

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Niño: _____ Apodo: _____
Fecha Nac.: ____/____/____ Edad: _____ Hombre Mujer
Dirección: _____

Información del Padre

Nombre del Padre/Guardián: _____ Relación con Paciente: _____
Fecha Nac.: ____/____/____ Email del Guardián: _____
Hogar/Celular: _____ 2^{ndo} Teléfono: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Relación con Paciente: _____
Fecha Nac.: ____/____/____ Email del Guardián: _____
Hogar/Celular: _____ 2^{ndo} Teléfono: _____

Información del seguro

Seguro Dental: _____ SSN #/ ID: _____
Nombre del Titular de la Póliza/Parte Responsable: _____
Empleador: _____ Trabajo: _____

Seguro secundario? Si No

Seguro Dental: _____ SSN #/ ID: _____
Nombre del Titular de la Póliza/Parte Responsable: _____
Empleador: _____ Trabajo: _____

Periódicamente, puede haber ocasiones en las que no pueda llevar a su hijo a la oficina para una cita y necesite depender de un familiar o amigo. Entendemos estas circunstancias; sin embargo, debemos tener una autorización que permita que esta persona acompañe a su hijo. La persona que traiga a su hijo deberá presentar una identificación con foto al momento del servicio. Si elige autorizar a un adulto designado para que acompañe a su hijo a sus citas, complete la sección a continuación o puede elegir no designar a alguien en este momento.

Autorización de un adulto designado para acompañar al paciente

Nombre del Padre/Guardián: _____ Relación con Paciente: _____
Hogar/Celular: _____ 2^{ndo} Teléfono: _____

Autorizo a los mencionados anteriormente a tomar decisiones médicas y dentales, incluido el acompañamiento de mi hijo a las visitas clínicas y dar mi consentimiento para cualquier cambio en el plan de tratamiento, ya que pueden surgir en el momento del tratamiento, donde el menor no está acompañado por ninguno de los padres o tutores legales, y puede no ser factible o práctico contactarlos. Acepto pagar mi parte de los servicios prestados a mi hijo el mismo día, si corresponde, a medida que se brinda el tratamiento.

No deseo asignar un adulto designado para que acompañe a mi hijo a las citas en este momento.

Nombre del padre / tutor: _____ Nombre del paciente: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Historial Dental

- Si No ¿Alguna vez ha ido su hijo al dentista? ¿Si es así, cual es la fecha de la última limpieza dental y radiografías? _____
- Si No ¿Ha experimentado su hijo una reacción desfavorable de la atención dental previa? Si es así, explíquelo por favor _____
- Si No ¿Su niño se chupa el dedo, el pulgar o el chupete? ¿Si sí, cuándo? _____
- Si No ¿Se acuesta su hijo con un biberón o una taza para sorber? Si es así, ¿qué contiene? _____
- Si No ¿Su hijo come bocadillos con frecuencia? ¿Cuáles son sus bocadillos favoritos? _____
- Si No ¿Ha tenido su hijo anestesia local? Si es así, ¿hubo algún problema? _____
- Si No ¿Ha sido sedado su hijo para tratamiento dental? ¿Hubo algún problema? _____
- Si No ¿Alguna vez se lesionaron los dientes de su hijo? Si es así, ¿qué dientes? _____
- Si No ¿Alguna vez su hijo o alguien de su familia inmediata ha tenido una úlcera bucal u otra úlcera en la boca? Por favor describa: _____
- Si No ¿Su hijo usa una pasta dental con fluoruro?
- Si No ¿Su hijo comienza a fumar cigarrillos o usa algún producto de tabaco?

