

Registro e Historial Médico del Niño

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

				Fecha		
Información del Niño						
Apellido, Primer Nombre, Inicial de su Segundo Nombre				Nombre Preferido	Número de Seguro Social	
Dirección						
Ciudad		Estado		Código Postal		
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Fecha de Nacimiento	Edad	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		

Información del Padre				
Nombre de la Madre		Circule uno Madre/Madrastra/Tutor	Fecha de Nacimiento	Teléfono de Casa
Dirección			Número de Seguro Social	
Empleador			Teléfono de Trabajo	
Nombre del Padre		Circule uno Padre/Padrastra/Tutor	Fecha de Nacimiento	Teléfono de Casa
Dirección			Número de Seguro Social	
Empleador			Teléfono de Trabajo	

Quien es el responsable de ésta cuenta? _____

Quien acompaña al niño el día de hoy? _____

Como escuchó de nosotros? _____

Nombres y edades de otros niños en la familia: _____

Contacto de Emergencia (Aparte de los Padres)			
Apellido, Primer Nombre, Inicial de su Segundo Nombre			Teléfono
Información de su Seguro Dental			
PRIMARIO			
Nombre de su Seguro			Número de Beneficios para Miembros
Dirección (para enviar las reclamaciones)			
Ciudad		Estado	Código Postal
Nombre del Dueño de la Póliza		Relación con el Paciente	Número de Grupo
Empleador del Dueño de la Póliza		Número de Seguro Social del Dueño de la Póliza	Fecha de nacimiento del Dueño de la Póliza
SEGURO DENTAL SECUNDARIO			
Nombre del Seguro			Número de Beneficios para Miembros
Dirección (para enviar las reclamaciones)			

Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Dueño de la Póliza	Relación con el Paciente	Número de Grupo
Empleador del Dueño de la Póliza	Número de Seguro Social del Dueño de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Dueño de la Póliza
SU HIJO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON O TUVO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?	NO	SI (Si esto es el caso, explique)
Sangrado Anormal		
TDAH/TDA/TOD		
Alergia a Medicamentos/Materiales Médicos (ex. Latex)		
Hospitalizaciones		
Operaciones		
Asma		
Autismo		
Transfusión de Sangre		
Cáncer/Tumores		
Parálisis Cerebral		
Cardiopatías Congénitas		
Convulsiones/Epilepsia		
Diabetes		
Discapacidad Auditiva		
Soplo Cardíaco		
Hemofilia		
Hepatitis		
VIH/SIDA		
Problemas de Riñón/Hígado		
Retrasos en el Desarrollo (Mental/Físico)		

Medicamentos a los que su hijo tenga alergia: _____

Alguna otra alergia (as) que su hijo presente: _____

Medicamentos que su hijo este tomando actualmente: _____

Cualquier otra enfermedad, cirugías pasadas, o problemas de salud?

MEDICO PRIMARIO DE SU NIÑO

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

HISTORIAL DENTAL

Es ésta la primera visita dental de su niño? Si no, cual es el nombre de su dentista previo?

Alguna vez su hijo ha tenido una experiencia desagradable con el dentista? Si este es el caso, explique por favor. _____

Alguna vez su hijo recibió lesiones en los dientes, cara, o boca? Si así es, explique por favor. _____

Su hijo tiene hábito de chuparse el dedo, o de usar chupón? _____

Su hijo usa vaso entrenador o biberón? _____

Qué tan seguido se cepilla los dientes su hijo? _____ al día. Qué tan seguido utiliza hilo dental? _____ a la semana.

Firma del Padre o Guradian _____

Fecha _____

Simply Kids Dental, PLLC
Sean Vostatek, DDS
1910 Vindicator Drive, Suite 103
Colorado Springs, CO 80919
(719) 598-5437

Fax: (719) 598-9300

Política Financiera

Gracias por escoger Simply Kids Dental para el cuidado dental de su hijo(a). Estamos comprometidos a ayudar y mantener buena salud dental! Por favor comprenda que el pago de su factura se considera parte del tratamiento de su hijo. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, le pedimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento dental.

