pdc

pediatric dental care

Nos gustaría darle la bienvenida a usted y a su hijo a Advanced Dental Care de Shady Road. Nuestro objetivo es hacer que la visita de cada niño sea agradable y educativa. Nos esforzamos por enseñar un buen cuidado bucal que le permita a su hijo tener una hermosa sonrisa que dure toda la vida.

1 Cuéntenos acerca de su hijo

Fecha de hoy _____

Nombre del niño_____
APELLIDO SEGUNDO NOMBRE PRIMER NOMBRE INICIAL

Fecha de nacimiento del niño_____Edad del niño____

Sobrenombre_____ ☐ Masculino ☐ Femenino

Escuela_____Grado _____

Aficiones/Deportes_____

N.º del hogar del niño_____N.º de SS _____

Dirección del hogar del niño_____

_____
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

2 ¿Quién acompaña al niño hoy?

Nombre_____Relación_____

¿Tiene la custodia legal del niño? ☐ Sí ☐ No

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo?_____

Enumere los(as) hermanos(as) con su respectiva edad____

_____

Dentista General_____

Fecha del último examen_____¿Alguna caries? _____

Estado civil del padre/de la madre ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a)

3 Información de los padres

Madre ☐ Madrastra ☐ Tutora

Nombre_____Fecha de nacimiento _____

Marque la casilla del número más conveniente para comunicarse con usted

☐ Hogar_____☐ Trabajo_____☐ Móvil _____

Empleador_____

¿Cuánto tiempo lleva en su trabajo actual?___Cargo_____

N.º de SS_____N.º de DL_____

Correo electrónico

Padre ☐ Padrastro ☐ Tutor

Nombre_____Fecha de nacimiento _____

Marque la casilla del número más conveniente para comunicarse con usted

☐ Hogar_____☐ Trabajo_____☐ Móvil _____

Empleador_____

¿Cuánto tiempo lleva en su trabajo actual?____Cargo_____

N.º de SS_____N.º de DL_____

Correo electrónico

4 Responsable de la cuenta

Nombre_____Relación_____

Dirección de facturación_____

_____
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Dirección anterior _____

Tel. del hogar_____N.º de DL_____

Empleador_____

Tel. del trabajo _____Ext._____SS N.º_____

¿Quién es responsable de programar las citas?

Nombre_____Fecha de nacimiento _____

Tel. del trabajo_____Ext._____Tel. del hogar_____

Vecino de algún familiar que no viva con usted

Nombre_____Teléfono_____

Dirección _____

_____
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

5 Seguro Dental Primario

¿Cobertura dental? ☐ Sí ☐ No ¿Cobertura de ortodoncia? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la compañía de seguros _____

Dirección de la compañía de seguros _____

N.º de teléfono de la compañía de seguros _____

N.º de grupo (plan, local o N.º de póliza) _____

Nombre del titular de la póliza _____

Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza____N.º de SS_____

Empleador del titular de la póliza _____

Seguro secundario

¿Cobertura dental? ☐ Sí ☐ No ¿Cobertura de ortodoncia? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la compañía de seguros _____

Dirección de la compañía de seguros _____

N.º de teléfono de la compañía de seguros _____

N.º de grupo (plan, local o N.º de póliza) _____

Nombre del titular de la póliza _____

Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza____N.º de SS_____

Empleador del titular de la póliza _____

A todas las cuentas enviadas a cobranza se les cobrará el saldo de la cuenta más un 50 % adicional, según dicho saldo.

6 ¿Cuáles son las principales preocupaciones que le gustaría resolver con la ortodoncia?

_____

_____

¿Se examinó al niño o tuvo tratamiento de ortodoncia antes? ☐ Sí ☐ No

¿Tuvo lesiones en la boca, los dientes o la barbilla? ☐ Sí ☐ No

Enumere cualquier instrumento musical que interprete

¿Le extrajeron las adenoides o las amígdalas? ☐ Sí ☐ No

¿Se informó a su hijo sobre algún diente faltante o dientes permanentes adicionales? ☐ Sí ☐ No

¿Tuvo el niño alguna vez dolor/sensibilidad en la articulación de la mandíbula (TMI/TMD)? ☐ Sí ☐ No

¿El niño se cepilla los dientes a diario? ☐ Sí ☐ No

¿Usa hilo dental todos los días? ☐ Sí ☐ No

Médico del niño: _____

N.º de teléfono:_____ Fecha de la última consulta: _____

¿Está el niño actualmente bajo el cuidado de un médico? ☐ Sí ☐ No

¿Comenzó la pubertad? ☐ Sí ☐ No

¿Comenzó a menstruar? (niñas) ☐ Sí ☐ No

Describa la salud física actual del niño: ☐ Buena ☐ Justa ☐ Deficiente

Enumere todos los medicamentos que el niño toma actualmente: _____

_____

Enumere todas las drogas/cosas a las que el niño es alérgico:_____

_____

7 ¿Alguna vez su hijo tuvo alguno de los siguientes problemas médicos?

S N Sangrado anormal

S N Alergias a algún medicamento

S N Alérgico al látex/medallas

S N Alérgico al plástico

S N Alguna hospitalización

S N Asma

S N Cáncer

S N Defecto cardíaco congénito

S N Convulsiones/epilepsia

S N Diabetes

S N Impedimentos/discapacidades

S N Discapacidad auditiva

S N Soplo cardíaco

S N Hemofilia

S N Hepatitis

S N VIH+/SIDA

S N Problemas renales/hepáticos

S N Fiebre reumática/escarlatina

S N Tuberculosis (TB)

Hable sobre cualquier problema médico grave que tuvo el niño: _____

_____

_____

8 El niño presenta/presentaba alguna de las siguientes situaciones:

S N Apretar o rechinar los dientes

S N Chuparse o morderse los labios

S N Respirador bucal

S N Morderse las uñas

S N Hábitos del biberón

S N Problemas del habla

S N Chuparse los dedos o el pulgar

S N Interposición lingual

9

Entiendo que la información que brinde es correcta a mi leal saber y entender, que se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a este consultorio sobre cualquier cambio en el estado médico de mi hijo. Autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales que mi hijo pueda necesitar.

_____
FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR FECHA

Este consultorio se reserva el derecho de verificar el estado crediticio de los pacientes potenciales o antes de extender el crédito para los honorarios del tratamiento y puede, a discreción de este consultorio, utilizar los servicios de una o más agencias de informes crediticios.

_____
FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR FECHA

El padre, madre o tutor que acompaña al niño es responsable del pago en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho algunos acuerdos previos. Nuestro consultorio se compromete a cumplir o a superar los estándares de control de infecciones exigidos por la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (Occupational Safety and Health Administration, OSHA), la Arquitectura de Documentos Clínicos (Clinical Document Architecture, CDA) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA).

USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

Obtuve de manera verbal la información médica/dental anterior con el padre, madre o tutor y el paciente que se mencionan en este documento.

Comentarios del médico Iniciales_____Fecha _____

_____

_____

_____

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad; consentimientos para las comunicaciones

DEBE COMPLETARLO EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE PERSONAL DEL PACIENTE (POR EJEMPLO, EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL DEL PACIENTE)

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento	Teléfono de la residencia	Teléfono móvil
Dirección de correo electrónico	Nombre del paciente (si lo completó el representante personal)	

	Sí	No
Acuso recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad de este consultorio dental ("Consultorio").	☐	☐
Doy mi consentimiento para recibir información de recordatorio de citas en la dirección postal registrada en el Consultorio.	☐	☐
Doy mi consentimiento y acepto recibir llamadas y mensajes de texto del Consultorio o en nombre de este y por parte de sus afiliados a los números de teléfono residencial o móvil suministrados anteriormente. Estas llamadas y mensajes de texto pueden incluir (entre otros) aquellos relacionados con mi atención médica, mi cuenta y seguro, y los servicios del Consultorio y, además, pueden incluir contenido publicitario. Estas llamadas y mensajes de texto se pueden realizar mediante marcación automática o tecnología de voz pregrabada/artificial, y se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes o datos. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y no es una condición requerida para recibir atención por parte del Consultorio. Entiendo que puedo darme de baja en cualquier momento llamando al Consultorio o respondiendo "STOP" (Detener) a un mensaje de texto del Consultorio o su afiliado correspondiente.	☐	☐
Doy mi consentimiento para recibir mensajes de voz del Consultorio y sus afiliados que contengan información de salud a los números de teléfono residencial o móvil suministrados anteriormente.	☐	☐
Doy mi consentimiento para recibir notificaciones por correo electrónico provenientes del Consultorio o en nombre de este y por parte de sus afiliados a la dirección de correo electrónico suministrada anteriormente. Entiendo que estas notificaciones pueden incluir (entre otros) avisos operativos sobre mi cuenta y seguro y son parte de mi relación con el Consultorio. También entiendo que estas notificaciones pueden incluir anuncios promocionales, que incluyen, entre otros, boletines informativos, información sobre nuevos servicios o exámenes sugeridos, ofertas especiales, encuestas y otras noticias e información que el Consultorio cree que serán de mi interés. Entiendo que puedo optar por no recibir correos electrónicos promocionales en cualquier momento siguiendo las instrucciones para cancelar la suscripción que se brindan allí. Entiendo que, si opto por no recibir anuncios promocionales del Consultorio, aún puedo recibir mensajes transaccionales, incluidos correos electrónicos sobre mi cuenta o relación con el Consultorio.	☐	☐

Autorizo al Consultorio a compartir información sobre citas, facturación e información dental o de salud en general con las siguientes personas que están involucradas en mi atención (o, si soy el representante personal del paciente, la atención del paciente) (por ejemplo, un miembro de la familia, amigo, cuidador):

_____

Entiendo que puedo revocar cualquiera de los consentimientos anteriores en cualquier momento notificándolo al Consultorio por escrito. Mi revocación de cualquier consentimiento no afectará mi capacidad (o, si soy el representante personal del paciente, la capacidad del paciente) para recibir servicios por parte del Consultorio.

Firma del paciente / representante personal | ***Si es el representante personal, relación con el paciente***

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener debido a que:

☐ El paciente/representante personal se negó a firmar el formulario ☐ Otro:

Firma del Gerente del Consultorio | Fecha