Por favor verifique si su hijo tiene problemas con alguno de los siguientes:

- Caries
- Dolor
- Dientes Sensibles
- Respiración de Boca
- Roce de Dientes
- Infecciones de Encillas
- Color de Dientes
- Ortodoncia
- Sonidos de Mandíbula
- Trauma
- Otro: _____

Historial Médico

- Doctor del Niño/Pediatra: _____ Teléfono: _____
- Si No ¿Cuándo fue la última visita de su hijo al médico y cuál fue el motivo de la visita? _____
 - Si No ¿Ha tenido su hijo alguna vez un problema de salud? Si es así, explíquelo por favor. _____
 - Si No ¿Su hijo ha sido hospitalizado, ha tenido anestesia general o visitas a la sala de emergencias? Si es así, explíquelo por favor. _____
 - Si No ¿Está su hijo actualmente tomando algún medicamento? Si es así, indique los medicamentos. _____
 - Si No ¿Su hijo es alérgico a algún alimento? Si es así, indique qué comida. _____
 - Si No ¿Están al día las vacunas de su hijo?
 - Si No ¿Alguna vez le han dicho que su hijo necesita tomar antibióticos antes del tratamiento dental?

Por favor marque si su hijo ha sido tratado por alguno de los siguientes:

- Abuso
- Cancer/Tumores
- Soplo Cardíaco
- Células falciformes/rasgo
- ADHD
- Parálisis Cerebra
- Hepatitis
- Lesiones significativas
- Reacciones a Drogas Adversas
- Defectos congénitos
- HIV/SIA
- Ronquidos
- Anemia
- Diabetes
- Enfermedad Hígado/IG
- Problemas de Habla/Escucha
- Asma/Respiración
- Endocrino/Crecimiento
- Retrasos Mentales
- Espina bífida
- Autismo
- Problemas de Vista
- Problemas Sociales/Personalidad
- Sangrado/transfusiones
- Infecciones Frecuentes
- Dolores de Cabeza
- Problemas Amígdala/Adenoides
- Trastornos de la sangre
- Enfermedad del Corazón
- Convulsiones
- Tuberculosis (TB)
- Otro: _____

Hasta donde sé, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental cualquier cambio en el estado médico de mi hijo.

Nombre del Padre/Tutor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Exámenes/Rayos X/Tratamiento con Flúor

Para la primera visita y el examen periódico, realizamos exámenes integrales, tomamos las radiografías necesarias y brindamos tratamientos con flúor para garantizar que nuestros pacientes gocen de la mejor salud oral. La frecuencia de las radiografías que se toman depende de la higiene oral del paciente y de la evaluación del riesgo de caries. Entiendo que mi hijo recibirá un examen dental del Dr. Opinga y/o a los miembros de su personal. Entiendo que se pueden tomar radiografías de los dientes de mi hijo como parte de los requisitos necesarios para completar un examen completo y exhaustivo.

Limpieza Dental

Autorizo al Dr. Opinga y/o a los miembros de su personal a limpiar los dientes de mi hijo hoy.

Drogas y Medicamentos

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y compuestos tópicos pueden causar reacciones alérgicas incluso sin antecedentes conocidos. Las reacciones alérgicas pueden causar enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico. He informado al dentista, hasta donde tengo conocimiento, de cualquier reacción adversa que mi hijo haya tenido.

Consentimiento de Fotografía Médica

Doy mi consentimiento para que las fotografías digitales y las imágenes de rayos X de mi hijo se usen exclusivamente dentro de su registro médico para fines de identificación y tratamiento dental.

Consentimiento de Fotografía Opcional

Doy mi consentimiento para que se tome y muestre la foto de mi hijo en la oficina como parte de concursos o tableros de anuncios.

Doy mi consentimiento No doy mi consentimiento

Doy mi consentimiento para que se tome y publique la foto de mi hijo como parte de las redes sociales en línea, que incluye, entre otras cosas, el sitio web y el blog de la oficina; Facebook, Yelp e Instagram.