Política General

- **Pago por cada cita es requerido en su totalidad y debe hacerse el mismo día de tratamiento.** Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard or Discover. También aceptamos CareCredit disponible como tercera fuente de financiamiento.
- Los saldos insolutos de más de 30 días, subirán de interés 3% cada mes. Habrá un cargo de 5% de interés si la cuenta se pasa de 60 días.
- Por favor, tenga en cuenta que el padre o el adulto acompañando al niño a nuestra oficina es legalmente responsable por el pago de todos los cargos. No podemos mandar los cargos a otras personas.
- Los cheques devueltos están sujetos a un cargo por servicio de \$30.
- **Falta de pago:** Si su cuenta se convierte delincente, puede ser remitida a una agencia de colección exterior sin previo aviso. Si esto sucede, usted será responsable de todos los costos, incluyendo intereses, refacturación de honorarios, gastos judiciales, honorarios de abogados, y gastos de recaudación de la agencia.

Seguro Dental

- Como una cortesía a usted, es un placer para nosotros ayudarle a maximizar sus beneficios de seguro mediante la presentación de sus reclamos con su compañía de seguros.
- Tenga en cuenta que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. El tipo de plan elegido por usted y su empleador determina sus beneficios de seguro. Por lo tanto, no tenemos voz en la selección de su compañía de seguros, no tienen control sobre los términos de su contrato, los métodos de reembolso o de la determinación de los beneficios de su seguro.
- Aceptaremos la asignación de los beneficios de su compañía de seguros, sin embargo, usted es responsable por el saldo total incluyendo cualquier cantidad que no está cubierta por su compañía de seguros.
- Con la excepción de algunos servicios preventivos, tales como limpiezas y radiografías, si su compañía de seguros no tiene intención de cubrir el costo del tratamiento, usted es responsable de la parte no cubierta a pagar en la fecha en que reciba tratamiento. Reembolso típico de las compañías de seguros van desde 40% -65%
- Muchas compañías de seguros no reembolsarán rellenos blancos. En su lugar, reembolsarán los rellenos de plata / mercurio, que son los menos costosos. Si usted tiene alguno de estos planes, usted es responsable de hasta un 60% del costo de estos rellenos.
- La mayoría de planes dentales tienen un deducible que debe pagar cada año, por lo general \$ 50 - \$ 100.
- Ya que la administramos cientos de planes de beneficios del empleador, no podemos saber los detalles de cada plan. Es su responsabilidad conocer los detalles de su cobertura.

Citas perdidas/rotas

- Debido al espacio limitado en nuestro horario y la necesidad de brindar un servicio oportuno a todos nuestros pacientes, es muy importante que usted mantenga sus citas programadas. Es comprensible que en ocasiones puede ser necesario cambiar la fecha debido a emergencia o enfermedad. Sólo pedimos que nos den la cortesía de aviso de 24 horas por lo que tendremos la oportunidad de utilizar su tiempo designado para proporcionar tratamiento a quienes lo necesitan.
- Si usted cancela su cita sin previo aviso de 24 horas o si no se presenta a la cita, entonces usted tendrá que pagar \$50 de cuota no reembolsable de tratamiento antes de programar una nueva cita. Si usted viene a esta segunda cita esta una cuota se aplicará al costo de cualquier tratamiento realizado en ese momento. Si usted no se presenta en esta segunda cita o si se cancela una vez más sin previo aviso, entonces este dinero se mantendrá como una "cuota de cita perdida".
- Es importante entender que si no somos reembolsados por su compañía de seguro o si se deja un saldo no pagado, incluso después de que lo hayamos contactado y el pago no haya sido recibido, esta cuenta se enviará a una fuente externa para la recolección del pago, con un costo añadido para el tribunal / abogados y honorarios de gobierno.

He leído, entiendo, y estoy de acuerdo con esta Política Financiera. Yo autorizo al Dr. Vostatek a dar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mi niño durante el período de la atención dental como a terceros pagadores. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente a los beneficios del seguro Simply Kids Dental otro modo de pago a mí. Yo autorizo y solicito a Simply Kids Dental usar mi firma en los archivos de mi firma en todas las formas de seguro dental para agilizar el procesamiento por ordenador de mis afirmaciones.

Nombre del Paciente

Nombre del Padre/Guardian

Firma del Padre/Guardian

Simply Kids Dental, PLLC
Sean Vostatek, DDS
1910 Vindicator Drive, Suite 103
Colorado Springs, CO 80919
(719) 598-5437
Fax: (719) 598-9300

Consentimiento para el tratamiento dental

Yo entiendo que el TRATAMIENTO DENTAL se asocia con riesgos inherentes, incluyendo, pero no se limitan a lo siguiente:

- 1. Lesión a los nervios como resultado de la anestesia local:** Esto incluye las lesiones que causan adormecimiento de los labios, la lengua, o de otros tejidos de la boca o la cara. Este adormecimiento es por lo general de carácter temporal, pero el entumecimiento permanente es una posibilidad. Si adormecimiento persiste más de 24 horas después de la operación, por favor llame a nuestra oficina.
- 2. El dolor de las encías:** dolor temporal puede ser consecuencia de la colocación de un dique de goma, o cualquier restauración que se extiende por debajo de la línea de las encías (por ejemplo, coronas de acero inoxidable). Este dolor suele desaparecer al cabo de 48 horas.
- 3. Sensibilidad de los dientes:** La colocación de cualquier restauración dental puede resultar en un diente que es sensible al calor y / o frío. Si estos síntomas persisten por más de un par de semanas, puede ser una indicación de que se requiere tratamiento adicional.
- 4. Rotura, desplazamiento, o el fracaso de bonos:** Debido al hecho de que los dientes están sometidos a fuerzas extremas de la masticación, la molienda, y el trauma posible, es posible que las restauraciones adheridas (empastes blancos) o incluso las restauraciones de amalgama (rellenos de plata) se pueden fracturar o desalojados, resultando en fugas, caries recurrentes, o una infección. El dentista no tiene ningún control sobre las fuerzas al que está sometido el diente / restauración.
- 5. Estética:** A pesar de los materiales dentales están mejorando constantemente, es posible que las restauraciones adheridas pueden desgastar, perder su brillo, o cambiar de color. El dentista no tiene control sobre estos factores.
- 6. Extracciones dentales:**
 - **Sangrado, moretones o hinchazón:** El sangrado puede persistir por varias horas. Si profusa, por favor llame a nuestra oficina. Un poco de hinchazón es normal, pero si es grave, por favor llame a nuestra oficina. Moretones pueden persistir durante algún tiempo, pero por lo general se cura sin complicaciones.
 - **Lesión a los dientes adyacentes o restauraciones:** Esta es una posibilidad, no importa qué tan cuidadosamente se realice la cirugía.
 - **Infección:** Debido a la naturaleza no estériles de la boca, o quizás debido a una infección existente, infección postoperatoria es una posibilidad. Algunas infecciones pueden ser muy graves. Si la inflamación severos, particularmente si está asociada con fiebre o malestar general, por favor llame a nuestra oficina tan pronto como sea posible.

7. Los dientes tratados con endodoncia:

Pulpotomías: En un pequeño porcentaje de los casos, el cuerpo del paciente "rechaza" el tratamiento del nervio, lo que resulta en una pulpotomía no y la necesidad de la extracción. El dentista no tiene control sobre la respuesta biológica del organismo al tratamiento.

