

AMERICAN CANYON PEDIATRIC DENTISTRY

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre completo del niño: _____ Nombre: _____ Hombre Femenina

Fecha de nacimiento: _____ Años: _____

Dirección: _____ Ciudad/estado: _____ Código postal de _____

Número de teléfono de casa: () _____

La escuela actual: _____ Grado _____ Intereses: _____

Por favor indique cualquier otro hermanos en nuestra oficina: _____

Quien debemos agradecer refiriéndose a te?: _____

PADRE/GUARDIÁN LEGAL(GL) INFORMACIÓN

Nombre del padre/GL: _____ Relación con paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de seguridad social: _____

Dirección: (si es diferente de paciente) _____ Ciudad/estado: _____ Código postal de _____

Mejor número: () _____ Inicio móvil trabajo

Empleador: _____ Número de trabajo: () _____

Correo electrónico principal: _____

Nombre del padre/GL: _____ Relación con paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de seguridad social: _____

Dirección: (si es diferente de paciente) _____ Ciudad/estado: _____ Código postal de _____

Mejor número: () _____ Inicio móvil trabajo

Empleador: _____ Número de trabajo: () _____

Correo electrónico principal: _____

SEGURO DENTAL

1) Tenedor de una póliza: _____

Numero de seguridad social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Compañía aseguradora: _____ Grupo número: _____

2) Tenedor de una póliza: _____

Numero de seguridad social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Compañía aseguradora: _____ Grupo número: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre de contacto: _____ Relación: _____ Número de teléfono () _____

Nombre de contacto: _____ Relación: _____ Número de teléfono () _____

HISTORIA CLÍNICA

Medico/doctor: _____ Numero de teléfono () _____

¿Su hijo es corriente en sus vacunas? Si No

Por favor una lista de medicamentos que su niño está tomando: _____

Por favor indique cualquier alergia que el niño tiene (incluyendo medicamentos): _____

Y N ADD/ADHD	Y N Retrasos en el desarrollo	Y N Vejiga riñón enfermedad
Y N Anemia	Y N Diabetes	Y N La enfermedad hepática
Y N Ansiedad, depresión	Y N Síndrome de Down	Y N Malignidades
Y N Asma	Y N Epilepsia/convulsiones	Y N La artritis reumatoide
Y N Autismo/Asperger	Y N Desmayos	Y N Cuestiones sensoriales
Y N Cerebral Parálisis	Y N Problema del corazón	Y N Discurso demora
Y N La Sinusitis crónica	Y N Soplo en el corazón	Y N Problema de la tiroides
Y N Sordos/ciegos	Y N VIH/SIDA	Y N Tuberculosis

Por favor indique hospitalizaciones ni cirugías: _____

Información médica adicional: _____

HISTORIA DENTAL

Y N ¿Es esta visita dental 1 de su hijo? Si no, ¿Cuándo fue su última visita? _____ ¿Se tomaron radiografías? _____	Y N ¿su hijo tiene cualquier hábito? (Pulgar chupando chupete, etcetera.) _____
Y N ¿Tiene su niño ha tenido una mala experiencia?	Y N hace su hijo beben zumo/refresco? Si es así, cómo mucho de un día? _____
Y N ¿Lo hizo su hijo enfermera o uso una botella después de 12 meses?	Y N hace su niño merienda con frecuencia a lo largo de el día?
Y N ¿Hizo/hace su hijo enfermera uso una botella durante la noche?	Y N tiene su hijo tenía un dolor de muelas o cualquier tipo de dolor oral recientemente?
Y N ¿No ayudar a su niño cepillarse? Cómo con frecuencia cepilla los dientes? _____	Y N ha su hijo tuvo una lesión dental? (Golpea, está picado, molido etc.) _____

Tipo de fuente de agua: agua potable sistema privado bueno filtrada embotellada agua

Propósito de la visita de hoy: _____

A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, LAS RESPUESTAS QUE HE DADO SON PRECISAS. ENTIENDO QUE ES IMPORTANTE PARA INFORMAR DE CAMBIOS EN EL ESTADO MÉDICO O DENTAL DE MI HIJO AL DENTISTA, Y ESTOY DE ACUERDO EN HACERLO. AUTORIZO AL DENTISTA PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL DE MÉDICO DE MI HIJO SUS ANTECEDENTES NECESARIOS PARA TRATAMIENTO DENTAL PROVIED.