Doy mi consentimiento No doy mi consentimiento

Autorización y Liberación

Por la presente certifico que he leído y entiendo el formulario de consentimiento. Afirmo que la información que he proporcionado es correcta hasta donde tengo conocimiento. Se llevará a cabo con la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi información de contacto personal y del estado médico de mi hijo. Autorizo al equipo dental a realizar el servicio dental necesario que mi hijo necesita, que incluye, entre otros, exámenes, profilaxis, radiografías y tratamiento con flúor. Por la presente certifico que entiendo y he sido informado de los riesgos, beneficios y alternativas de los procedimientos dentales provistos.

Nombre del padre / tutor: _____ Nombre del paciente: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____



POLÍTICA DE OFICINA

POLÍTICA DE PADRES/TUTORES

Reconozco que la política de Bethel Kids Dental es que un padre o tutor legalmente responsable esté presente en todas las citas dentales. Si alguien que no sea el padre o tutor legal acompaña a su hijo a su visita, debe tener una autorización / consentimiento de los padres firmado en el archivo o nos reservamos el derecho de reprogramar la cita.

No está permitido que los padres o tutores dejen o abandonen a sus hijos en el consultorio durante el examen o tratamiento dental y que los recojan en cualquier servicio de transporte compartido más adelante. Los niños no acompañados no serán entregados a nadie que no sea el padre o tutor registrado. La oficina no será responsable de ningún niño no acompañado y el padre o tutor renunciará a toda responsabilidad de la oficina por cualquier cosa que le pueda pasar al niño no acompañado mientras esté en la oficina sin su padre o tutor. Nos comunicaremos con las autoridades locales apropiadas para obtener más instrucciones si el padre o tutor no está disponible o no está disponible después de que la oficina haya intentado comunicarse con el padre o tutor registrado.

CANCELACIONES E INASISTENCIAS

Cuando hacemos su cita, estamos reservando una consulta para sus necesidades particulares. Le pedimos que, si tiene que cambiar una cita, necesitamos un aviso con al menos 24 horas de anticipación. Esta cortesía hace posible dar su consulta reservado a otro paciente que lo desea. Las cancelaciones repetidas con un máximo de tres citas perdidas sin previo aviso resultarán en la pérdida de los privilegios de citas futuras. Creemos que el tiempo de nuestro paciente es valioso. Cuando se hace su cita, se reserva una consulta, se preparan sus registros y se preparan instrumentos especiales para su visita. Nosotros, por supuesto, agradeceríamos la misma cortesía de usted. Si tiene alguna pregunta o problema que le impida asistir a sus citas, llámenos con anticipación al (209) 400-2018 y con mucho gusto reprogramaremos su cita para un horario más conveniente.

SOLICITAR UN BIC NUEVO O UNA TARJETA BIC DE REEMPLAZO (PARA EL SEGURO DENTAL MEDI-CAL)

Si no recibió su tarjeta, la perdió, le robaron la tarjeta o la tarjeta que recibió por correo tiene información incorrecta, puede solicitar un BIC en la oficina de servicios sociales de su condado local. Para el condado de San Joaquín, puede llamar y solicitar una Tarjeta de identificación de beneficios (BIC) comunicándose con el mostrador de emisión de BIC al 209-468-1328.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA RECONOCIMIENTO, CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA. Entiendo y doy mi consentimiento para que la información médica de mi hijo se utilice dentro de las pautas de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Entiendo los términos y autorizo a Bethel Kids Dental a divulgar la información dental de mi hijo a los profesionales involucrados en el cuidado de mi hijo y a las partes a las que autorizo a recibir la información dental de mi hijo.

HOJA INFORMATIVA DE MATERIALES DENTALES

Reconozco que he recibido una copia de la Hoja informativa sobre materiales dentales de mayo de 2004.

Nombre del padre / tutor: _____ Nombre del paciente: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

POLÍTICA FINANCIERA

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Aunque nuestra oficina estará encantada de presentar electrónicamente reclamaciones de seguro dental como cortesía hacia usted, todos y cada uno de los saldos de las cuentas son, en última instancia, su responsabilidad. Debe proporcionar la información de su seguro más actualizada antes de cada visita y según sea necesario durante la atención. **Los planes de seguro pueden variar mucho y algunas empresas seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubrirán.** Autorizo a Bethel Kids Dental a cobrar el pago a la compañía de seguros. Entiendo que la compañía de seguros puede reembolsar sólo una parte de mi factura y que, en última instancia, soy responsable del pago total. Si la compañía de seguros niega un reclamo por cualquier motivo en cualquier momento, entiendo que soy directamente responsable del pago del monto pendiente. Un miembro de nuestro Departamento de Facturación le notificará si hay algún saldo impago en su cuenta. Entendemos que muchos pueden experimentar dificultades financieras en cualquier momento. Si este es el caso, comuníquese con nuestro Departamento de Facturación para que podamos ayudarlo a hacer los arreglos de pago. Bethel Kids Dental acepta pagos en efectivo o con tarjeta de crédito únicamente.

INICIALES: _____

SALDO NO PAGADO/NO COBRADO

Cualquier saldo impago y no cobrado que supere los 90 días se remitirá a una agencia de cobranza externa después de que se envíe la notificación de falta de pago y el saldo adeudado. En el caso de que su cuenta sea entregada para cobros, la parte responsable se compromete a pagar todos los cargos adicionales incurridos en el cobro de la deuda. Estos honorarios incluyen el saldo y los honorarios asociados al cobro del pago y los honorarios del abogado. Durante este tiempo, no podremos ver a sus hijos para recibir servicios adicionales en nuestra oficina hasta que se pague el saldo impago/no cobrado o se hagan arreglos de pago. INICIALES: _____

CONDICIONES DE PAGO PARA PAGO POR CUENTA PROPIA

En caso de que no tenga seguro médico, o sepa de antemano que un servicio específico no estará cubierto por su compañía de seguros, será responsable de realizar un pago antes de prestar los servicios durante ese día en nuestra oficina. Debe pagar el importe total en cada visita. INICIALES: _____

CESIÓN DE BENEFICIOS

En determinadas circunstancias, las compañías de seguros pueden enviar un cheque por los servicios prestados por BETHEL KIDS DENTAL directamente al paciente. En tales casos, el paciente acepta endosar y enviar dicho cheque a BETHEL KIDS DENTAL. Si el paciente deposita dicho cheque en una cuenta personal, el paciente acepta enviar un cheque personal por el monto equivalente a BETHEL KIDS DENTAL dentro de los 10 días posteriores a haber depositado el cheque de la compañía de seguros.

INICIALES: _____

Por la presente asigno todos los beneficios dentales, incluidos los principales beneficios dentales a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y ordeno a mi(s) compañía(s) de seguro, incluido Medi-cal Dental, seguro privado y cualquier otro plan médico/de salud, que emitan el pago directamente a BETHEL KIDS DENTAL. INICIALES: _____

PARA PACIENTES DE SEGURO DENTAL MEDI-CAL

Debe presentar una Tarjeta de emisión de beneficios (BIC) válida en cada visita y según sea necesario. Si no tiene una tarjeta BIC al momento de la visita, es responsable de solicitar una tarjeta nueva o de reemplazo. Si no tenemos una tarjeta BIC válida o no tenemos elegibilidad registrada, usted será responsable de cualquier tarifa que Medi-Cal Dental no pague o no pague. En el caso de que Medi-Cal Dental no haya pagado dentro de los 90 días posteriores a la presentación del reclamo o haya pagado menos de lo previsto por la atención, uno de los miembros de nuestro equipo se comunicará con usted sobre la situación.

INICIALES: _____

Asumo la responsabilidad financiera de todos los tratamientos dentales y medicamentos que se le proporcionen a mi hijo. Entiendo que se espera el pago en la fecha en que se brindan los servicios. He leído, comprendido y aceptado la política financiera anterior para los pagos de los servicios prestados a nuestra oficina.

Nombre del padre / tutor: _____ Nombre del paciente: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____