

Jordan Landing Pediatric Dentistry

Informacion de Paciente

Fecha: _____

Nombre de niño/a _____

Sexo: M F Apellido _____ Nombre _____ I _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Diminutivo: _____

En Caso de Emergencia: _____
Nombre _____ Telefono _____ Relacion _____

Persona Responsable del pago de esta cuenta

Persona Responsable: _____ SS#: _____
Apellido _____ Nombre _____ I _____

Relacion con el Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Telefono: _____ Celular: _____

Dirección: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Dirección: _____ Teléfono de Trabajo: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Informacion del Seguro

Nombre del Titular de Poliza : _____ SS#: _____
Apellido _____ Nombre _____ I _____

Nombre de la Compania de Seguro: _____ Fecha de Nacimiento : ____/____/____

Telefono del Seguro #: _____ Poliza #: _____

Grupo #: _____ Relacion con el Paciente: Si mismo Padre o Madre Otro: _____

Informacion del Seguro Secundario

Nombre del Titular de Poliza : _____ SS#: _____
Apellido _____ Nombre _____ I _____

Nombre de la Compañía de Seguro: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Telefono del Seguro #: _____ Poliza#: _____

Grupo #: _____ Relacion con el Paciente: Si mismo Padre o Madre

Otro: _____

A quien le agradecemos la referencia

Paciente Oficina Dental Paginas Amarillas Bolantes/Propaganda Compania de Seguro Banner

Otro _____
Nombre de referencia: _____

Nombre De Paciente: _____

Fecha del ultimo examen Dental _____ For what Service _____

Se ha quejado su niño/a de algún problema dental?..... S N Su niño/a toma fluoruro en alguna forma?..... S N

Su niño/a cepilla sus dientes a diario?..... S N Se ha golpeado su boca, cabeza o dientes ? S N

Su niño/a usa hilo dental a diario?..... S N Ha tenido una mala experiencia dental?..... S N

Algun habito bucal: Se chupa el dedo, muerda las uñas, chupon, respirar por la boca, dormir con el biberon, etc. S N

: Si tiene algun habito describalo: _____

Historial Medico:

Pediatra _____ Ciudad/Estado _____ Telefono _____

Fecha del ultimo exámen médico _____ Resultados _____

Su niño/a está en tratamiento medico? S N Su niño/a ha estado hospitalizado?..... S N

Su niño/a esta tomando medicina? S N Su niño/a ha tenido una cirugia?..... S N

Medicinas: _____ Cirugias: _____

Su niño/a tiene alergia a medicinas? S N Su niño/a sangra mucho cuando tiene un corte?..... S N

Alergias: _____

Su niño/a ha tenido lo siguiente ? (favor de circular todas las que aplica)

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. Anemia | 9. Tratamiento de esteróides | 17. Problemas de vista | 25. Fiebre Escarlata |
| 2. Artritis | 10. Toz persistente | 18. Alta Presion | 26. Corto de respiracion |
| 3. Defectos Congenitos del corazón | 11. Toz con sangre | 19. HIV/SIDA | 27. Salpullido |
| 4. Soplo en el corazón | 12. Diabetis | 20. Marcapasos | 28. Enfermedad de Riñones |
| 5. Problemas del corazón | 13. Convulsiones | 21. Problemas de sangrado | 29. Hepatitis |
| 6. Astma | 14. Cancer | 22. Fiebre Reumatica | 30. Enfermedad del hígado |
| 7. Problemas respiratorios | 15. Therapia de radiacion | 23. Amigdalitis | 31. Tuberculosis |
| 8. Retraso del desarrollo | 16. Quimoterapia | 24. Fuego | |

Favor de explicar lo que has circularado: _____

La informacion que he dado es corecta de acuerdo a mi conocimiento. Yo entiendo que la informacion será guardado confidencialmente, y es mi responsabilidad de informar a la oficina de cualquier cambio de información medica de mi niño/a. Yo autorizo que los empleados de Dr. Ryan Johansen, hagan cualquier servicio dental que sea necesario para mi niño/a.

Firma de Padre o Madre/Guardian _____ Fecha _____

Yo entiendo y estoy de acuerdo en lo siguiente: Yo soy responsable por todos los cargos relacionados con los servicios profesionales hechos bajo este contrato, esto puede incluir a mi mismo, mi familia, o cualquier otro individuo que yo autorize, y este contrato es relacionado con mi responsabilidad financiera se extiende a todo pasado, presente, o servicios futuros rendidos por Dr. Ryan Johansen y sus empleados a mi mismo, mi familia u otro individuo que yo halla autorizado, Yo reconozco que el seguro es un contrato entre el paciente y la compañía de seguro, Y estoy de acuerdo en pagar todo los cargos bajo este contrato no importa lo que cobra mi seguro, Yo puedo cancelar mi responsabilidad bajo este contrato si pago mi cuenta en total y si doy notificacion escrita al Dr. Johansen. Yo voy a pagar mi porcion al tiempo de servicio. Ningun contrato verbal se ha hecho y este contrato no puede ser modificado verbalmente. Yo estoy de acuerdo a pagar 18% anual en cargos mas de 90 dias del dia original, mas cargos de corte y cargos de abogados, sin o con pleito legal, contraído en coleccion un saldo pasado, y un cargo de coleccion hasta 40% del saldo debido.

Firma de Padre of Madre/Guardian: _____

Fecha: _____

Consentimiento Para el Tratamiento

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Padre o/Guardian: _____

Tratamiento:

Yo autorizo y solicito el tratamiento para mi hijo/a menor de edad o paciente, cuyo nombre aparece arriba para los siguientes servicios dentales. Examen, Relleno Restorativos, Endodoncias, Coronas, Limpieza, Aplicación de fluoruro, por el doctor en la especialidad de dentisteria pediátrica/pedodontista así como también su personal capacitado en dicha especialidad, y también sus dentistas asociados. También autorizo el uso de anestéticos locales con o sin el uso de Nitros oxide (gases de risas) tal como se describe a través de esta forma.

Reconozco que el dentista me ha explicado o me explicará la condición del paciente la naturaleza y propósito del tratamiento dental propuesto así como tratamientos alternativos. Hago constar que el dentista, si es aplicable me ha explicado cualquier aplicación de anestesia que proponga o monitoreo invasivo, también los riesgos, beneficios, y las alternativas asociadas con ellos, También entiendo que el tratamiento propuesto podría involucrar alguna posibilidad de complicaciones y que ciertas complicaciones han ocurrido durante o enseguida del tratamiento al cual estoy dando mi consentimiento. Aunque se halla empleado el mayor cuidado buen juicio y destreza yo acepto el riesgo de dichas complicaciones y la posibilidad de daño si hubiere alguno en espera de obtener los resultados y beneficios deseados del cuidado dental descrito.

Reconozco que durante el curso del procedimiento condiciones no previstas pueden requerir tratamiento adicional o diferente procedimiento del que ya se me había explicado. Así es que, autorizo y solicito que el dentista del paciente lleve a cabo cualquier procedimiento a su juicio profesional, que sea necesario y conveniente para el bienestar del paciente, sabiendo que estas alteraciones de tratamiento planeado me serán explicadas minuciosamente después de completar el procedimiento.

Citas:

Estoy de acuerdo en que mi hijo/as vuelvan cada 6 meses para una visita de chequeo y el necesario tratamiento dental durante las horas regulares de oficina y que hagan una cita hasta que sea completado el tratamiento dental necesario. Entiendo que si no pago los honorarios correspondientes o no asisto a más de dos citas mi niño será rechazado como paciente de esta clínica dental se me referirá a otro dentista pediátrico calificado para continuar el cuidado dental de mi hijo/a. **Si necesito cancelar o cambiar una cita estoy de acuerdo en llamar con 48 horas de anticipación. Si no llamo con 48 horas de anticipación estoy de acuerdo en pagar \$50.00 de cancelación.**

Manejo de Comportamiento: (Vea al reverso)

Por este medio hago constar que he leído y comprendido la información de esta forma y que todas las preguntas acerca del manejo de comportamiento serán o han sido contestadas en una manera satisfactoria. Entiendo que tengo el derecho de que me provean con respuestas a las preguntas que puedan surgir en cualquier momento durante el curso del tratamiento de mi hijo/a menor. Entiendo que el Dr. Johansen y asociados, no harían uso de restringimiento pasivo como se definió a través de esta página sin mi consentimiento y se me pediría ayudar con este restringimiento pasivo.

Records:

Consciente que se tomen Radiografías (Rayos X), fotografías e Impresiones dentales cuando sean recomendadas para el diagnóstico y planes de tratamiento, y estoy de acuerdo en que el Dr. Johansen use esos materiales para propósitos educativos incluyendo seminarios de instrucción, publicación de literatura y publicación de métodos y técnicas de dentistería pediátrica. Entiendo que serán tomadas estrictas medidas para mantener el anonimato de mi hijo/a y que el Dr. Johansen obtendrá permiso verbal antes de usar cualquiera de los records arriba mencionados para dichos propósitos educativos.

Entiendo que todos los records dentales originales son propiedad de Jordan Landing Pediatric Dentistry, PC y no pueden ser sacados o enviados fuera de su oficina. Copias de records no serán entregados o mandados a otro dentista o Doctor en medicina sin una autorización expresamente escrita y autorización del padre del paciente bajo los lineamientos establecidos por HIPAA, enmendado el 15 de Abril del 2003. Entiendo que puedo obtener copias de estos records disponibles para mí dentro de los lineamientos establecidos por HIPAA.