Padre/Guardian legal firma _____ Fecha: _____

POLÍTICA FINANCIERA

CITA DE REPROGRAMACIÓN / ROTA:

Citas rotas o llegadas tarde representan un costo no sólo a nosotros, pero a usted, así como otros pacientes que podrían se han visto en el tiempo que reservamos para ti. Las cancelaciones son solicitados 24 horas hábiles antes de la cita. Si no oímos de usted dentro de ese marco de tiempo y usted no se presenta a la cita sin previo aviso de 24 horas, **una reprogramación de cuota de \$25 se aplicará a su cuenta.** _____ Inicial

POLÍTICA FINANCIERA:

Si usted tiene seguro dental, estaremos encantados de su reclamo para usted. Usted será responsable de su copago en cada cita. Si no tienes seguro dental, pago de servicios profesionales son debido al tiempo de servicio. Debe estar familiarizado con sus propios beneficios de seguro. Por la ley, la compañía de seguros está obligada a pagar cada reclamo dentro de 30 días hábiles de la recepción. Por favor, comprenda que nosotros presentar las reclamaciones dentales como cortesía a nuestros pacientes. No somos responsables de cómo su compañía de seguros maneja sus reclamaciones o para qué beneficios pagarán en una reclamación. Sólo podemos asistirle en la estimación de su porción del costo del tratamiento. Somos sólo proveedores PPO y estamos en la red con la mayoría de las compañías de seguros. En este momento, no tomamos HMO/DMO/PMI o cualquier programa de Medi-Cal, Healthy Families. Pacientes en efectivo será obligados a pagar en su totalidad cuando se prestan los servicios. _____ Inicial

Hecho 1 – seguro no paga el 100% de todos los procedimientos . Seguro dental pretende ser una ayuda para recibir atención dental. Muchos pacientes piensan que su seguro paga 90% - 100% de todos los gastos dentales. ¡Esto no es cierto! La mayoría de las compañías de seguros pagan entre un 50-80% de la tasa total promedio. Algunos pagan más, paga menos. El porcentaje pagado es generalmente determinado por cuánto usted o su empleador ha pagado por la cobertura o el tipo de contrato que su empleador ha establecido con la compañía de seguros. Para el tratamiento dental no preventivo, le pedirá que pagar 20% del tratamiento en el tiempo de servicio se procesa. _____ Inicial

Hecho 2 – beneficios no están determinados por nuestra oficina. Usted puede haber notado que a veces su compañía de seguros dental reembolsa a usted o a su dentista a una tasa menor que la tasa real de dentista. Con frecuencia, las compañías de seguros del estado que el reembolso se redujo porque el cargo de odontólogo supera la tasa habitual, acostumbrada o razonable (UCR tasa) utilizada por la empresa. Una declaración como ésta da la impresión de que cualquier pago superior al importe pagado por la compañía de seguros es razonable o muy por encima de lo que mayoría dentista en la carga de la zona para un servicio de. Esto puede ser muy engañoso y simplemente no es exacto. Las compañías de seguros establecer sus propios horarios y cada empresa utiliza un conjunto diferente de las tasas que consideren razonables. _____ Inicial

OFICINA DE PAGOS

Aceptamos efectivo, cheques personales y la mayoría de tarjetas de crédito. Hay un **cargo de servicio de \$25 por cheques devueltos todos.** Si es necesario enviar su cuenta a una agencia de colecciones, usted será responsable por el honorario cobrado por la Agencia de colección por costo de colecciones además del monto de la factura. Si tu cuenta entra en colecciones en cualquier momento, todas las visitas futuras deben pagarse en su totalidad con dinero en efectivo o tarjeta de crédito en el momento del servicio. _____ Inicial

Lo más importante, por favor nos mantengan informados de cualquier cambio seguro como nombre de Directiva, compañía aseguradora, dirección o empleo.

Atención DENTAL de seguimiento Ningún médico puede hacer garantías sobre el éxito del tratamiento. Creemos que para aumentar las posibilidades de su hijo de mucho éxito a plazo, usted debe seguir con revisiones periódicas cada 6 meses, completar el tratamiento propuesto, cepillo y seda dental dos veces al día y fomentar una dieta adecuada. Al hacer esto, están dando al niño la mejor oportunidad posible para lograr la salud a largo plazo.

Padre/ Guardian legal firma _____ Fecha: _____
El nombre del niño _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES DE GENERALES

Como padre del paciente / tutor legal tiene el derecho de aceptar o rechazar tratamiento dental recomendada por los dentistas en American Canyon Pediatric Dentistry. Antes de consentir al tratamiento, debe considerar cuidadosamente los beneficios anticipados y riesgos comúnmente conocidos del procedimiento recomendado, tratamiento alternativo y la opción de no tratamiento.

No consentir al tratamiento a menos que y hasta que usted discutir posibles beneficios, riesgos y complicaciones con el dentista de su hijo. Queremos que todas tus preocupaciones se abordan. Por su consentimiento para el tratamiento, están reconociendo su voluntad de aceptar riesgos y complicaciones, no importa pequeña la probabilidad de ocurrencia.

