



### Información del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
Idioma Materno \_\_\_\_\_ Segundo Idioma \_\_\_\_\_  
En el caso de una emergencia, ¿a quién debemos llamar?  
Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
¿Cómo se enteró de nuestra oficina?  Nuestra Página Web  Pagina Web del Seguro  Google/Internet  Facebook/Instagram  
 Amigo/Pariente \_\_\_\_\_  Hermano(a) \_\_\_\_\_  Paciente de regresó \_\_\_\_\_  
 Otro Doctor \_\_\_\_\_  Otros \_\_\_\_\_

### Información de los Padres / Tutores

Padre  Padrastra  Tutor  
Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ \* De proporcionar su correo está de acuerdo con recibir información sobre su cuenta y citas  
  
 Mama  Madrastra  Tutora  
Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ \* De proporcionar su correo está de acuerdo con recibir información sobre su cuenta y citas

### Información de Seguro Dental

#### COBERTURA PRINCIPAL

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Número del Trabajo \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Número de Identificación # \_\_\_\_\_ Número del Grupo/Póliza #: \_\_\_\_\_

## Historia Dental

Motivo de esta visita:

- Chequeo y limpieza    Caries Dental    Lesiones en la boca    Dolor de dientes    Dientes torcidos    Hábitos orales  
 Otros \_\_\_\_\_

Última visita al dentista y Razón \_\_\_\_\_ Nombre del Dentista \_\_\_\_\_

¿Tuvo alguna experiencia dental negativa? \_\_\_\_\_

Cómo cree que su hijo se comportara durante esta visita?:  Amigable  Feliz  Ansioso  Tímido  Con miedo  Resistente

## Historia Médica

¿Pediatra del Paciente? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Está el niño bajo el cuidado del médico ahora? -----  No  Si (explique) \_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos? -----  No  Si(explique) \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado hospitalizado? -----  No  Si(explique) \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido cirugía? -----  No  Si(explique) \_\_\_\_\_

¿Tiene alergia a algún Medicamento/Alimento/Metal/Látex/Otros?  No  Si(explique) \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo alguna historia de:

- |                                       |   |  |   |
|---------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia       | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca               | <input type="checkbox"/> Bebé Prematuro           |
| <input type="checkbox"/> Asma         | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática   | <input type="checkbox"/> Problemas con la Anestesia        | <input type="checkbox"/> Defecto Congénito        |
| <input type="checkbox"/> Autismo      | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco     | <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado si se corta   | <input type="checkbox"/> Alergias de Estación     |
| <input type="checkbox"/> TDAH         | <input type="checkbox"/> Diabetes           | <input type="checkbox"/> Hepatitis / Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal         |
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH   | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down   | <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea alta / baja     | <input type="checkbox"/> Problemas de Audición    |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Desorden Sanguíneo | <input type="checkbox"/> Trastornos de oído/ojos/ nariz    | <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia    | <input type="checkbox"/> Tuberculosis       | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides         | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar      |
| <input type="checkbox"/> Cáncer       | <input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico   | <input type="checkbox"/> Embarazo                          | <input type="checkbox"/> Otros                    |

Comentarios \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Reconocimiento de la Información del Paciente/ Autorización para la Evaluación Inicial

De mi conocimiento la información que he dado es correcta. Sobreentendiendo que se guardara la más estricta confidencialidad, y es de mi responsabilidad de informar a esta oficina de cualquier cambio del estado de salud del niño. Yo autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para la visita inicial de mi hijo. Cualquier servicio dental requerido, será explicado y autorizado por mí después de la evaluación inicial.

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Política Financiera de la Práctica

Nos comprometemos a proporcionar a su hijo la mejor atención posible y estamos encantados de revisar nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su clara comprensión de nuestra política financiera y de seguros es importante para nuestra relación profesional.

**1.-VERIFICACIÓN DE SEGUROS:** Para su conveniencia, vamos a verificar los beneficios que su seguro le otorga antes de su primera cita como paciente nuevo, así como en cualquier momento que usted nos notifique de un cambio en su cobertura. Las compañías de seguros no garantizan el pago basado en la información que nos proporciona. Usted es en última instancia, responsable de conocer si hay periodos de espera para realizar el tratamiento. Los montos en los planes de tratamiento que no estén cubiertos por su seguro, son su responsabilidad financiera. Por favor, mantenga su información del seguro actualizada, mediante notificación de cualquier cambio en el empleo, la cobertura de seguros, etc.

**2.-PAGO:** El pago es realizado el día que se hace el servicio. El adulto que acompaña a un menor de edad y / o el padre (o tutor del menor) es responsable por el pago al final de dicha cita, si queda un saldo pendiente después del pago del seguro de una visita anterior, usted deberá pagar esta cantidad también.

**3.-CAMBIOS EN DATOS PERSONALES:** Los cambios en su dirección o números de teléfono debe ser mantenido al día con nuestra oficina.

**4.-SALDOS:** Si el saldo de su cuenta es superior a 60 días, usted recibirá una notificación informándole de que su cuenta esta vencida y que, si usted no paga su saldo o hace un plan de pago en el plazo de 10 días, su cuenta será entregada a una agencia de colecciones. Si esto sucede, una tasa de rescate (actualmente 39% del saldo) se sumará al saldo de su cuenta. La agencia de cobro reportara cualquier saldo pendiente de pago a las agencias de crédito principales.

**5.- SEGURO:** Yo certifico que estoy cubierto por el seguro y traspaso directamente a la Dra. Mendoza todos los beneficios del seguro, autorizo que mi seguro pague por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo a la doctora a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma para solicitar al seguro el pago de todo tratamiento realizado.

**6.-CANCELACIONES DE LAS CITAS:** Le pedimos que haga la cancelación de una cita con un mínimo de **48 horas** de anticipación. En caso de una segunda cancelación sin previo aviso de 48 horas, una tarifa de **\$25** por anulación será aplicada ("si no se presenta"). Los \$25 se pondrán en su cuenta, y no se les permitirá hacer otras citas para los miembros de su familia hasta que esta deuda sea pagada. Si usted cancela sin previo aviso de 48 horas para una cita de hospital, o nombramiento de sedación, se le cobrará una tarifa de \$50. Además, si un paciente es más de 20 minutos tarde sin previo aviso para una cita programada, esto consideramos una cita faltada y se cobrará el cargo por cancelación de \$25.

**He leído y entiendo la política financiera de la práctica y estoy de acuerdo en obligarse por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo que tales términos pueden ser modificados de tiempo en tiempo por la práctica.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## ACUERDO PARA RECIBIR COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Correo electrónico y comunicación del mensaje de texto

Estoy de acuerdo que Mangum Park Dentistry for Children puede comunicarse conmigo electrónicamente por mensajes de correo electrónico o texto al correo electrónico dirección y celular para la oficina. Soy consciente de que hay cierto nivel de riesgo que terceras partes podrían ser capaces de leer mensajes de correo electrónico sin cifrar. Entiendo que se apliquen cargos de mensaje de texto desde mi teléfono celular proveedor. Soy responsable de Mangum Park Dentistry for Children con todas las actualizaciones a mi correo electrónico dirección y el número de teléfono celular. Puedo retirar mi consentimiento a comunicaciones electrónicas en la escritura o enviándonos un correo electrónico con la solicitud de retiro.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Reconocimiento de haber recibido el Comunicado De Privacidad de la Practica

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica. Estos derechos se me dado bajo la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento que autorizo a utilizar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directa o indirecta por otros proveedores de salud involucrados en mi tratamiento);
- Obtener el pago de los terceros pagadores (p. ej. mi compañía de seguros);
- Las operaciones diarias del cuidado de la salud de su práctica.

También he sido informado de y teniendo en cuenta el derecho de revisar y asegurar una copia de su aviso de privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud protegida y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo contactarte en cualquier momento para obtener la copia más reciente de este aviso.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo mi información de salud es utilizada y revelada para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de atención médica, pero que no están obligados a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si usted está de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurrieron antes de la fecha de que revocar este consentimiento no se ve afectada.

Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Se intentó obtener el reconocimiento escrito de la derecha para revisar y asegurar una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener reconocimiento porque:

- Individuo rehusó firmar
- Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otros (Especificar)

Nombre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Comunicado de Privacidad de la Practica

### NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por ley federal y estatal de mantener la privacidad de su información médica. También se nos exige que le demos este Comunicado acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos con respecto a su información de salud. Debemos respetar las prácticas de privacidad que se describen en este Comunicado mientras este en vigencia. Este Comunicado se hace vigente con su firma, y permanecerá válido hasta que lo cambiemos. Usted puede solicitar una copia de nuestro Comunicado en cualquier momento.

### USOS Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE SALUD

Nosotros usamos y divulgamos información sobre su salud para tratamientos, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

**Tratamiento:** podemos usar o divulgar su información de salud a un médico o profesional de la salud que le proporcione tratamiento a usted.

**Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le hayamos proporcionado.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su información de salud para nuestras operaciones de atención médica.

**Su Autorización:** Además de nuestro uso de su información médica para tratamientos, pago u operaciones de salud, nos puede dar una autorización escrita para utilizar su información médica o revelarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocarla por escrito en cualquier momento.

**Personas que intervienen en su cuidado:** Se puede usar o revelar información médica para notificar o ayudar en la notificación (incluyendo la identificación o localización) a un miembro de la familia, a su representante legal u otra persona responsable de su cuidado, para su ubicación, para ver por su estado general, o en caso de muerte. Si usted está presente antes del uso o divulgación de su información de salud, esto le proporcionara la oportunidad de oponerse a tales usos o revelaciones. En caso de incapacidad o circunstancias de emergencia, revelaremos su información de salud utilizando nuestro criterio profesional, revelando a las personas involucradas en su atención médica, solamente la información de salud que es relevante. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia haciendo inferencias razonables, siempre pensando en su bienestar al permitir a una persona de recoger sus recetas médicas, medicamentos, radiografías, u otras formas similares de información de salud.

**Marketing de Servicios Relacionados con la Salud:** No usaremos su información de salud para las comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito.

**Requerido por la Ley:** Podemos usar o divulgar su información médica cuando sea requerido por la ley.

**Abuso o Negligencia:** Podemos revelar su información de salud a las autoridades correspondientes si consideramos que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud con el fin de evitar una amenaza grave para su salud o su seguridad o la de los demás.

**Seguridad Nacional:** Podemos revelar a las autoridades militares de la salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a la institución correccional o al funcionario policial que tenga la custodia legal de la información de salud de un presidiario, o paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas).

### Derechos del Paciente

**Acceso:** Usted tiene acceso y derecho a mirar o a obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información médica con un cargo adicional.

**Auditoría de las Revelaciones:** Usted tiene el derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios de negocios hayamos divulgado su información médica para propósitos distintos al tratamiento, pagos, operaciones de atención médica u otras actividades. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo para responder a estas solicitudes adicionales.

**Restricción:** Usted tiene el derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales en nuestro uso de la divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

### PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o inquietudes, por favor póngase en contacto con nosotros. Si le preocupa que pudiéramos haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud, usted puede quejarse con nosotros. También puede presentar una queja por escrito a los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar su queja con el Departamento de EE.UU. de Salud y Servicios Humanos bajo petición.

Nosotros apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. Nosotros no tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos.