Por favor llene el formulario en forma completa y correcta.

INFORMACION DEL PACIENTE	INFORMACION DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS
Nombre del Niño	Portador Principal: Madre Padre
Sobrenombre	Compañía de Seguros
DomicilioApto	Empleador
Cludad Estado C.P	Unión o Local N° Grupo N°
Teléfono particular# celular	Teléfono de la Compañía de Seguros
Fecha de Nacimiento	Portador secundario: Madre Padre
EdadVarón Mujer	easily School
nacionalidadescuela	Compañía de seguros:
Email	Unión o Local N° Grupo N°
	Teléfono de la Compañía de Seguros
PARA CONOCERNOS MEJOR	Contract Con
¿Algún otro miembro de su familia es paciente nuestro?	INFORMACION ACERCA DE LOS PADRES
Sí No	Información de la Madre - Fecha de Nacimiento
Si así lo fuera, indique el nombre:	Nombre S.S
	DomicilioTeléfono
¿A quién podemos agradecer por recomendarle nuestro	Ciudad Estado C.P
consultorio?	Ocupación
Nombre: Doctor, Paciente u otro	Empleador
Por favor indique el número de teléfono que desearía que	Teléfono del trabajo Extensión
usemos para confirmar las citas:	Información del Padre - Fecha de Nacimiento
Teléfono	Nombre S.S
	DomicilioTeléfono
	Ciudad Estado C.P
INFORMACION ACERCA DE LA CUENTA	Ocupación
Persona responsable por la cuenta:	Empleador
Nde analogo de la latera de acce	Teléfono del trabajo Extensión
Numero de contacto aparte del telefono de casa	

Instrucciones: Por favor haga un circulo en la respuesta correcta y complete. Si no saba alguna respuesta, circule el simbolo "(?)".

HISTORIA MEDICA

olemas o Murmullo Cardíaco	SI	ones NO	(?)	Problemas de Visión		SI	N
re Reumática	SI	NO	(?)	Asma o Respiración Forzada		SI	
olemas de Sangrado o Coagulación	21	NO	(?)	Algerias o Fiebre del Heno		. SI	I
mia o Rasgos de Glóbulos Falciformes	SI	NO	(?)	Problemas de Alimentación o Ingestión		. SI	N
smo	SI	NO	(?)	Problemas de Crecimiento		SI	
rome de Asperger	SI	NO		Parálisis Cerebral		SI	
torno Obsesivo	SI	NO	(?)	Problemas en Oídos o de Audición			N
citario de la Atencion	SI	NO	(?)	Dificultades Hablar		SI	١
o Leporino o Paladar Hendido	SI		(?)	Hepatitis o Enfermedad Hepática			N
ctos de Nacimiento o Desórdenes Genéticos.	SI	NO		Diabetes		. SI	I
vulsion/Epilepsia	SI	NO		Tuberculosis		. SI	
tornos del Desarollo	SI	NO	(?)	Problemas Renales		. SI	I
Irome de Down	SI	NO	(?)	Otros Problemas Médicos (Especifique)		. SI	1
olemas en Huesos o Articulacioneso SIDA	SI	NO NO	(2)				
Nombre del médico del niño		NV IAL	F	echa de la última consulta úmero de Teléfono			
El niño se encuentra actualmente en tratamiento méd	dico?				SI	NO	(
Si así lo fuera. ¿por qué condición?						NO	1
El niño está tomando actualmente alguna medicina?					31	NO	(
Si así lo fuera, indique							
El niño ha tenido alguna reacción alérgica o desfavor	able a	nte la	admin	istración de alguna medicina?	SI	NO	(
El niño ha tenido alguna reacción alérgica o desfavor Ante cuál? El niño ha estado internado alguna vez?			— ^K	eaccion	SI	NO	(
Edad Motivo El niño ha recibido alguna vez tratamiento en una sa						NO	,
¿El niño ha recibido alguna vez tratamiento en una sa Edad Motivo	la de e	merge	encia?		51	NO	(
Existe alguna otra información médica acerca del niñ	o que	no ha	ya sido	proporcionada arriba?	SI	NO	(
Si así lo fuera, describa							
				A DENTAL			
¿Cuál es el motivo del tratamiento dental para el nino: ¿El niño ha visitado a un dentista anteriormente?	L	xamei	ו וו	Oolor Caries Lesión Otro	SI	NO	(
Sí así lo fuera, indique la fecha de la última visita							,
¿El niño ha tenido alguno de los siguientes problemas	denta	les?			10 m		
Lesiones en la boca o en los dientes						NO	(
Dolor de dientes / muelas						NO	(
Abscesos (bultos en las encías)						NO	
Otros (indique)					SI	NO	-
¿El niño tiene alguno de los siguientes hábitos?					CI	NO	
Succiona su dedo o el pulgar						NO	(
Rechina o cruje los dientes							
Otros (indique)			-0			NO	
¿El niño toma tabletas o gotas de fluoruro, o vitamina:	s con r	luorur) (NO	
¿El niño usa un enjuague dental con fluoruro en la cas ¿Existe alguna otra información dental que debamos s	sa o er	ra es	cueia			NO	
Si así lo fuera, indique	COHOCE						
HIST			ALY	DEL COMPORTAMIENTO			
¿Usted cree que el niño cooperará con el tratamiento	dental	?				NO	-
¿El niño ha tenido alguna experiencia dental previa m	ala o t	emero	sa?		31	NO	(
		Pro	gresar	ndo normalmente Aprende lentamente			
Cuál de las siguientes frases describe mejor al niño?			condu	cta?	SI	NO	
¿Cuál de las siguientes frases describe mejor al niño:		o de					
¿Cuál de las siguientes frases describe mejor al niño:	ionales	s o de			SI	NO	
¿Cuál de las siguientes frases describe mejor al niño? Avanzado en el proceso de aprendizaje ¿El niño tiene algún antecedente de problemas emocisias lo fuera, describa ¿Existe alguna otra información que debamos conoce	ionales					NO	
¿Cuál de las siguientes frases describe mejor al niño:	ionales er?	que se	obte	nga una autorización firmada por uno de los padres o	tutores	antes	de
¿Cuál de las siguientes frases describe mejor al niño: Avanzado en el proceso de aprendizaje ¿El niño tiene algún antecedente de problemas emoci Si así lo fuera, describa ¿Existe alguna otra información que debamos conoce Si así lo fuera, comente Su hijo es menor de edad, en consecuencia, es nece	er?	que se	obter	nga una autorización firmada por uno de los padres o nanterior es correcta y concedo a este consultorio n	tutores	antes	de
¿Cuál de las siguientes frases describe mejor al niño? Avanzado en el proceso de aprendizaje ¿El niño tiene algún antecedente de problemas emoci Si así lo fuera, describa ¿Existe alguna otra información que debamos conoce Si así lo fuera, comente Su hijo es menor de edad, en consecuencia, es nece pueda comenzar el tratamiento dental. Reconozco proporcionar a mi hijo tratamiento dental y médico / g	er? esario e que la uirúrgie	que se informo rela	obter naciór	n anterior es correcta y concedo a este consultorio r ncluyendo las radiografías para el diagnóstico. Si existi	tutores	antes	d ón
¿Cuál de las siguientes frases describe mejor al niño: Avanzado en el proceso de aprendizaje ¿El niño tiene algún antecedente de problemas emoci Si así lo fuera, describa ¿Existe alguna otra información que debamos conoce Si así lo fuera, comente Su hijo es menor de edad, en consecuencia, es nece	er? esario e que la uirúrgie	que se informo rela	obter naciór	n anterior es correcta y concedo a este consultorio i ncluyendo las radiografías para el diagnóstico. Si existi ma cita.	tutores	antes	d ón
¿Cuál de las siguientes frases describe mejor al niño: Avanzado en el proceso de aprendizaje ¿El niño tiene algún antecedente de problemas emoci Si así lo fuera, describa ¿Existe alguna otra información que debamos conoce Si así lo fuera, comente Su hijo es menor de edad, en consecuencia, es nece pueda comenzar el tratamiento dental. Reconozco proporcionar a mi hijo tratamiento dental y médico / q la salud o medicación de mi hijo, informaré sin falta al	er? esario e que la uirúrgio docto	que se infori co rela r en la	obter maciór ativo, in próxin	n anterior es correcta y concedo a este consultorio r ncluyendo las radiografías para el diagnóstico. Si existi ma cita. Fecha	tutores mi auto iera alg	antes orizaci jún ca	de ón
¿Cuál de las siguientes frases describe mejor al niño: Avanzado en el proceso de aprendizaje ¿El niño tiene algún antecedente de problemas emoci Si así lo fuera, describa ¿Existe alguna otra información que debamos conoce Si así lo fuera, comente Su hijo es menor de edad, en consecuencia, es nece pueda comenzar el tratamiento dental. Reconozco proporcionar a mi hijo tratamiento dental y médico / q la salud o medicación de mi hijo, informaré sin falta al	er? esario e que la uirúrgio docto	que se infori co rela r en la	obter maciór ativo, in próxin	n anterior es correcta y concedo a este consultorio i ncluyendo las radiografías para el diagnóstico. Si existi ma cita.	tutores mi auto iera alg	antes orizaci jún ca	de

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.

Kids' Dental Safari and Braces

Consentimiento para el tratamiento

- 1. Por la Presente autorizo Pediatric Dental Care Associates de Las Vegas 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:		

Kids' Dental Safari and Braces 2381 B. Renaissance Dr. Las Vegas, Nevada 89119 (702) 786-6684

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 polític	as.
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 pediatric Dental Care Associates 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 PDCA antes de firmar este consentimiento
 PDCA 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

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.

Kids' Dental Safari 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.

- 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.

Kids' Dental Safari and Braces