Por favor llene el formulario en forma completa y correcta.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Niño _____

Sobrenombre _____

Domicilio _____ Apto. __

Ciudad _____ Estado _____ C.P. ___

Teléfono particular _____

Fecha de Nacimiento _____

Edad _____ Varón _____ Mujer _____

Escuela _____

PARA CONOCERNOS MEJOR

¿Algún otro miembro de su familia es paciente nuestro?

Sí _____ No _____

Si así lo fuera, indique el nombre: _____

_____

¿A quién podemos agradecer por recomendarle nuestro consultorio?

Nombre: _____
Doctor, Paciente u otro

Por favor indique el número de teléfono que desearía que usemos para confirmar las citas: _____
Teléfono

INFORMACION ACERCA DE LA CUENTA

Persona responsable por la cuenta: _____

_____
Numero de contacto aparte del telefono de casa

INFORMACION DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Portador Principal: Madre _____ Padre _____

Compañía de Seguros _____

Empleador _____

Unión o Local N° _____ Grupo N° _____

Teléfono de la Compañía de Seguros _____

Portador secundario: Madre _____ Padre _____

Compañía de seguros: _____

Unión o Local N° _____ Grupo N° _____

Teléfono de la Compañía de Seguros _____

INFORMACION ACERCA DE LOS PADRES

Información de la Madre - Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ S.S. _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. ___

Ocupación _____

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____ Extensión _____

Información del Padre - Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ S.S. _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. ___

Ocupación _____

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____ Extensión _____

Por favor asegúrese de llenar todas las secciones en blanco.

Fecha de hoy: _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____

Instrucciones: Por favor haga un círculo en la respuesta correcta y complete las secciones en blanco. Si no sabe alguna respuesta, circule el símbolo "(?)".

HISTORIA MEDICA

¿El niño ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

Problemas o murmullo cardíaco	SI	NO	(?)	Problemas de visión	SI	NO	(?)
Fiebre Reumática	SI	NO	(?)	Asma o respiración forzada	SI	NO	(?)
Problemas de sangrado o coagulación	SI	NO	(?)	Alergias o Fiebre del Heno	SI	NO	(?)
Anemia o rasgos de glóbulos falciformes	SI	NO	(?)	Problemas de Alimentación o Ingestión	SI	NO	(?)
Labio leporino o paladar hendido	SI	NO	(?)	Hepatitis o enfermedad hepática	SI	NO	(?)
Defectos de nacimiento o desórdenes genéticos	SI	NO	(?)	Diabetes	SI	NO	(?)
Epilepsia o convulsiones	SI	NO	(?)	Tuberculosis	SI	NO	(?)
Retardo mental	SI	NO	(?)	Problemas renales	SI	NO	(?)
Problemas de crecimiento	SI	NO	(?)	Problemas en huesos o articulaciones	SI	NO	(?)
Parálisis cerebral	SI	NO	(?)	VIH o SIDA	SI	NO	(?)
Problemas en oídos o de audición	SI	NO	(?)	Cáncer	SI	NO	(?)
Dificultades de habla	SI	NO	(?)	Otros problemas médicos (especifique)	SI	NO	(?)

Nombre del médico del niño _____ Fecha de la última consulta _____

Domicilio _____ Número de Teléfono _____

¿El niño se encuentra actualmente en tratamiento médico? SI NO (?)

Si así lo fuera, ¿por qué condición? _____

¿El niño está tomando actualmente alguna medicina? SI NO (?)

Si así lo fuera, indique _____

¿Por qué condición? _____

¿El niño ha tenido alguna reacción alérgica o desfavorable ante la administración de alguna medicina? SI NO (?)

¿Ante cuál? _____ Reacción _____

¿El niño ha estado internado alguna vez? SI NO (?)

Edad _____ Motivo _____

¿El niño ha recibido alguna vez tratamiento en una sala de emergencia? SI NO (?)

Edad _____ Motivo _____

¿Existe alguna otra información médica acerca del niño que no haya sido proporcionada arriba? SI NO (?)

Si así lo fuera, describa _____

HISTORIA DENTAL

¿Cuál es el motivo del tratamiento dental para el niño? ☐ Examen ☐ Dolor ☐Caries ☐ Lesión ☐ Otro _____

¿El niño ha visitado a un dentista anteriormente? SI NO (?)

Sí así lo fuera, indique la fecha de la última visita _____

¿El niño ha tenido alguno de los siguientes problemas dentales?

Lesiones en la boca o en los dientes SI NO (?)

Dolor de dientes / muelas SI NO (?)

Abscesos (bultos en las encías) SI NO (?)

Otros (indique) _____ SI NO (?)

¿El niño tiene alguno de los siguientes hábitos?

Succiona su dedo o el pulgar SI NO (?)

Rechina o cruje los dientes SI NO (?)

Otros (indique) _____ SI NO (?)

¿A qué edad dejó de mamar o tomar el biberón? _____

¿Cuál es la fuente actual del agua que bebe el paciente?

_____ Municipal _____ Pozo en la casa _____ Embotellada _____ No lo sé

¿El agua contiene fluoruro? SI NO (?)

¿El niño toma tabletas o gotas de fluoruro, o vitaminas con fluoruro? SI NO (?)

¿El niño usa un enjuague dental con fluoruro en la casa o en la escuela? SI NO (?)

¿Quién es responsable de cepillar los dientes del niño? _____

¿Existe alguna otra información dental que debamos conocer? SI NO (?)

Si así lo fuera, indique _____

HISTORIA SOCIAL Y DEL COMPORTAMIENTO

¿Usted cree que el niño cooperará con el tratamiento dental? SI NO (?)

¿El niño ha tenido alguna experiencia dental previa mala o temerosa? SI NO (?)

¿Cuál de las siguientes frases describe mejor al niño?

_____ Avanzado en el proceso de aprendizaje _____ Progresando normalmente _____ Aprende lentamente

¿El niño tiene algún antecedente de problemas emocionales o de conducta? SI NO (?)

Si así lo fuera, describa _____

¿Existe alguna otra información que debamos conocer? SI NO (?)

Si así lo fuera, comente _____

Su hijo es menor de edad, en consecuencia, es necesario que se obtenga una autorización firmada por uno de los padres o tutores antes de que pueda comenzar el tratamiento dental. Reconozco que la información anterior es correcta y concedo a este consultorio mi autorización para proporcionar a mi hijo tratamiento dental y médico / quirúrgico relativo, incluyendo las radiografías para el diagnóstico. Si existiera algún cambio en la salud o medicación de mi hijo, informaré sin falta al doctor en la próxima cita.

_____ _____

Firma de uno de los padres o tutores legales Fecha

Comentarios del Dentista: _____

_____

_____

_____ Se requiere consulta

Información sobre el manejo de la conducta y el consentimiento para el tratamiento

Nuestro deseo es proporcionar un tratamiento de calidad en un ambiente de cuidado para usted y su hijo. Proporcionamos la siguiente información con el fin de que se familiarice con nuestras políticas. Por favor no dude en hacer cualquier pregunta que pueda tener con un miembro de nuestro personal. Solicitamos que los padres acompañen al niño de vuelta a la sala de examen para su primera visita. Se completará un diagnóstico completo y las radiografías necesarias. **El médico hablará de su diagnóstico y recomendaría un plan de tratamiento. Las visitas siguientes, pedimos a los padres a permanecer en la zona de recepción y su hijo será llevado a la zona de tratamiento solo.** Hemos encontrado que estamos en mejores condiciones para establecer una buena relación y mantener toda nuestra atención centrada en el niño cuando el padre no está presente. Uno de nuestros asistentes dentales se mantendrá con su hijo en todo momento. Cuando el tratamiento se ha completado el dentista o asistente dental le explicará lo que se hizo, así como lo que implicará el siguiente tratamiento. En cualquier visita si desea hablar con el dentista acerca de cualquier cosa, por favor, decirle al asistente dental y el médico estará encantado de reunirse con usted.

Utilizamos una serie de técnicas de manejo de conducta para ayudar a los niños a través de su tratamiento. Todas las técnicas que utilizamos son reconocidas por la Academia Americana de odontología pediátrica tan eficaz y aceptable. Nuestro objetivo es proporcionar el tratamiento de una manera eficiente, segura, mientras inculcamos una actitud positiva sobre su salud dental al niño.

Durante el tratamiento, el óxido nitroso (gas hilarante) se utiliza con frecuencia para reducir la ansiedad. (Llamamos a la pequeña máscara de goma "El señor de la nariz “.) El óxido nitroso es muy seguro, tiene pocos efectos secundarios, con la expectativa de náuseas en un pequeño porcentaje de los niños, y no tiene efectos persistentes después de la visita. Para nuestros pacientes, especialmente nerviosos, el médico puede sugerir que su hijo tomo un sedante suave antes de someterse al tratamiento. Este pre medicación es generalmente Demorol líquido o Atarax administrado por vía oral una hora antes de la cita como sedante y relajante. Nuestro objetivo no es poner a su hijo a dormir, más bien, para ayudar a relajarlos y hacer que él o se sienta feliz y más cómodo con la visita.

Con el fin de proporcionar un trabajo dental de calidad y reducir el riesgo de lesión a un niño, es absolutamente necesario que el niño permanezca inmóvil durante el tratamiento. A pesar de

nuestros esfuerzos para calmar a un niño con palabras tranquilizadoras, mostrar los instrumentos y explicar los ruidos que escucharán, a veces nos encontramos con problemas de manejo difíciles. Si un niño no está cooperando puede ser necesario utilizar una o más de las siguientes técnicas de gestión de comportamiento para facilitar el tratamiento.

Control de voz: con el fin de llamar la atención del niño, la instrucción se da en un tono de voz firme

Inmovilización: para que el niño no causa lesiones a sí mismos al tratar de agarrar la mano de los médicos durante el tratamiento, algunos niños pueden necesitar tener sus manos en poder de un asistente durante ciertas partes del procedimiento para ayudar a que ellos se sientan todavía. Si un niño es demasiado joven para entender la importancia de estar sentado (por lo general 3 años de edad o menos) o si se están poniendo en peligro a sí mismos con una gran cantidad de movimiento incontrolado, puede que tenga que ser colocado en una envoltura pediátrica que a veces se denomina como un "tablero papoose". La envoltura, o tablero papoose, sostiene la cabeza y envuelve los brazos y las piernas de forma segura en una manta sujeta con cierres de velcro. Esto se utiliza como último recurso con el fin de proporcionar un control de movimiento para que su hijo está protegido durante los procedimientos dentales. No se utiliza como castigo. En el caso de que sentimos la envoltura debe ser utilizado, se le notificará en ese momento, antes de colocar al niño en la envoltura. Usted tendrá la opción de dar o negarnos el permiso para utilizar la envoltura. Si no acepta el uso de la tabla de papoose es probable que significa que no hay otro tratamiento se puede representar ese día y entonces puede ser necesario tener en cuenta hospitalización para el tratamiento futuro.

La hospitalización: esto puede ser recomendado para niños muy pequeños o aquellos niños con problemas médicos o de comportamiento significativos. Esto se requiere para muy pocos niños y será discutido a fondo con usted si otras opciones no se pueden utilizar con éxito.
Los mejores intereses para su hijo son los más importantes para nosotros. Vamos a buscar para gestionar de forma prudente el comportamiento de su hijo y ayudar a él o ella para aceptar el cuidado dental en un ambiente positivo, no amenazante. Esperamos promover buenas actitudes, a largo plazo hacia su salud oral. Gracias por confiar en nosotros para el tratamiento de su hijo.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de cualquiera de esta información por favor hable con uno de los empleados de oficina o los médicos.

Galaxy Smiles Children’s Dentist and Braces

Consentimiento para el tratamiento

1. Por la Presente autorizo Galaxy Smiles Children's Dentist and Braces para realizar el tratamiento dental necesario para mi niño(a) tal como Se presenta en el plan de tratamiento , incluyendo el uso de anestesia local necesario o conveniente, radiografías , agentes de diagnóstico , y óxido nitroso si es necesario

2. He leído la información anterior respecto a las técnicas de manejo del comportamiento y entendió que a veces puede ser necesario para el dentista utilizar estas terapias de gestión. Yo, también entiendo que si tengo alguna pregunta acerca de las técnicas de manejo de conducta, puedo hablar de ellos con el dentista antes del tratamiento.

3. Entiendo que se explicarán los procedimientos dentales específicamente cuando se me presenta su plan de tratamiento. Métodos alternativos, en su caso también se explicará a mí, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno. Me han informado que, aunque se esperan buenos resultados, la posibilidad de complicaciones y la naturaleza no pueden ser anticipado con precisión y por lo tanto no puede haber ninguna garantía expresa o implícita en cuanto al resultado del tratamiento.

4. Aunque su aparición es poco frecuente , existen algunos riesgos inherentes que acompañan a los procedimientos dentales

   A. Anestésico local (Lidocaína o como Novaciano) se utiliza para hacer los dientes entumecida por lo que no hará daño a un tratamiento dental. Cuando se utiliza el niño puede masticar la mejilla, los labios o la lengua mientras están entumecidos. El dolor de la mandíbula inferior (trismo) también puede producirse después de la inyección.

   B. Aunque no es común, sangrado excesivo, dolor o hinchazón pueden ocurrir después de la eliminación de un diente. También se puede producir entumecimiento temporal o permanente de la lengua o los labios (parestesia).

   C. El óxido nitroso (gas hilarante) se utiliza para ayudar a relajar los niños que están especialmente nerviosos por lo que el tratamiento puede realizarse correctamente. Aunque poco frecuentes, el niño puede experimentar náuseas o vómitos con su uso.

Por la presente declaro que he leído y entendido este consentimiento, y que todas las preguntas sobre el procedimiento han sido contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo que tengo el derecho de ser proporcionado con respuestas a las preguntas que puedan surgir durante el curso del tratamiento de mi hijo.

También entiendo que este consentimiento quedara en efecto hasta que yo decida terminarlo.

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma de padre/tutor: _____

Relación al Paciente: _____

Testigo: _____

Galaxy Smiles Children's Dentist and Braces
9575 W. Tropicana Ave. Suite # 5
Las Vegas, Nevada 89147

(702) 633-8331

Responsabilidad financiera del paciente

Nos complace dar la bienvenida a su hijo como un nuevo paciente. Para evitar cualquier malentendido con respecto al pago para el tratamiento de su hijo, por favor revise y firme la siguiente política.

Los pacientes con seguro:

Para la primera visita de su hijo, si el seguro no puede ser verificado, se requiere el pago total en efectivo en el momento que se prestan los servicios.

Vamos a tratar de verificar su cobertura de seguro dental en o antes de su primera visita. Podemos presentar reclamaciones de seguros como una cortesía a usted. Por favor recuerde sin embargo, que usted, el padre, es en última instancia responsable para el pago en la cuenta, no su compañía de seguros. Usted debe pagar su co - pago deducible, y honorarios por servicios no cubiertos, que se proporciona en el tiempo de tratamiento. Usted sigue siendo responsable de estos cargos, incluso si tiene cobertura de seguro doble. Nosotros no facturamos rutinariamente las compañías de seguros secundarias. Esto es responsabilidad del paciente.

Sólo podemos hacer estimaciones con respecto a los pagos de las compañías de seguros en base a la información que se da a nosotros en el momento de la verificación.

Mientras que hacemos todo lo posible para recoger todas las cuotas adeudadas desde la compañía de seguros, honorarios no pagados por la compañía dentro de los 60 días se deben pagar por el paciente.

Pacientes en efectivo:

El pago es debido en el momento del servicio. Cualquier saldo en efectivo de más de 60 días nos sujetos a un cargo financiero de 1 1/ 2% por mes. Ofrecemos planes de pago para el cuidado de pacientes de crédito.

Si su cuenta permanece sin pagar más de 90 días, puede ser enviada a una agencia de cobro de morosos asuntos falta de pago y / o. Todas las cuentas serán enviados a las colecciones están sujetos a una tarifa de agencia de cobro y posiblemente otros costos legales, además del saldo que se debe. Si tiene alguna pregunta sobre esta política, por favor pregunte.

El padre o tutor que acompaña al niño es el responsable de los pagos.

He leído y entendido el contenido de este acuerdo. Estoy de acuerdo en cumplir con todas las políticas.

Nombre del paciente _____

Firma: _____

Nombre del Padre _____

Fecha: _____

Regla de privacidad de acuerdo de consentimiento del paciente

Consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida para tratamiento, pago o operaciones de cuidado de la salud

Yo, _____ entiendo que como parte de mi atención médica , Galaxy Smiles Children's Dentist and Braces se origina y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan de tratamiento en el futuro . Entiendo que esta información sirve como

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud e información quirúrgica a mi cuenta
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron proporcionados realmente
- Una herramienta para opciones de atención médica de rutina, tales como la evaluación de la calidad y analizar la competencia de profesionales de cuidado de la salud

Se me ha proporcionado una copia y comprendo la notificación de información sobre las prácticas que proporciona una descripción más completa de información utilizada y divulgada.

Entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el aviso de prácticas de información de Galaxy Smiles antes de firmar este consentimiento
- Galaxy Smiles reserva el derecho de cambiar el aviso y prácticas y que antes de la implementación se enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado si se solicita
- Tengo el derecho de objetar el uso de mi información de salud para propósitos de guía
- Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud protegida puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento , pago o operaciones de atención médica y que PDCA no es requerido por la ley para aceptar los restricciones solicitados
- Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que PDCA ya ha tomado acciones de seguridad sobre ella

Ordene las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud protegida

_____ Aceptado _____ Negado

Firma de Padre o tutor

_____

Nombre de Padre o tutor

_____

Fecha _____

Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud

El Departamento de salud y servicios humanos de los EE.UU. requiere la oficina para informarle de sus derechos y la privacidad como paciente. La ley que nos obliga a hacer lo que se llama la portabilidad de seguro médico y acto de rendición de cuentas (HIPAA). Sus derechos se refieren a cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud.

En nuestra oficina, la posibilidad de divulgación puede ocurrir en una de estas situaciones:

1. Operaciones de seguro
2. El intercambio de información con otros médicos
3. La transferencia de registros a otra oficina

Divulgación de seguro se produce cuando se da información sobre su tratamiento exclusivamente a su compañía de seguros. Esto se hace para que su compañía de seguros sabe qué tratamiento se completó y se reembolsará en consecuencia. Esta descripción es una práctica de negocio estándar de una operación de seguro. Si usted no tiene seguro, esto no se refiere a usted.

Cuando nos referimos a los pacientes a otras oficinas, debemos compartir su información por lo que será tratado adecuadamente. De nuevo, esta transferencia de información no se da más allá de nuestras oficinas.

Si decide ir a otra oficina y desea que yo transfiera sus registros, el asunto es a petición del cliente. Vamos a cumplir con su opción de enviar su información fuera de nuestra oficina.

Sus registros no se les dan a los abogados. La información dental que ha entrado en nuestras computadoras en el cuidado y mantenerse confidencial.

Estaremos encantados de proporcionarle el "Aviso de Prácticas de Privacidad“, desarrollado por la Asociación Dental Americana. El "Aviso de Prácticas de Privacidad" describe sus derechos de privacidad de la información. Por favor revise este documento. La información del gobierno Adicional puede ser encontrada en http://www.hhs.gov/ocr/hipaa con respecto a esta ley de privacidad. Gracias por su cooperación.

Galaxy Smiles Children’s Dentist and Braces

Acerca de Su Seguro

Seguro dental puede ser una gran ayuda para la mayoría de las familias, ayudando a cubrir algunos de los costos asociados con el tratamiento dental. Sin embargo, los planes de seguro dental suelen ser muy diferente de la mayoría de los planes médicos. Esperamos que la siguiente información le dará una mejor comprensión de seguro dental.

1. Hay literalmente cientos de planes de seguro dental y cada uno son diferentes. No es posible para nosotros saber qué procedimientos son cubiertos y cuales nos. No planificamos o recomendamos nuestro tratamiento basado en lo que va a pagar una compañía de seguros. Se recomienda el tratamiento en base a lo que sentimos en el mejor interés de su hijo.

2. Nosotros podemos proporcionar una estimación de lo que su seguro puede pagar, y lo que su copago puede ser, pero es sólo una estimación. A veces el tratamiento propuesto puede cambiar lo que puede aumentar o disminuir la cantidad debida por su compañía de seguros o de usted. El reembolso depende del balance anual máxima cantidad de su plan de seguro. El máximo anual es por lo general de $ 750.00 - $ 1,500.00. Es su responsabilidad conocer esta cantidad y lo que ya ha utilizado. Usted es responsable de cualquier saldo no pagado que su seguro no ha pagado.

3. Como cortesía vamos a facturar a su seguro primario para el tratamiento dental proporcionado, pero como regla general, no facturamos seguros secundarios. Estaremos encantados de darle un recibo para que pueda presentar su reclamación a su seguro secundario. Si nuestra oficina tiene una obligación contractual de su compañía de seguros secundaria como un proveedor de PPO, vamos a presentar una reclamación directamente a ellos para usted.

4. Usted, el padre o tutor, no las compañías de seguros, es en última instancia la responsabilidad financiera para el pago de los cargos por tratamiento rendido. Si una compañía de seguros se niega a pagar por un tratamiento o procedimiento usted es responsable de la cantidad negado de la reclamación.

5. Usted es responsable de darnos información precisa sobre el seguro. Cuando la información inexacta en autorización puede retrasar el tratamiento, o el pago, lo que podría dar lugar a que tengan más gastos de su propio bolsillo.

Galaxy Smiles Children’s Dentist and Braces