

# MATRICULA PACIENTE

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de Hogar \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_ M \_\_\_ F  
SS# \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Será contactada para recordatorios de cita

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ La Relación Familiar al Paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de Hogar \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_ M \_\_\_ F Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Civil Casado(a) \_\_\_ Soltero(a) \_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_ Separado(a) \_\_\_ Viudo(a)

## INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Señalar si no tiene SEGURO DENTAL (Información de secundario en la página de atrás)

Nombre y Apellido del Asegurado \_\_\_\_\_ La Relación Familiar al Paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de Hogar \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_ M \_\_\_ F SS# \_\_\_\_\_  
# de Póliza \_\_\_\_\_ # de Agrupa \_\_\_\_\_ El Empleador \_\_\_\_\_  
Nombre de Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ # de Teléfono de Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
Dirección De Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

## INFORMACION ADICIONAL

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_  
Teléfono de Emergencia \_\_\_\_\_  
La Relación al Paciente \_\_\_\_\_  
Farmacia Preferida \_\_\_\_\_  
El Teléfono de la Farmacia \_\_\_\_\_

## ¿Cómo se entero de nuestra oficina?

REFERIDO POR (Señalar uno):

- Doctor/Dentista \_\_\_\_\_  
 Amigo \_\_\_\_\_  
 El Personal de Amigo Children's Dental \_\_\_\_\_  
 Escuela/Servicio de Guardería Infantil \_\_\_\_\_  
 Directorio \_\_\_\_\_  
 Sitio Web \_\_\_\_\_  
 Radio \_\_\_\_\_  
 Periódico \_\_\_\_\_

**\*\*\*Como cortesía, un reclamo sera archivado a su seguro primario. La porción estimada que le corresponde al paciente, se debe cuándo recibe servicios.\*\*\***

**MATRICULA PACIENTE (CONTINUO)**

**INFORMACION DEL PACIENTE - 2<sup>nd</sup> Niño**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de Hogar \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_ M \_\_\_ F  
SS# \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE - 3<sup>rd</sup> Niño**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de Hogar \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_ M \_\_\_ F  
SS# \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE - 4<sup>th</sup> Niño**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de Hogar \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_ M \_\_\_ F  
SS# \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO  
(si aplicable)**

Nombre y Apellido del Asegurado \_\_\_\_\_ La Relación Familiar al Paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de Hogar \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_ M \_\_\_ F SS# \_\_\_\_\_  
# de Póliza \_\_\_\_\_ # de Agrupa \_\_\_\_\_ El Empleador \_\_\_\_\_  
Nombre de Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ # de Teléfono de Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
Dirección De Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_



**AMIGO CHILDREN'S DENTAL, P.A.**  
Howard H. Hunt Jr., DDS

[www.amigochildrensdental.com](http://www.amigochildrensdental.com)

# INFORMACION DENTAL

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para las preguntas siguientes, por favor señalar la respuesta apropiada y llenar la información necesaria. Sus respuestas son solamente para nuestros archivos y son consideradas estrictamente confidenciales. Sus respuestas nos ayudaran a proporcionarle una visita mas completa.

<b>INFORMACION DENTAL</b>	
¿Qué es la razón para su primera visita de niño a nuestra oficina dental?	<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Preventivo/Examen <input type="checkbox"/> Otro
¿Cria el nivel de aprensión?	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Ninguno
El Nombre del Dentista Anterior _____ Teléfono _____	¿Podemos contactar a dentista anterior para registros y radiografías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Jamás ha tenido su niño una herida a los dientes, los labios, la lengua o la barbilla en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>HECHOS DIETETICOS</b>	<b>FLUORURO Y CEPILLANDO DIENTES</b>
¿Come su niño entre comidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Toma su niño suplementos de fluoruro actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si si, en que forma? _____
¿Su niño tiene buen alimento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha recibido su niño suplementos de fluoruro en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene su niño una dieta balanceada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué bebe su niño? <input type="checkbox"/> Agua de botella <input type="checkbox"/> Agua de noria <input type="checkbox"/> Agua no-filtrada <input type="checkbox"/> Agua de ciudad
¿Qué edad fue su niño cuándo terminaron utilizar su mamila? _____ años _____ meses	¿Utiliza su niño pasta de dientes con fluoruro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Liste por favor sus bocados favoritos del niño:	¿Come su niño la pasta dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿La frecuencia en que se cepilla? <input type="checkbox"/> 1xdía, am <input type="checkbox"/> 1xdía, pm <input type="checkbox"/> 2xdía <input type="checkbox"/> Después de cada comida/un bocado
	¿Qué tipo de cepillo de dientes utilice su niño(a)? <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Eléctrico <input type="checkbox"/> Trapa <input type="checkbox"/> Otro
	¿La frecuencia en que usa hilo dental? <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Nunca
	¿Quién es responsable de cepillar los dientes? <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Niño(a) <input type="checkbox"/> Los Dos