Es muy importante que usted proporcione *Dr. Rochelle Manangkil* con información precisa antes, durante y después del tratamiento. Es igualmente importante que sigas los consejos de nuestro médico. Y recomendaciones con respecto a la medicación, las instrucciones de tratamiento pre y post operatorio, remisiones a otros dentistas o especialistas y volver a las citas programadas. Si usted no sigue los consejos del médico, puede aumentar las probabilidades de un resultado pobre.

Lea e inicial de los elementos el abajo y la parte inferior del formulario.

1. tratamiento a ser suministrado: entiendo que durante el curso de mi hijo del tratamiento podrán ser siempre exámenes, servicios preventivos (flúor, Sellantes y mantenedores de espacio), coronas y restauraciones (obturaciones), radiografías (rayos x). Yo se consultará antes de cada cita.

___ INICIAL

2. drogas y medicamentos: entiendo que antibióticos, analgesia, agentes anestésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, prurito, vómitos o choque anafiláctico (reacción alérgica grave).

___ INICIAL

3. cambios en el plan de tratamiento: entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones que encontró mientras trabajaba en los dientes que no fueron descubiertos durante el examen. Los cambios más comunes son tratamiento de conducto radicular y extracción, siguiendo la rutina procedimientos restauradores. Doy mi permiso al dentista de mi hijo para hacer cualquier cambio y adiciones según sea necesario. Entiendo que se consultará sobre los cambios siempre que sea posible.

___ INICIAL

Padre/ Guardian legal firma _____ Fecha: _____
El nombre del niño: _____

AVISO DE PRIVACIDAD PRÁCTICAS AGRADECIMIENTOS

Entiendo que bajo el Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (**HIPAA**), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a información de salud protegida de mi hijo. Entiendo que esta información puede y será usado para:

1. Dirigir, planificar y dirigir el tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento, directa o indirectamente de mi hijo.
2. Obtener los pagos de terceros pagadores.
3. Realizar las operaciones normales de la salud tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médico.

Reconozco que he recibido el aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de usos y divulgaciones de información de salud de mi hijo. Entiendo que esta organización tiene el derecho a modificar su aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo contactar con esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo pedir, por escrito, que la oficina puede limitar qué información privada de mi hijo es usada o divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que el consultorio dental no está obligado a aceptar mi pedidas restricciones. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento excepto en la medida en que ya hemos actuado cubiertos bajo su consentimiento.

Si decido revocar ese consentimiento, yo debo hacerlo por escrito.

Información de contacto:

El nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Podemos contactar en: Inicio trabajo móvil

Por favor una lista de las personas con quien podamos discutir información sanitaria de su hijo: ____

Por favor indique las personas podemos revelar información médica, incluyendo recoger recetas: mismo como arriba ____

Por favor una lista de las personas que somos **no** permitidas divulgar cualquier información a: ____

¿Si es necesario, podemos contactar a su pediatra? Si No

Padre/ Guardian legal firma _____ Fecha: _____

El nombre del niño: _____



AUTORIZACIÓN DE PACIENTE PARA USO DE LOS MEDIOS

Esta autorización de paciente para uso de los medios es siempre American Canyon Odontopediatría consultorio dental, en American Canyon, CA, con respecto a la persona siguiente a fotografiar, vídeo grabado, entrevistado o de lo contrario capturado en un dispositivo de medios:

Nombre del paciente:

Nombre del tutor (si el niño es menor de 18 años): ____

Estoy de acuerdo en otorgar, asignar y transmitir a American Canyon Odontopediatría cualquier todavía o película o grabación de audio de la sesión de fotografía o de la entrevista de hoy.

Estoy de acuerdo en autorizar irrevocablemente American Canyon odontología pediátrica a su discreción, de forma gratuita y sin limitación, a fotografiar, grabar, publicar o copiar otro modo dicho material y a difundir, mostrar, reproducir, editar, exhibir y distribuir el material y cualquier obra derivada crea con él, en televisión, cable, internet o cualquier otro medio de comunicación ya existente o creado en lo sucesivo.

Esta autorización incluye explícitamente el registro y uso de mi imagen, nombre, imagen, voz o información biográfica para difusión broadcast, transmisión, distribución, publicación o exposición de American Canyon odontología pediátrica. No tengo ningún derecho a la remuneración derivada de la utilización de estas imágenes o esta entrevista.

Los materiales utilizados son mis propia por que tengo plena autoridad para conceder los derechos enunciados en este documento. Esta autorización de paciente para uso de los medios reemplaza todos los acuerdos anteriores relacionados con su objeto y no puede modificarse sin el previo acuerdo de un representante autorizado de American Canyon odontología pediátrica.

Doy mi consentimiento para tener la foto de mi hijo.

Rechazo a tener foto de mi hijo.

Padre/ Guardian legal firma _____ Fecha: _____

El nombre del niño: _____

Testigo: _____