



Para poder servirle mejor, por favor llene los siguientes formularios de la mejor manera posible.  
Si tiene preguntas, no dude en hacérselo saber. ¡Gracias por elegir nuestro consultorio!

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ FDN (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_

Sobrenombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ # Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Hispano/latino  No hispano/no latino  Prefiero no decir      Sexo:  Hombre  Mujer  Otro  No definido

Raza:  Blanco  Negro/afroamericano  Indio americano  Asiático  Nativo de Hawái  Nativo de islas del Pacífico  
 Otro  Prefiero no decir

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer que lo haya recomendado con nosotros?  
(Por favor, marque todas las que apliquen).

Médico de atención primaria \_\_\_\_\_

Dentista general \_\_\_\_\_

Amigo/familiar \_\_\_\_\_

Escuela/guardería \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? (Por favor, marque todas las que apliquen).

Redes sociales

Google/sitio web

Directorio de seguros

Iba pasando frente al consultorio/letrero

Cartel publicitario

Periódico o artículo en revista/anuncio

Escuela/guardería

Evento comunitario/festival

Comercial o video

Otro \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE LA MADRE/MADRE ADOPTIVA/TUTOR (Madre/tutor)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_ # Seguridad social: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del niño): \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DEL PADRE/PADRE ADOPTIVO/TUTOR (Padre/tutor)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_ # Seguridad social: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del niño): \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## SEGURO DENTAL PRIMARIO:

Aseguradora: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ # Seguridad social: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ ID del suscriptor: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_

## SEGURO DENTAL SECUNDARIO:

Aseguradora: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ # Seguridad social: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ ID del suscriptor: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA APLICACIÓN DE FLÚOR**

La mayoría de las aseguradoras cubren el tratamiento con flúor dos veces al año; sin embargo, algunas solo pagan una aplicación por año.

**POR FAVOR, ESCOJA (1) DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:**

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que se aplique un tratamiento con flúor DOS veces al año. Estoy de acuerdo con que, si mi aseguradora no paga por la segunda aplicación, yo soy financieramente responsable por el pago.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que se aplique un tratamiento con flúor solo UNA VEZ al año.

Yo, \_\_\_\_\_, no deseo que se le aplique a mi hijo(a) un tratamiento con flúor en ningún momento.

**DISPOSICIONES FINANCIERAS/CONVENIO DE ASEGURAMIENTO**

Autorizo al dentista a entregar a terceros pagadores y/u otros profesionales de la salud cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de tratamiento o revisión realizados a mi hijo(a) durante el periodo de atención. Comprendo que mi aseguradora puede pagar menos que el monto de la factura real por concepto de servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados a mi dependiente. Estoy de acuerdo en ser responsable de todos los gastos en los que se incurra en el intento por cobrar estas cuotas.

En lo referente a un saldo pendiente vencido (según se especifique en una factura), que no se pague dentro de los 28 días a partir de la fecha mensual de facturación, se calculará un cargo moratorio de 15% por cada mes. Comprendo que no mantener esta cuenta al corriente puede dar como resultado que mis hijos no puedan recibir servicios odontológicos adicionales, excepto emergencias dentales o cuando exista un prepago por concepto de servicios adicionales. En el caso de que se incurra en la falta de pago de esta cuenta (vencimiento del pago de más de 60 días), estoy de acuerdo en pagar por costos adicionales de cobro (33% del saldo no pagado), gastos de envío, cuotas por concepto de abogado y juzgados en las que se incurra al intentar cobrar esta cantidad o cualquier saldo futuro pendiente.

Por este conducto, autorizo al consultorio que se ponga en contacto con los números telefónicos designados y/o la dirección de correo electrónico que se incluye en la cuenta del paciente. Con esta autorización, puede dejarse un mensaje/comunicación donde se indique el horario y la fecha de la cita, recordatorios, saldos vencidos y/o los copagos estimados para futuras consultas.

Persona financieramente responsable de la cuenta  Yo  Otro \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor

Fecha

Niño en cuidado tutelar. Los niños, los jóvenes y los padres adoptivos no firmarán

Iniciales del personal \_\_\_\_\_

## RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

POR FAVOR, LEA LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS CUIDADOSAMENTE:

**Propósito del consentimiento:** al firmar este formulario, usted dará su consentimiento para que utilicemos y divulguemos su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica. También acepta que se le ha dado acceso a una copia del Aviso sobre Políticas de Privacidad de la compañía.

**Aviso sobre Políticas de Privacidad:** usted tiene derecho a leer nuestro Aviso sobre Políticas de Privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestros tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgación que podemos llevar a cabo de su información de salud protegida y otros asuntos importantes relacionados con su información de salud protegida y sus derechos como paciente bajo las HIPAA. Lo animamos a que lo lea detenidamente y en su totalidad antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas de privacidad según se describen en nuestro Aviso de Políticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras políticas de privacidad, emitiremos un Aviso de Políticas de Privacidad revisado que contendrá los cambios. Dichos cambios pueden aplicarse a cualquier información de salud protegida que tengamos en nuestro poder.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de Políticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión realizada a nuestro aviso, en el consultorio dental, en nuestro sitio web o poniéndose en contacto con nuestro Funcionario de Privacidad, en cualquier momento.

**Contacto:** Jim DeFruscio

**Teléfono:** 484-787-2943

**Correo electrónico:** [privacy@ChildrensDentalHealth.com](mailto:privacy@ChildrensDentalHealth.com)

**Dirección:** 200 Willowbrook Lane, Suite 220, West Chester, PA 19382

**Derecho a revocar:** Usted tendrá el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento si nos entrega un aviso por escrito de su revocación y se entrega a la persona de contacto arriba mencionada. Por favor, comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que hayamos tomado en función de este consentimiento antes de que recibiéramos su revocación y que podemos declinar tratar a su hijo(a) si usted revoca este consentimiento.

He tenido plena oportunidad de leer y reflexionar sobre el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de Políticas de Privacidad. Comprendo que, al firmar este formulario de consentimiento, estoy otorgando mi consentimiento para que utilicen y divulguen mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

**Si este consentimiento lo firma un representante personal en beneficio del paciente, llene la siguiente información:**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre del representante personal:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

STED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE SUS DOCUMENTOS DESPUÉS DE HABER SIDO FIRMADOS.

**HISTORIAL MÉDICO**

Médico del niño: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Última cita: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) se encuentra actualmente bajo el cuidado de algún doctor por algún problema médico?  Sí  No

Si es así, por favor, describa: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) toma actualmente algún medicamento?  Sí  No

Si es así, por favor, describa: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha sido hospitalizado(a) alguna vez para que se le realice alguna cirugía?  Sí  No

Si es así, por favor, describa: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene alergia a algún alimento o medicamento?  Sí  No

Si es así, por favor, describa: \_\_\_\_\_

¿Su hija está embarazada?  Sí  No

¿Su hijo tiene antecedentes de alguno de los siguientes padecimientos?

SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas auditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer/tumores
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas cardiacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas en el habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia/terapia con radiación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia o sensibilidad a la anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TDA/TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo/Asperger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas hemorrágicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temperatura elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mandíbula fracturada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA/ARC/VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos sanguíneos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Daño cerebral/concusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compromiso de riñón/higado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial elevada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prótesis artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historial de transfusión de sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nacimiento prematuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento congénitos					Si respondió afirmativamente, anote la fecha de la transfusión: _____	

¿Hay algo más en lo relacionado con la salud física, mental o emocional de su hijo(a) que considera deberíamos saber?

 Sí  No

Si responde afirmativamente, por favor, describa: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL ODONTOLÓGICO**¿Es esta la primera visita de su hijo(a) a un dentista?  Sí  No

Dentista anterior: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha última consulta: \_\_\_\_\_

Fecha últimos rayos X: \_\_\_\_\_

Razón de la consulta de hoy: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha sufrido alguna lesión en los dientes o la mandíbula? (Caídas, golpes, astillas, etc.)  Sí  No

¿Su hijo(a) tiene historial de alguna de las siguientes opciones?: (Por favor, marque todas las que se apliquen).

 Chuparse los pulgares Chuparse los labios Chupón Chuparse los dedos Morderse las uñas¿Su hijo(a) ha experimentado alguna reacción desfavorable relacionada con atención médica o dental previa?  Sí  No

Si es así, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Cuál cree que será la actitud de su hijo(a) hacia el dentista? \_\_\_\_\_

Edad del niño(a) cuando dejó el biberón o de lactar: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista familiar: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL ODONTOLÓGICO PREVENTIVO**¿Con cuánta frecuencia se lava los dientes su hijo(a)? \_\_\_\_\_ ¿Alguien supervisa su lavado de dientes?  Sí  No

Si es así, ¿quién lo hace y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Utiliza hilo dental?  Sí  NoSu hijo recibe:  Flúor en vitaminas  Tabletas/gotas de flúor  Agua fluorada  Ninguno

Si respondió afirmativamente, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA QUE OTRAS PERSONAS ACOMPAÑEN AL NIÑO A LAS CITAS DENTALES**

Comprendemos que puede haber momentos en los que usted no pueda asistir a la cita dental de su hijo(a). Con el fin de ayudar a que su consulta sea lo más pronta y agradable posible, por favor proporcione la siguiente información:

Yo, \_\_\_\_\_, por este conducto, otorgo a la(s) siguiente(s) persona(s) mi permiso para que lleven a mi(s) hijo(s) a la consulta y para que tengan, en efecto, acceso a información privada sobre su tratamiento. Reconozco que durante el curso del tratamiento hay circunstancias no previstas que pueden requerir procedimientos adicionales o distintos a los discutidos. Por este medio autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a que otorgue(n) su consentimiento para la realización de cualquier procedimiento adicional que se considere necesario o deseable para la salud oral y el bienestar de mi hijo(a) según el juicio profesional de los dentistas. Autorizo a la compañía y a sus empleados que discutan toda la información dental y médica con la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre de la persona \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la persona \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la persona \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha