Children's Dental Health

Healthy Smiles Start Here

Para ayudar a servirle mejor, por favor complete los siguientes formularios lo mejor que pueda.
Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntarnos. Gracias por elegir nuestra oficina!

Nombre del niño/niña: _____ **Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):** _____

Apodo: _____ **Edad:** _____ **Numero de seguro social:** _____

Etnicidad: ☐ Hispano/Latino ☐ No-Hispano/Latino ☐ Negarse **Género:** ☐ Niño ☐ Niña ☐ Otro

Raza: ☐ Americano ☐ Negro/Afro Americano ☐ Indio Americano ☐ Asiático ☐ Nativo Hawaiano ☐ Isleño Pacifico

☐ Otro ☐ Negarse

Dirección de casa: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ **Número de teléfono:** _____

¿A quién podemos agradecer por referirlo a nosotros? (Por favor marque todos los que apliquen.)

☐ Médico de Atención Primaria
☐ Dentista General
☐ Amigo/Familiar
☐ Escuela/Guardería

¿Cómo has escuchado sobre nosotros? (Por favor marque todos los que apliquen.)

☐ Medios de comunicación social
☐ Google/Sitio Web
☐ Directorio de seguros
☐ Letrero
☐ Cartelera
☐ Periódico o revista característica/anuncio
☐ Escuela/Guardería
☐ Evento Comunitario/Festival
☐ Comercial o vídeo
☐ Otro _____

INFORMACION DEL PADRE/PADRE ADOPTIVO/GUARDIAN LEGAL (Madre/Guardián)

Nombre: _____ **Relación:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Número de Seguro Social:** _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Dirección de Casa (si es diferente del niño/niña): _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ **Número de teléfono:** _____

INFORMACION DEL PADRE/PADRE ADOPTIVO/ GUARDIAN LEGAL (Padre/Guardián)

Nombre: _____ **Relación:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Número de Seguro Social:** _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Dirección de Casa (si es diferente del niño/niña): _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ **Número de teléfono:** _____

SEGURO DENTAL PRIMARIO:

Compañía de Seguros: _____ **Nombre del Asegurado:** _____

Relación con el Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Numero de Seguro Social:** _____

Empleador: _____ **ID del suscriptor:** _____ **Numero de Grupo:** _____

SEGURO DENTAL SECUNDARIO:

Compañía de Seguros: _____ **Nombre del Asegurado:** _____

Relación con el Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Numero de Seguro Social:** _____

Empleador: _____ **ID del suscriptor:** _____ **Numero de Grupo:** _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE FLUORURO

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

PORFAVOR ELIGA UNA (1) DE LAS SIGUIENTES:

Yo, _____ doy mi consentimiento para aplicar el tratamiento de fluoruro DOS veces al año. Acepto que, si mi seguro médico no paga la segunda aplicación, soy financieramente responsable del pago.

Yo, _____ doy mi consentimiento para aplicar el tratamiento de fluoruro solamente UNA vez al año.

Yo, _____ no deseo que el tratamiento de fluoruro se le aplique a mi hijo/ hija en cualquier momento.

ARREGLOS FINANCIEROS/ACUERDO DE SEGURO

Yo autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros del tratamiento o el examen realizado a mi hijo/ hija durante el periodo de dicha atención a terceros pagadores y/ o otros profesionales de la salud. Yo entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real del servicio. Acepto ser responsable de todos los gastos incurridos al tratar de cobrar las tarifas.

Cualquier saldo no pagado (como aparece en un estado de cuenta) dentro de los 28 días de la fecha de facturación, se le cobrara un porcentaje de 1.5% por retrasó cada mes. Me doy cuenta del hecho en no mantener esta cuenta al corriente, puede resultar en que mis hijos no puedan recibir servicios dentales adicionales. Excepto para emergencias dentales o cuando hay un pre-pago por servicios adicionales. Si falto en pagar esta cuenta (pago con vencimiento por más de 60 días) acepto pagar un costo adicional de cobro (33% del saldo no pagado) gastos de envió, abogado y gastos judiciales incurridos al intentar de cobrar la cantidad o cualquier saldo pendiente en el futuro.

Por lo presente, yo autorizo a la oficina en ponerse en contacto con los números telefónicos designados y/ o la dirección de correo electrónico que está escrita en la cuenta del paciente. Con esta autorización, se puede dejar un mensaje que indique la fecha y hora de las citas, saldos debidos y/ o co-pagos estimados para visitas futuras.

Persona financieramente responsable de la cuenta ☐ Yo ☐ Otro _____

_____ _____

Firma del Padre o Guardián Legal y Fecha Fecha

☐ Niño/Niña en cuidado de crianza- Niños & Jóvenes y Padres Adoptivos no firman _____ Iniciales del personal

HISTORIAL MEDICA/DENTAL

Nombre del Paciente: _____ ☐ **Niño** ☐ **Niña** **Fecha de Nacimiento:** _____

Mejor numero de contacto: _____ **Mejor dia para contactar y hora:** _____

☐ Padre/Guardián Legal: _____ ☐ Documentación de la Orden Judicial Archivada

☐ Padre Adoptivo: _____ Trabajador Social: _____ **Número de Teléfono:** _____

Médico de Atención Primaria: _____ **Número de Teléfono:** _____

Especialistas: Nombre de la instalación/Medico: _____ **Número de Teléfono:** _____

Nombre de la instalación/Medico: _____ **Número de Teléfono:** _____

Razón por cual es visto por un especialista: _____ **Fecha de la última Visita:** _____

ALERGIAS: ☐ No Alergias Conocidas ☐ Medicamentos ☐ Comida ☐ Temporal/Ambiental ☐ Cinta ☐ Látex

Alergia	Reacción

ALERGIAS DE MADRE/PADRE: ☐ No Alergias Conocidas ☐ Alergia y Reacción: _____

MEDICAMENTOS: ☐ Ningún medicamento tomado ☐ Medicamentos tomados (por favor liste abajo.)

Medicación	Dosis	Frecuencia	Razón

CIRUGIAS/HOSPITALIZACIONES: ☐ Ninguna Cirugía/Hospitalización ☐ Admitido al hospital o tuvo cirugía (por favor describa abajo.)

Fecha	Cirugía/Hospitalización	Resultado

Problemas con Anestesia: ☐ Ningún problema Anestésico conocido

Han diagnosticado al niño/niña o a alguien en la familia con los siguientes:

☐ Hipertermia Maligna ☐ Enfermedad Pseudocolinesterasa ☐ Nauseas/Vómitos Postoperatorios Severas

☐ Complicaciones de la vía aérea: Traqueo malacia/Laringomalacia

☐ Otro **POR FAVOR DESCRIBA LOS MARQUADOS ADICIONALMENTE:** _____

Sistema Hematológico: ☐ Ningún problema conocido con la Enfermedad de la Sangre

☐ Enfermedad de la Sangre _____ ☐ Tipo de Anemia? _____ ☐ Deficiencia de Glucosa 6 Fosfato Deshidrogenasa

☐ Tendencias Hemorrágicas/Factor de Deficiencias; ¿Cual Factor? _____ ☐ Historia de Transfusiones ☐ VIH/SIDA

☐ Otro **POR FAVOR DESCRIBA LOS MARQUADOS ADICIONALMENTE:** _____

Sistema Respiratorio: ☐ Ningún problema conocido los Pulmones

☐ Asma ☐ Enfisema ☐ Bronquitis ☐ Tuberculosis ☐ Apnea del Sueno

☐ Otro **POR FAVOR DESCRIBA LOS MARQUADOS ADICIONALMENTE:** _____

Sistema Cardiovascular: ☐ Ningún problema con el Corazón

☐ Presión Alta ☐ Problema con el ritmo cardiaco ☐ Marcapasos ☐ Desfibrilador ☐ Ataque del Corazón

☐ Prolapso de la válvula mitral ☐ Soplo ☐ Flebitis ☐ Problema con las válvulas cardiacas ☐ Defecto cardiaco congénito ahora o al nacer

☐ Otro **POR FAVOR DESCRIBA LOS MARQUADOS ADICIONALMENTE:** _____

Sistema Nervioso: ☐ Ningún problema conocido

☐ Convulsiones ☐ Temblores ☐ Vértigo ☐ Parálisis Cerebral

☐ Otro **POR FAVOR DESCRIBA LOS MARQUADOS ADICIONALMENTE:** _____

Sistema Endocrino: ☐ Ningún problema conocido

☐ Diabetes ☐ Dependiente sin Insulina ☐ Dependiente con Insulina ☐ Enfermedad de Tiroides

☐ Otro **POR FAVOR DESCRIBA LOS MARQUADOS ADICIONALMENTE:** _____

Sistema Digestivo: ☐ Ningún problema conocido

☐ Hernia Hiatal ☐ Reflujo Acido ☐ Ulceras ☐ Hepatitis ☐ Constipación Crónica ☐ Diarrea crónica ☐ No control intestinal

☐ Otro **POR FAVOR DESCRIBA LOS MARQUADOS ADICIONALMENTE:** _____

Sistema Genitourinario: ☐ Ningún problema conocido

☐ Problemas de riñón ☐ Problemas de vejiga ☐ Mojador de cama

☐ Otro **POR FAVOR DESCRIBA LOS MARQUADOS ADICIONALMENTE:** _____

Sistema Reproductivo: ☐ Ningún problema conocido

Último periodo menstrual _____; o ☐ No aplicable ☐ Quistes en los ovarios ☐ Endometriosis

☐ Otro **POR FAVOR DESCRIBA LOS MARQUADOS ADICIONALMENTE:** _____

Sistema Esquelético: ☐ Ningún problema conocido

☐ Artritis ☐ Problemas de cuello/espalda ☐ Limitaciones de movilidad ☐ Dependiente de sillas de ruedas

☐ Aparato de asistencia: _____

☐ Otro **POR FAVOR DESCRIBA LOS MARQUADOS ADICIONALMENTE:** _____

Psicosocial: ☐ Ningún problema conocido

☐ Desorden de salud mental ☐ Desorden de sueno ☐ Cambios/Factores estresantes de vida reciente ☐ Duerme tarde ☐ Sueno pesado

☐ Desorden de atención(ADD) ☐ Desorden de atención hiperactiva(ADHD) ☐ Autismo

☐ Otro **POR FAVOR DESCRIBA LOS MARQUADOS ADICIONALMENTE:** _____

Piel: ☐ Ningún problema conocido ☐ Psoriasis ☐ Eczema ☐ Moretones fácilmente

☐ Otro **POR FAVOR DESCRIBA LOS MARQUADOS ADICIONALMENTE:** _____

Infection: ☐ Ningún problema conocido

☐ Estafilococo áureas resistente a la meticilina(MRSA) ☐ Entero cocos resistentes a la vancomicina(VRE) ☐ Clostridium difícil(CDIFF)

Cuando? _____ Donde? _____ Última prueba realizada? _____

**** Uso de oficina SOLAMENTE:** ☐ Solicitud de cultivo negativo enviado por fax al médico de atención primaria ☐ Cultivo negativo recibido y archivado

Otro: ☐ Ningún problema conocido

☐ Cáncer ☐ Micro encefalopatía ☐ Síndrome de Down ☐ Dnanismo ☐ Enfermedad reciente ☐ Anomalía Congenial

☐ Otro **POR FAVOR DESCRIBA LOS MARQUADOS ADICIONALMENTE:** _____

Tiene el paciente: ☐ Lentes ☐ Audífonos – Izquierda / Derecha ☐ Dientes que faltan/sueltos/tapados – Arriba / Abajo ☐ Ninguno

Exposición al humo de segunda mano ☐ si ☐ no

Uso de drogas ilícitas en la familia ☐ si ☐ no

Abuso de alcohol en la familia ☐ si ☐ no

Historia de abuso físico en la familia ☐ si ☐ no

Ha visitado una área afectada por huracanes ☐ si ☐ no

COMENTARIOS ADICIONALES: _____

_____

USO Y DUVULGACION DE INFORMACION MEDICA/DENTAL

PORFAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES:

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted está dando su consentimiento a nuestro uso y divulgación de nuestra protección de datos para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firmar este documento. 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 su información de salud protegida. Una copia de nuestra notificación acompaña este consentimiento. Le pedimos que lea cuidadosamente 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, publicaremos 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.

Usted puede obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento poniéndose en contacto con:

Persona de Contacto: Gerente de la Practica - Brook Murphy
Número de teléfono: 484-787-2900 **Fax:** 484-698-7848
Correo Electrónico: BMurphy@ChildrensDentalHealth.com
Dirección: 200 Willowbrook Lane, Suite 220, West Chester, PA 19382

Derecho a Revocar: Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento al darnos un aviso por escrito de su revocación presentada a la persona de contacto mencionada anteriormente. Por favor comprenda que la revocación de esta autorización no afectara ninguna acción que tomemos en virtud de esta autorización antes de que recibamos su revocación y que puede negarse a darle tratamiento o continuar el tratamiento si usted revoca este consentimiento.

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 consentimiento estoy dando mi consentimiento para que use y divulgue mi información de salud protegida, para llevar acabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

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

Nombre del Paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre del represéntate personal: _____

_____ _____
Firma **Fecha**

Gracias por completar este cuestionario.
Esperamos en dar nuestro cuidado a su hijo/hija.

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE SU DOCUMENTACION DESPUES DE FIRMAR.