBIR EN MAS DETALLE:** \_\_\_\_\_

---

**Infección**  No hay problemas conocidos  MRSA  VRE  CDI/F Cuando? \_\_\_\_\_ cuando fue el último  
examen? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_ Adonde? \_\_\_\_\_

---

Padre/Los Padres de Crianza/Tutor Nombre Legal: \_\_\_\_\_

Padre/Los Padres de Crianza/Tutor Firma Legal y Fecha: \_\_\_\_\_

**GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO. MIRAMOS ADELANTE A CUIDAR A SU HIJO/HIJA.**

# CHILDREN'S DENTAL HEALTH ASSOCIATES

## Consentimiento Para Realizar Tratamiento Dental

1. Por el presente autorizo y dirijo al dentista de los asociados dentales de Children's Dental Health Associates y/o auxiliares dentales de su elección, para realizar en mi hijo(a) el siguiente tratamiento dental, radiografías (rayos X) o tratamientos diagnósticos:
  - A. Limpieza de los dientes
  - B. Consulta o examen por el dentista
  - C. Radiografía
  - D. Examen en la falda (puede ser necesario para mantener las manos hacia abajo para completar el examen)
2. Estoy consciente que durante el curso del tratamiento, se puede determinar que el trabajo adicional es necesario para incluir, pero no limitarse a los rellenos, pulpotomías, coronas, extracciones, puntos, anestésico local, los selladores, u óxido nitroso. Me doy cuenta de que estos procedimientos no están cubiertos bajo este consentimiento y, como tal, requerirá el consentimiento de tratamiento particular al diente específico y realizar el trabajo.
3. Si durante cualquier curso de la atención de mi hijo(a) en CDHA, un empleado, dentista u otro proveedor está expuesto a la sangre de mi hijo a través de pinchazo accidental o un instrumento, doy mi consentimiento para el seguimiento de los procedimientos para obtener una muestra de sangre HIV y prueba de hepatitis. Entiendo que la prueba se llevará a cabo de una manera que protege a mi hijo(a) y mi privacidad y se hará sin costo alguno para mí.
4. Por el presente declaro que he leído y entiendo este consentimiento, y que todas las preguntas sobre el procedimiento han sido contestadas de manera satisfactoria.
5. Además, entiendo que este consentimiento permanecerá en efectivo hasta el momento en que decido darlo por terminado.

Nómbre del Paciente: \_\_\_\_\_

Padre /Los Padres de Crianza/Tutor Nombre Legal: \_\_\_\_\_

Padre/ Los Padres de Crianza/Tutor Firma Legal y Fecha: \_\_\_\_\_

# CHILDEN'S DENTAL HEALTH ASSOCIATES

## Consentimiento para el tratamiento de Fluoruro

El fluoruro es eficaz en la prevención y reversión de los signos tempranos de la caries dental (caries en los dientes). Los investigadores han demostrado que hay varias maneras a través del cual el fluoruro alcanza sus efectos preventivos caries. El fluoruro hace la estructura dental mas fuerte para hacer los dientes resistente a los ataques con ácido. El fluoruro tambien funciona para reparar, remineralizar las caries de los dientes donde acido a empesado a atacar. La demineralization que resulta de el fluoruro es muy importante porque corige el comienso de caries y crea una superficie mas resistente a caries.

Mayoría de los seguros medicos cubren el tratamiento del fluoruro dos veces al año, sin embargo, algunos seguros medicos solamente lo cubren el tratamiento una vez al año.

Le hemos informado todas las alternativas al fluoruro.

### **POR FAVOR ELIGE UNO:**

Yo, \_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para el tratamiento de fluoruro DOS veces al año. Yo estoy de acuerdo que si el seguro medico no cubre el segundo tratamiento de fluoruro, me hago responsable del pago.

Yo, \_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para el tratamiento del fluoruro solamente UNA vez al año.

Yo, \_\_\_\_\_ No quiero que le den el tratamiento del fluoruro

Nómbre del Paciente: \_\_\_\_\_

Padre /Los Padres de Crianza/Tutor Nombre Legal: \_\_\_\_\_

Padre/ Los Padres de Crianza/Tutor Firma Legal y Fecha: \_\_\_\_\_



# CHILDREN'S DENTAL HEALTH ASSOCIATES

## Permisó para otrós a traer a su hijó/hija a las citas dentales

Con el fin de hacer que su visita sea lo mas rapida y mas agradable pósible, por favór proporcióné la siguiente información:

Yo, \_\_\_\_\_ doy a los siguientes, mi permisó para traer a mi Hijó/Hijá a Children's Dental Health Associates:

Nómbre:	Relación al Niño/Niña:

**\*\*\*PUEDE HABER UNA NECESIDAD DE LLAMAR A LOS PADRES/TUTOR DURANTE EL TRATAMIENTO**

Patient ID# \_\_\_\_\_ (uso de la oficina)      Today's Date: \_\_\_\_\_

Nómbre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal Nombre: \_\_\_\_\_

Padre/ Tutor Legal Firma y Fecha: \_\_\_\_\_

**CHILDREN'S DENTAL HEALTH ASSOCIATES**  
Consentimiento para el uso y Divulgacion de Informacion Medica

---

---

**Sección A: Padre/Tutór legal consentimientó:**

**Nómbre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de Telefonó:** \_\_\_\_\_ **Correó Electronícó** \_\_\_\_\_

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Numero de Seguro Social** \_\_\_\_\_

---

---

**Sección B: POR FAVOR, LEAS LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES:**

**Propositó del consentimientó:** Al firmar este formulario, consiente a nuestro uso y divulgacion de nuestra proteccion de datos de salud para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atencion medicos.

**Avisó de Practicas de Privacidad:** Usted tiene el derecho de leer nuestro aviso de practicas de privacidad antes de decidir si firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripcion de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atencion medicos, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su informacion de salud protegida y de otras asuntos importantes acerca de su informacion medica protegida. Una copia de nuestra notificacion acompaña este consentimiento. Le pedimos que lea cuidadosamente antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras practicas de privacidad como se describe en nuestro aviso de practicas de privacidad. Si cambiamos nuestras practicas de privacidad, publicaremos un aviso revisado de practicas de privacidad, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su informacion de salud protegida que mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestra notificacion de practicas privacidad, incluyendo cualquier revision de nuestro aviso, en cualquier momento poniendose en contacto con:

**Persona en Contacto:** Practice Manager – Brook Murphy

**Numero de telefono:** (610) 622-1949 Ext 1109 **Fax:** (484) 698-7848

**Correo Electronico:** [brook@childrensdentalhealth.com](mailto:brook@childrensdentalhealth.com)

**Direccion:** 3915 Lincoln Highway Downingtown, PA 19335

**Derecho a Revocar:** Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos aviso por escrito de su revocación presentado a la persona de contacto mencionada anteriormente. Por favor, comprenda la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que tomamos en virtud de esta autorización antes de que recibimos su revocación y que puede negarse a darle tratamiento o continuar el tratamiento si usted revoca este consentimiento.

**Firma:**

Yo, \_\_\_\_\_, han 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 el uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Si este consentimiento es firmado por un representante personal en nombre de la paciente complete lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**USTED TIENE DERECHÓ A UNA COPIA DE ESTE CÓNSENTIMIENTO DESPUES DE FIRMARLÓ.**

# CHILDREN'S DENTAL HEALTH ASSOCIATES

## ACUSO DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

---

---

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia de esta aviso de practica de privacidad de oficinas.

**Por favor, imprimir:**

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

---

---

**Para Uso De La Oficina**

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices but, acknowledgement could not be obtained for the following reasons:

- Individual Refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (please specify below)

# CHILDREN'S DENTAL HEALTH ASSOCIATES

## PRACTICAS DE PRIVACIDAD INTENTO DE MANTENER SU INFORMACION PRIVADA

---

---

Hacemos siempre intent asegurar que tenemos la informacion adecuada de archive como individuos que por cualquier medio, incluyendo, pero no limitado a telefono, correo electronic, etc. podemos tener discusiones sobre su informacion de salud del niño con la informacion de contacto. Por favor complete la siguiente hoja de contacto, asi como cualquier individuos y relaciones a aquellos individuos que podemos divulgar esta informacion a la lista. Si la informacion que desea reveler es limitada, por favor documentar que junto a su relacion.

### **Actualizado la Información de Contacto**

Por la presente autorizo a la oficina de contacto con los numeros de telefono designado y/o direccion de correo electronico a continuacion. Con esta autorizacion, puede dejar un mensaje que indica mi fecha y hora de la cita.

Firma \_\_\_\_\_

Numero De Telefono #1 \_\_\_\_\_

Numero De Telefono #2 \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

---

---

### **Lista de las Personas a liberar informacion a, relacion y permite:**

<b>Nombre</b>	<b>Relacion</b>	<b>Informacion, si es distinto de todos</b>