<b>EVALUACION DE HÁBITO</b>	
<b><i>Por favor cheque si cualquiera de los hábitos siguientes existe o que existió y contesta que todo que aplica a su niño(a):</i></b>	
La Historia de Chupar <input type="checkbox"/> Todavía <input type="checkbox"/> Antes chupaba el dedo, hasta que edad _____ años <input type="checkbox"/> Nunca tuvo hábito de chuparse el dedo	
¿Si todavía tiene el habito de chuparse el dedo, con que frecuencia lo haga/hacia?	<input type="checkbox"/> Día & Noche <input type="checkbox"/> Solo en Tiempo de Noche <input type="checkbox"/> Cuando Cansado o Durmiente
La Historia de moler (rechinar) los dientes <input type="checkbox"/> Todavía <input type="checkbox"/> Se molla (rechinaba) los dientes, hasta que edad _____ años	<input type="checkbox"/> Nunca tuvo hábito de moler (rechinar) los dientes
¿Si todavía tiene el hábito de moler (rechinar) los dientes, con que frecuencia lo hace/hacia?	<input type="checkbox"/> Día & Noche <input type="checkbox"/> Solo en Tiempo de Noche <input type="checkbox"/> Cuando Cansado o Durmiente
¿Otras hábitos? <input type="checkbox"/> Morder las uñas <input type="checkbox"/> Morder los labios <input type="checkbox"/> Morder la cachete o la lengua <input type="checkbox"/> Respirar por la boca	
¿Ronca su niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Hay alguna pregunta o tema en especial que usted quisiera que platiquemos mientras están en nuestra oficina?

---



# INFORMACION MÉDICA

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para las preguntas siguientes, verifica por favor la respuesta apropiada y llena la información necesaria. Sus respuestas son para nuestros registros sólo como ellos nos ayudan le proporcionamos con una visita más completa y seremos considerados estrictamente confidenciales.

## MEDICO/PEDIATRA INFORMACION

Nombre del Pediatra/Médico \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
 Por favor lista a otros especialistas que su niño(a) puede estar viendo:  
 1. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 La fecha de último examen regular. \_\_\_\_\_ La fecha de último visita médica \_\_\_\_\_ La Razón: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE FAMILIA/HERMANO

1. ¿Está usted consciente de alguna condición médica hereditaria del lado paternal?  Sí  No  No Sabe  
 Si sí, explica por favor \_\_\_\_\_  
 2. ¿Está usted consciente de alguna condición médica hereditaria del lado maternal?  Sí  No  No Sabe  
 Si sí, explica por favor \_\_\_\_\_

## NARRATIVA MÉDICA

1. Es su niño:  
 ¿Bajo el cuidado de un médico actualmente?  No  Sí, Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Tomar cualquier medicina actualmente?  No  Sí, Qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Alérgico a medicina?  No  Sí, Qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Alérgico a cualquier alimento, las materias o tinte?  No  Sí, Qué? \_\_\_\_\_  
 2. A tenido su niño:  
 ¿La anestesia general?  No  Sí \_\_\_\_\_  
 ¿Tuvo cualquier complicación con anestesia general?  No  Sí, Explica \_\_\_\_\_  
 ¿Tuvo alguna cirugía?  No  Sí, Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Jamás estuvo en la Emergencia?  No  Sí, Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Jamás fue internado como un paciente?  No  Sí, Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

3. Tiene su niño(a), jamás a tenido o fue diagnosticado con cualquiera de lo Siguiente: (señalar por favor todo que aplica)

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sida                             | <input type="checkbox"/> Cirugía de cerebro        | <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón          | <input type="checkbox"/> Potos  |
| <input type="checkbox"/> Anemia/Sickle cell               | <input type="checkbox"/> Cáncer-que tipo: _____    | <input type="checkbox"/> Hemofilia                   | <input type="checkbox"/> Embarazo   |
| <input type="checkbox"/> Alergias                         | <input type="checkbox"/> Quimioterapia/radiaciones | <input type="checkbox"/> Hepatitis A,B or C          | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática   |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Rumatoide               | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral        | <input type="checkbox"/> Alta/baja presión de sangre | <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea  |
| <input type="checkbox"/> Válvula Artificial de corazón    | <input type="checkbox"/> Viruela                   | <input type="checkbox"/> Problemas hormonales        | <input type="checkbox"/> Escoliosis   |
| <input type="checkbox"/> Prótisis                         | <input type="checkbox"/> Labio leporino            | <input type="checkbox"/> Hidrocefálico               | <input type="checkbox"/> Derivaciones   |
| <input type="checkbox"/> Asma                             | <input type="checkbox"/> Convulsiones              | <input type="checkbox"/> Falla de riñón              | <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> VV <input type="checkbox"/> VP |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Atención de Déficit | <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Leucemia                    | <input type="checkbox"/> Problemas del habla  |
| <input type="checkbox"/> Autismo                          | <input type="checkbox"/> Molestias intestinales    | <input type="checkbox"/> Problemas de hígado         | <input type="checkbox"/> Cirugías   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento      | <input type="checkbox"/> Dolor de oído             | <input type="checkbox"/> Hipotermia                  | <input type="checkbox"/> Síndrome: _____  |
| <input type="checkbox"/> Problemas aprendizaje            | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales     | <input type="checkbox"/> Sarampión                   | <input type="checkbox"/> Tétano   |
| <input type="checkbox"/> Problemas concentración          | <input type="checkbox"/> Epilepsia                 | <input type="checkbox"/> Retraso mental              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de cooperación         | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista     | <input type="checkbox"/> Paperas                     | <input type="checkbox"/> Problemas ventres  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de entendimiento       | <input type="checkbox"/> Desmayos                  | <input type="checkbox"/> Ulceras en la boca          | <input type="checkbox"/> Tos Ferina   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado            | <input type="checkbox"/> Molestias glandulares     | <input type="checkbox"/> Problemas nutricionales     |   |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento           | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos       | <input type="checkbox"/> Trasplante de Órgano        |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos            | <input type="checkbox"/> Soplo de corazón          | <input type="checkbox"/> Neumonía                    |   |

4. ¿Cualquier otra enfermedad, condición o problema médico tienen su niño(a) no mencionado arriba?  No  Sí, por favor explique \_\_\_\_\_

Comprendo la información que he dado es correcto según mi leal saber y entender y sera contenido el más estricto de la confianza.  
 Comprendo que es mi responsabilidad de informar esta oficina de cualquier cambio en mi estatus medico de mi niño(s).

FIRMA \_\_\_\_\_ RELACIÓN FAMILIAR A PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



AMIGO CHILDREN'S DENTAL, P.A.  
 Howard H. Hunt Jr., DDS

**FORMA DE CONSENTIMIENTO  
LEGAL A LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO, EL PAGO,  
Y/O OPERACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA**

Yo, (nombre de padre, madre, o guardián) \_\_\_\_\_, (número de Seguro Social de padre, madre, o guardián) \_\_\_\_\_, (fecha de nacimiento de padre, madre, o guardián) \_\_\_\_\_, por la presente autorice y consienta para el Amigo Children's Dental, P.A., y de ello es socios, para soltar cualquier y todos reportes o los registros psicológicos y/o dentales médicos de (el nombre de niño) \_\_\_\_\_, (la fecha del nacimiento) \_\_\_\_\_, incluyendo, pero no limitado a, notas médico/dentales, narrativas de médico, notas de oficina, notas operativas, descargan resúmenes, ordenes de Doctor's/Dentist's, Las notas de la enfermera, reportes de laboratorio, prueban resultados, notas de progreso de fisioterapia, informes sobre el progreso pacientes, el diagnóstico, reportes posoperativos, diagnóstico posoperativo, reportes de patología, las radiografías, MRIs, cualquier registro que refleja tratamiento para el abuso de sustancia, enfermedad mental, SIDA, el virus VIH, abuso de alcohol, inclusive radiografías, estudios diagnósticos, resbaladeros de laboratorio, el sumario clínico, las historias, los gráficos y otra información contuvieron en, cualquier documento y las opiniones pertinentes a por delante, presenta, o el futuro condicion físico y mental, el tratamiento, el cuidado de internaciones, y de cualquier otra información personal de la salud con respecto a mi cuidado médico/dental llevar a cabo como sea necesario tratamiento, obtiene pago, y/o realiza otras operaciones de asistencia sanitaria.

La liberación de los asuntos listó es autorizado arriba para propósitos de obtener tratamiento médico/dental, el pago para tales servicios y otras operaciones de asistencia médica.

Una copia de esta autorización es concordada por el abajofirmante para tener el mismo efecto y la fuerza como una original.

Cualquier persona, la empresa, o la entidad que suelta asuntos según esta autorización por la presente es absuelta de cualquier obligación que de otro modo quizás resulte de la liberación de esos asuntos.

Comprendo aún más que tengo el derecho de revisar Amigo Children's Dental's intimidad nota y para solicitar restricciones. Comprendo aún más que puedo revocar este consentimiento en el futuro si yo tan debo desear.

Firmado el día \_\_\_\_\_ mes de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (letra de molde)

Favor de indicar restricciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# LA ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA INFORMÓ CONSENTIMIENTO PARA TECNICAS PACIENTES DE GESTIÓN EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE INFORMACION

## TODO EN INTENCIÓN BUENO

Es nuestra intención que todo el cuidado profesional entregado en nuestra oficina dental será de la mejor calidad posible que podemos proporcionar a cada niño. Creemos que cualquier dentista puede conseguir el trabajo de su niño que la misión de hecho-nuestro es de hacer así en una manera que deja a su niño con sentimientos positivos buenos acerca de ir al dentista. El foco entero está en su niño, relacionando a ellos, fomentando hábitos dentales buenos de salud e inculcando una actitud sana y positiva hacia la odontología para la vida.

Todos los esfuerzos serán hechos para obtener la cooperación de pacientes por el uso del calor, de la simpatía, de la persuasión, del humor, del encanto, de la gentileza, de la bondad, y de la comprensión. A veces, técnicas adicionales de gestión de conducta son necesitadas. Hay varias técnicas de gestión de conducta que son utilizadas por dentistas pediátricos ganar la cooperación de pacientes para eliminar conducta de disruptivo o prevenir a pacientes de causar herida a sí mismos debido a movimientos irrefrenables. Estas técnicas *no* son una forma de castigo y no son de ninguna manera utilizado como una forma de castigo. Estas técnicas son utilizadas simplemente sólo cuando y, si necesario, para completar un procedimiento dental en la manera más segura posible.

Lea por favor esta forma con cuidado & pregunta por algo usted no comprende. Por favor inicial junto a cada número para identificarle comprende las técnicas que utilizamos.

### TECNICAS PEDIATRICAS DE GESTION DE CONDUCTA DE ODONTOLOGIA

- \_\_\_\_\_ 1. Diga-Exposición-Hace: El dentista o el ayudante explican al paciente lo que es de ser hecho utilizar la terminología y la repetición sencillas y entonces muestra al paciente lo que es de ser hecho demostrando con instrumentos en un modelo o el paciente o en el dedo de dentista. Entonces el procedimiento es realizado en la boca del paciente como descrito. El elogio es utilizado para reforzar conducta cooperativa.
- \_\_\_\_\_ 2. El Refuerzo Positivo: Esta técnica recompensa al paciente que demuestra cualquier conducta que es deseable. Las recompensas incluyen cumplidos, el elogio, la palmada en la espalda, un abrazo, o un premio.
- \_\_\_\_\_ 3. Expresé Control: Esta técnica utilice una modificación controlada de volumen de voz, tono, o el ritmo de influir y dirigir la conducta del paciente.
- \_\_\_\_\_ 4. La Boca Sostiene/El Hule Represa: Un accesorio de la boca o la "almohada del diente" como llamamos es utilizado para ayudar apoyo el paciente a mantener la boca abre durante un procedimiento operativo (relleno, etc) Esto permite a él/ella para relajarse y no preocuparse por mantener conscientemente la boca abre para el procedimiento. Una presa del hule es un "impermeable" colocado en el área del trabajo para aislar los dientes y prevenir cualquier escombros de ser tragado o yendo a la espalda de la garganta.
- \_\_\_\_\_ 5. La Inmovilización por el dentista: El dentista controla al paciente del movimiento sujetando suavemente las manos del paciente o el cuerpo superior, estabilizando la cabeza del paciente entre el brazo del dentista y el cuerpo.
- \_\_\_\_\_ 6. La Inmovilización por el ayudante: El ayudante controla al paciente del movimiento teniendo suavemente las manos del paciente, estabilizando la cabeza, y/o controlar movimientos de pierna.
- \_\_\_\_\_ 7. La Inmovilización por pedl-envuelve: Un dispositivo pasivo de la restricción, diseñado específicamente para procedimientos dentales pediátricos, que es utilizado cuando completa inmovilización es necesitada para la seguridad del paciente y el equipo dental. Es utilizado durante más, no todo, procedimientos de sedación.
- \_\_\_\_\_ 8. El Gas de la relajación: El óxido nitroso y el oxígeno (gas hilarante) puede ser administrado para relajarse el paciente y para levantar su resistencia al dolor. Esto permite al paciente para sentarse en más largo, aumentos de silla su capacidad de concentración y tiene en cuenta más trabajo para ser prescindido del paciente que marca algo como doloroso. El óxido nitroso y el oxígeno no son anestésicos generales. El paciente no se "duerme" y no llega a ser inconsciente, sólo relajado.
- \_\_\_\_\_ 9. La sedación consciente: es recomendada para pacientes ligeramente inquietos y muy jóvenes. La mayoría de pacientes responde muy bien para tratamiento dental. Para varias razones, algunos pacientes pueden estar inquietos acerca de tratamiento dental y pueden requerir alguna forma de sedación consciente a permitir tratamiento.

### EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE INFORMACION

1. El listó técnicas pediátricas de gestión de odontología me han sido explicadas.
2. Soy claro y comprendo que ninguno del encima de técnicas son utilizados en cualquier manera como castigo. Estos procedimientos son estándar del cuidado en la comunidad dental pediátrica y solamente son utilizados sólo si necesario para proporcionar el mejor cuidado dental.
3. He sido favorecido a hacer preguntas y todas las preguntas acerca de las técnicas pacientes de gestión descritas han sido contestados en una manera satisfactoria.
4. Yo por la presente reconozco que he leído y he comprendido este consentimiento.
5. Reconozco que yo no obligado/forzado a firmar este consentimiento y que he sido dado la alternativa a retirar de ello.
6. Yo por la presente autorizo y dirijo a Dr. Hunt ayudado por otros dentistas y/o auxiliares dentales de sa elección, para utilizar, si necesario, las técnicas pacientes necesarias de gestión para participar en la provisión del tratamiento dental necesario para mi niño (o barrio legal).
7. Comprendo que este consentimiento se quedará vigente hasta terminado por mí.

Nombre del Paciente

Firma de Padre/Guardián Legal

Relación Familiar a Paciente

Fecha

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Estamos aquí para proporcionar servicio dental a usted y a su niño en la manera más beneficiosa posible. Esto requiere la comprensión mutua. Lea por favor esta forma con cuidado. Si acaso tiene cualquier pregunta, nuestro equipo de coordinadoras de oficina estarán encantadas en ayudarle.