Pulpectomías: Para los dientes que requieren una pulpectomía, el pronóstico a largo plazo es reservado. Un porcentaje significativo de pulpectomized dientes primarios ("dientes de leche") en última instancia, tendrá que ser extraído. Este tratamiento se utiliza generalmente cuando la retención a corto plazo de un diente de leche es importante para la salud dental a largo plazo.

8. Los niños que reciben analgesia óxido nitroso:

- El óxido nitroso es un sedante suave inhalado por el niño a través de la respiración nasal. La analgesia se inhala es muy seguro y eficaz en la reducción de la ansiedad durante el tratamiento dental. El óxido nitroso ayuda a relajar a su hijo, pero no poner a su niño a dormir.
- Los posibles efectos secundarios incluyen mareos, náuseas y vómitos.
- Su niño no debe comer una comida pesada 2-3 horas antes de ser tratados con óxido nitroso.
- El óxido nitroso no está cubierto por la mayoría de las compañías de seguro y tiene una cuota adicional que se recoge en la fecha de la cita. Si más de una cita es necesaria para completar el tratamiento de su hijo esta cuota se cobrará a cada visita que el óxido nitroso se utiliza.

ES MI RESPONSABILIDAD BUSCAR ATENCIÓN CASO DE QUE CUALQUIER COMPLICACIONES SE PRODUCEN DESPUÉS DE LA OPERACIÓN Y QUE DILIGENTEMENTE SEGUIR TODAS LAS INSTRUCCIONES QUE ME DIO EL DENTISTA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca del tratamiento propuesto y he recibido respuestas a mi satisfacción. Me han dado alternativas a este tratamiento, incluyendo la opción de hacer ningún tratamiento. Entiendo y asumo todos los riesgos asociados con los procedimientos, y entiendo que no han hecho garantías con respecto al resultado del tratamiento. Al firmar este formulario, yo soy libre de dar mi consentimiento para permitir y autorizar al Dr. Vostatek y socios para hacer el tratamiento, incluidos los anestésicos o medicamentos.

Nombre del Paciente

Nombre del Padre/Guardian

Firma del Padre/Guardian

Aviso de Prácticas de Información y Privacidad

Estamos obligados por ley a darle aviso de nuestras prácticas de privacidad. Este aviso describe cómo proteger su información de salud y qué derechos tiene usted sobre ello.

TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA

La razón más común de usar o revelar su información de salud es para tratamiento, pago o atención médica. Ejemplos de cómo podemos usar o divulgar información para fines de tratamiento: la creación de una cita, la prescripción y ordenar los medicamentos, se refiere a otro médico por los servicios, o reunir información sobre su salud de otro profesional. Ejemplos de cómo podemos usar o divulgar su información médica para fines de pago: información solicitando información sobre su salud o planes de atención dental, preparar y enviar facturas o reclamaciones, y cobrar los montos no pagados (ya sea a nosotros mismos o a través de una agencia de cobros o abogado). Ejemplos de cómo podemos usar o revelar su información de salud para operaciones del cuidado de la salud son los siguientes: auditorías financieras o de facturación, garantía de calidad interna, la participación en planes de atención administrada, la defensa de asuntos legales y de almacenamiento fuera de nuestros registros.

USO Y DIVULGACIÓN POR OTRAS RAZONES SIN PERMISO

Si tenemos que divulgar su información médica fuera de nuestra oficina, le pediremos un permiso especial por escrito. En algunas situaciones limitadas, la ley nos permite usar o divulgar su información médica sin su permiso. Divulgación de este tipo son:

- cuando un estado o ley federal dispone que cierta información de salud sea reportada para un propósito específico;
- descubrimiento a las autoridades gubernamentales sobre las víctimas de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- uso y divulgación de las actividades de supervisión de salud, tales como la concesión de licencias de los médicos, para las auditorías de Medicare o Medicaid, o para la investigación de posibles violaciones de las leyes de la salud;
- divulgaciones para procedimientos judiciales y administrativos, como por ejemplo en respuesta a citaciones u órdenes de los tribunales u organismos administrativos;
- divulgaciones para fines de aplicación de la ley, como para proporcionar información sobre alguien que es o se sospecha que es víctima de un delito, para proporcionar información sobre un crimen en nuestra oficina, o para reportar un crimen que ocurrió en otro lugar;
- usos y divulgaciones para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad;
- divulgaciones relacionadas con los programas de compensación al trabajador;
- divulgaciones adicionales que son un subproducto inevitable de los usos o divulgaciones permitidos;
- divulgaciones a "asociados empresariales" que realizan las operaciones de asistencia sanitaria para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su información de salud.

A menos que usted se oponga, también la información relevante sobre su cuidado con su familia / amigos que le ayuden con su cuidado dental.

RECORDATORIOS DE CITAS

Nos puede llamar o escribirle para recordarle las citas programadas, o que es el momento para hacer una cita de rutina. A menos que usted nos indique lo contrario, le enviaremos un recordatorio de la cita en una tarjeta postal, y / o la deja en un mensaje recordatorio en su contestador o con alguien que conteste el teléfono si no está en casa.

OTROS USOS Y REVELACIONES

No vamos a hacer cualquier otro uso o divulgación de su información de salud a menos que firme un escrito "formulario de autorización." Usted puede iniciar el proceso si es su idea para que podamos enviar su información a otra persona. Normalmente, en esta situación en la que nos dará un formulario de autorización debidamente cumplimentado.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD

La ley le da muchos derechos sobre su información de salud. Usted puede:

- pedirnos que restrinjamos nuestros usos y divulgaciones para fines de tratamiento (excepto tratamiento de emergencia), pago u operaciones de atención médica. pedir que nos comuniquemos con usted de una manera confidencial, como por teléfono al trabajo y no a su casa, por correo la información de salud a una dirección diferente, o mediante correo electrónico a su dirección personal de correo electrónico. Tendremos en cuenta estas peticiones si son razonables, y si usted paga por cualquier costo adicional.
- pedir ver u obtener fotocopias de su información de salud. Por ley, hay ciertas situaciones limitadas en que puede negarse a permitir el acceso o la copia. En su mayor parte, sin embargo, usted podrá examinar o tener una copia de su información de salud dentro de los 30 días de pedirnoslo. Puede que tenga que pagar las fotocopias con anticipación. Por ley, podemos tener una prórroga de 30 días el tiempo para nosotros para darle acceso o fotocopias.
- puede pedirnos que enmendemos su información de salud si usted piensa que es incorrecta o incompleta. Si estamos de acuerdo, vamos a modificar la información dentro de 60 días a partir de cuando usted nos pida. Le enviaremos la información corregida a las personas que sabemos que recibieron la información incorrecta, y otros que usted especifique. Una vez que su estado de situación y / o nuestra refutación se incluye en su información de salud, se lo enviaremos adelante cuando hagamos el descubrimiento permitido de su información de salud.
- Si desea una lista, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto en la oficina de correo electrónico, fax o correo que aparece al principio de este aviso. Para cualquiera de estas peticiones, presentar una solicitud por escrito a la persona de contacto en la oficina Simplemente Niños Dental, PLLC.

NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por ley, tenemos que cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Discreción hasta decidir cambiarlos. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento, según lo permitido por la ley. Si cambiamos esta Notificación, las prácticas de privacidad se aplicará la nueva a su información médica que ya tenemos, así como a la información de tal manera que podemos generar en el futuro. Si cambiamos nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad, se publicará la nueva notificación en nuestra oficina, tendremos copias disponibles en nuestra oficina, y que lo ponga en nuestro sitio Web.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, llame o visite a la persona de contacto en la oficina Simplemente Niños Dental, PLLC.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Reconozco que he recibido una copia de Simply Dental Infantil, PLLC Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del Paciente _____

Firma _____ Fecha _____