Firma del Padre o Guardian del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____

Manejo del Comportamiento

Es nuestra meta proveer el mejor cuidado dental posible para su hijo/a y hacer que cada visita sea agradable, proveer un cuidado dental de alta calidad algunas veces puede ser difícil o aún imposible, Debido a la falta de cooperación y entendimiento de algunos pacientes pediátricos. Entre algunos comportamientos que pueden interferir con un cuidado dental apropiado son: Resistencia agresiva al tratamiento (golpes, patadas, gritos, movimientos) negarse a abrir la boca, tomando la mano del dentista o los instrumentos filosos. Se haran todos los esfuerzos para obtener la cooperacion de su niño/a empleando la cordialidad, elogios, bondad, humor y entendimiento sin embargo habra tiempos cuando los dentistas pediátricos deberan usar ciertas técnicas de manejo de comportamiento para ganarse la confianza del paciente y eliminar movimientos interruptores o peligrosos durante el tratamiento. Las siguientes técnicas de manejo de comportamiento se pueden usar con su consentimiento.

Diga-Muestre-Haga:

Diga, muestre, haga es una tecnica usada con niños ansiosos, que explica que se debe esperar de cada visita, nosotros les decimos que es lo que se va hacer, se les muestra lo que se va hacer, y entonces se hace lo que se les ha explicado que se hara. Los elogios se usan para reenforzar el comportamiento cooperativo de su niño/a.

Restringimiento:

Activo: El restringimiento activo de parte del personal dental protege al niño/a a de lesiones durante un procedimiento dental. El Dentista o asistente dental ayudara a restringir al niño/a tomándolo suavemente de la cabeza, brazos, o piernas para prevenir movimientos peligrosos durante el tratamiento. Si se necesitare mas restringimiento del que suavemente le provee el personal dental, Invitaremos a los padres a venir a ayudar a restringir o demorar el tratamiento hasta encontrar otras medidas para poder hacer el tratamiento (Sedar o administrar anestesia general).

Sedativo:

Nitrous Oxide: Nitrous oxide (gas de la risa) es administrado frecuentemente cuando el niño se vuelve ansioso, através de una mascarilla que se coloca sobre la nariz del niño, Esto le permite al paciente relajarse durante el procedimiento, pero no los hace dormir. Despues que la mascarilla se remueve los efectos del gas se esfuman en aproximadamente 5 minutos. Ha comprobado ser un medicamento seguro y efectivo el cual permite que el dentista logre hacer mas trabajo dental en un niño ligeramente ansioso.

Sedantes Orales: Los sedantes orales algunas veces se usan en niños que no pueden cooperar debido a su corta edad o su inhabilidad para entender. El niño que no coopera se le da una medicina para tomar lo hara soñoliento/a. Su niño/a puede o no puede quedarse dormido durante el procedimiento, pero se hara un cuidadoso monitoreo de la respiracion, presion sangrinea, saturacion de oxigeno y taza de latidos del corazon se hara con equipo medico apropiado para asegurar que su hijo esté protegido. Los efectos de los sedantes orales pueden durar unas pocas horas despues del procedimiento y pueden hacerse dos veces dependiendo de la cantidad de tratamiento necesario.

Sedativo Intravenoso: Sedativo por IV se recomienda cuando hay necesidad de una cirugia menor hecha en el consultorio dental (extraccion de las muelas del juicio) o cuando el niño/a necesita una cantidad extense de tratamiento. Un anesthesiologo o una enfermera anestecista pone al niño/a a dormir y muy cuidadosamente monitorea la respiracion del paciente, saturacion de oxigeno, presion sangrinea, y taza de latidos del Corazon con el apropiado equipo médico. Todo tratamiento dental es completado dentro de una a dos horas y los efectos del medicamento intravenoso pueden durar unas pocas horas despues del procedimiento.

Anestesia General: La anestesia general se usa con un niño que es incapaz de cooperar o que necesita una extensa cantidad de tratamiento o que padece de una condición médica que necesite un manejo medico cuidadoso. El anesthesiologo pone al niño a dormir en un cuarto de operaciones y coloca un tubo respiratorio dentro de la nariz del niño/a y dentro del paso de aire para permitir un patron de respiracion seguro e ininterrumpido. Todo el tratamiento dental se hace en una cita y los efectos de la anestesia general usada puede durar unas horas despues del procedimiento.

RECUERDE!!! Que el Dr. Johansen nunca usara Restringimiento o sedante sin la autorización verval del padre/guardian del paciente. Por favor sientáse en libertad de discutir cualquier pregunta o preocupacion que usted tenga con el personal de la oficina. Nuestra meta es la misma que su meta, proveer un tratamiento dental seguro y competente para su niño/a en una manera agradable. Esperamos poder servirle y trabajar con usted y su niño/a.

AVISO DE PRIVACIDAD

Este aviso describe como su informacion medica puede ser usada y reserbada y como puede tener acceso a esta informacion por favor revisele cuidadosamente.

El seguro de salud de portabilidad y responsabilidad de 1996 (HIPAA) es un programa Federal que requiere que todos los records medicos y otras informaciones de salud que identifiquen individualmente a los pacientes y que sean usados o reveladas en alguna forma, ya sea electronico, escrita o verbal, son guardadas confidencialmente. Esta acto le concede a usted como paciente nuevos y significativos derechos para entender y controlar la manera de como usar la informacion sobre su estado de salud, HIPAA provee sanciones para entidades medicas que hagan mal uso de informacion medica personal.

Tal como es requerido por HIPAA hemos preparado esta explicacion de los requerimientos para mantener la privacidad de la informacion medica del paciente y como se debe usar y reveler dicha informacion.

- Nosotros podemos usar y revelar sus records medicos solamente por cada uno de los siguientes propositos: tratamiento pago y funcionamiento del cuidado de la salud.
- Tratamiento significa proveer coordinar o manejar el cuidado de salud y servicios relacionados por uno o mas proveedores medicos un ejemplo de esto incluye el servicio de dientes.
- Pago significa actividades tales como obtener el reembolso por el servicio, adquirir confirmacion de cobertura del seguro, cobro o coleccion del pago y revisar los servicios que cubre su seguro. Un ejemplo de ello enviar un cobro a su compania de seguro dental para el pago de su visita.
- Operaciones medicas incluyen los aspectos comerciales de manejar una clínica médica tales como control de calidad y actividades de mejoramiento, auditaje, analisis de costo de manejo y servicio al cliente. Un ejemplo seria una evaluacion de calidad de servicios de manejo.

Podemos crear y distribuir informacion medica sin identificar al paciente removiendo toda informacion personal.

Le contactaremos para recordarle de su cita o informacion acerca de sus tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios relacionados con su salud que puedan ser de interes para usted.

Cualquier otro uso o revelacion de sus records seran hechos sólo con su consentimiento escrito y se nos requiere honrar y plegarnos a su voluntad escrita esperando que hemos tomado accion de acuerdo a su autorizacion.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la proteccion de su informacion médica los cuales puede ejercer presentando un requerimiento escrito al Oficial de practicas de privacidad.

- El derecho a solicitar restricciones en ciertos usos y revelaciones de informacion medica protegida por el acto de privacidad de informacion medica incluyendo los relacionados con un miembro de su familia, amigos personales, otros familiares cualquier otra persona identificada con usted. Sin embargo no se nos requiere estar de acuerdo a la restricción solicitada. Si acordamos hacer una restricción debemos permanecer en ella menos que solicites por escrito que sea removida.
- El derecho de solicitudes razonables para recibir informaciones confidenciales de informacion médica de pacientes por medios o sitios alternativos.
- El derecho a inspeccionar y copier su informacion medica protegida por el acto de privacidad.
- El derecho a enmendar su informacion medica protegida por el acto de privacidad.
- El derecho a recibir cuenta de revelaciones de informacion medica protegida por el acto de privacidad.
- El derecho a obtener una copia escrita de esta acto de parte nuestra por medio de solicitud.

Por ley se nos requiere mantener la privacidad de la informacion medica protegida y proveerles una copia de nuestros deberes legales de practicas de privacidad con respecto a informacion medica protegida por el acto de privacidad. Esta noticia es efectiva desde Marzo 19, 2003 y se nos requeriere a permanecer en los terminos de estos estatutos de práctica privada actualmente en efecto.

Nos reservamos el derecho de cambiar los terminos de esta acta de practica de privacidad y de hacer efectivas las provisiones de la nueva acta de practica de privacidad para toda la informacion protegida bajo dicha acta. Nosotros le enviaremos por correo y usted puede solicitar una copia escrita de la nueva acta de practica de privacidad a esta oficina.

Usted puede recurrir a nosotros si piensa que nuestras protecciones de privacidad han sido violadas. Tiene el derecho de presentar por escrito un copia escrita de su queja a esta oficina o puede enviar copia escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles acerca de los violaciones a las provisiones de este estatuto de acta de privacidad o plizas y procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represalias en contra suya por presentar una queja:

**The U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights
200 Independence Ave, S.W., Washington D.C., 20207
(202) 629-0257 Toll Free (877) 696-6775**