



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

Amigo/Familiar

Dentista General

Escuela/Guardería

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

Medios de comunicación social

Periódico o revista característica/anuncio

Google/Sitio Web

Escuela/Guardería

Directorio de seguros

Evento Comunitario/Festival

Letrero

Comercial o vídeo

Cartelera

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 envío, 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 Reacción: \_\_\_\_\_

PACIENTE 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  Úlceras  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 sueño  Cambios/Factores estresantes de vida reciente  Duerme tarde  Sueño 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 metilicina(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

**La información anterior es precisa según mi leal saber y entender.**

**Firma del Padre / Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## 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 representate 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.**