1. Yo por la presente autorizo y dirijo a Dr. Howard Hunt, y/o cualquier auxiliares dental a realizar tratamiento dental con el uso de cualquier radiógrafo necesario o conveniente (radiografías) y/o cualquier otras ayudas diagnósticas para completar un diagnóstico y plan de tratamiento.
2. Comprendo que ciertas partes del tratamiento pueden ser realizadas por paraprofesionales certificados (ayudantes/higienistas dentales) de otra manera que el dentista.
3. Yo también autorizo a Dr. Howard Hunt, y/o cualquiera de sus socios dentales y/o auxiliares dental tomar y utilizar fotografías, los radiógrafos, otras materias diagnósticas, y registros de tratamiento para el propósito de enseñar, de la investigación, y de publicación científica. Las fotografías serán utilizadas para registros dentales y si en el juicio de Dr. Hunt y/o cualquiera de sus socios dentales, investigación dental, la educación, o la ciencia serán beneficiados por su uso, tales fotografías y la información que relacionan al caso de mi niño pueden ser publicadas y pueden ser reeditadas, o separadamente o con respecto a uno al otro, en diarios profesionales o libros médicos, o utilizados para cualquier otro propósito que él o para ella puede creer apropiado en el interés de la educación médica, del conocimiento, o de la investigación; proporcionado sin embargo que es comprendido específicamente que en cualquier manera que mi dentista, en su discreción, puede considerar deseable.
4. Comprendo que radiografías, las fotografías, los modelos de la boca, y/o cualquier otra ayuda diagnóstica utilizada para una planificación exacta de diagnóstico y tratamiento son la propiedad del médico pero las copias están disponibles por un honorario justo.
5. En términos generales, los procedimientos dentales pueden incluir pero no son limitados a:
  - A. El examen oral completo, los radiógrafos, limpiando de dientes, y de la aplicación de fluoruro tópico.
  - B. La aplicación de "selladores" plásticos a las ranuras de dientes.
  - C. El tratamiento de dientes enfermos o heridos con restauraciones dentales (rellenos), el acero inoxidable o el compuesto coronan, y/o tratamiento de canal de raíz.
  - D. La cirugía oral: La extracción de uno o más dientes, la extirpación de hiper plástico y/o tejido de pericoronar, frenectomy, la exposición de unerupted diente.
  - E. La colocación de mantenedor de espacio y/o reemplazo de dientes perdidos con prothesis dental.
  - F. El tratamiento de tejido enfermo o herido oral secundario a heridas y/o accidentes traumáticas y/o infección.
  - G. El tratamiento de hábitos, malposados (torcido o chueco) dientes, la ortodoncia y/o oral, dental de desarrollo o anomalías de crecimiento.
  - H. La recomendación para el tratamiento para ser completada utilizando anesthisia consciente de sedación o general.
6. Comprendo que el médico no es responsable de tratamiento dental anterior. Comprendo eso, en el tratamiento, esta odontología anteriormente existente puede necesitar ajustes y/o reemplazo.
7. Yo me doy cuenta de que garantías de resultados o satisfacción absoluta no son posibles en el servicio de sanidad dental.
8. He contestado todas las preguntas acerca de la historia clínica de mi dependiente y condición presente de salud completamente y verdaderamente. He dicho al dentista u otro personal de la oficina acerca de todas las condiciones, inclusive alergias, que quizás indique que mi niño no debe recibir medicinas orales y/o a agentes contra la ansiedad. Yo también comprendo si yo o mi dependiente jamás tuvo cualquier cambio en el estatus de la salud o cualquier cambio en medicinas, yo informaré al médico en la próxima cita.
9. Autorizo a Dr. Howard Hunt y/o cualquiera de sus socios dentales adelantar una revisión de conclusiones y/o otra información dental al médico que se refiere (si tal ha sido la fuente de referencia) o cualquier otro donador de asistencia médica de sus registros, así como algún terceros partidos como compañías de seguros que pueden solicitar información.

Yo por la presente reconozco que he leído y he comprendido este consentimiento y el significado de su contenido. Todas las preguntas han sido contestadas en una manera satisfactoria y yo creo que tengo información de suficiente para dar este consentimiento informado. Comprendo aún más que este consentimiento se quedará vigente hasta terminado por mí.

Nombre del Paciente

Persona Autorizada a dar Consentimiento

Relación Familiar a Paciente

Fecha



**AMIGO CHILDREN'S DENTAL, P.A.**  
**Howard H. Hunt Jr., DDS**

## COMPROMISO DE PADRE-DENTISTA

Creemos en buena comunicación, entendimiento y el respeto es la base para una relación admirable y digna. Porque creemos totalmente en nuestro trabajo y esfuerzos profesionales y tenemos la relación que desarrollamos con nuestros pacientes y padres tan sumamente, nosotros le pedimos que lea este documento completamente. Pedimos que firme el Compromiso de Padre-Dentista que indica usted comprende que su contenido y concuerda en honorarlos.

El último objetivo de Amigo Children's Dental es de proporcionar el mejor estándar del cuidado a y comprendimiento de todos nuestros pacientes. Nosotros nos sentimos seguros en nuestra capacidad de proporcionarle y su niño el cuidado dental valioso que excederá todas sus esperanzas. Nuestro deseo es de establecer una relación duradero con usted y con su niño.

### Nuestra pólisa financiera es:

Requerimos que salde su cuenta al momento que el servicio sea rendido. Aceptamos Mastercard, la Visa, Discover, American Express, el cheque, el giro postal o el dinero efectivo. Nosotros también ofrecemos planes de pagos que utilizan nuestro entre compañía financiando programa - Care Credit. Si acaso cualquier cheque es regresado por fondos insuficientes, una cuota de \$35 honorario de cheque de regreso será aplicado a su cuenta. Si tiene seguro dental, es nuestro placer de ayudarle a llevar al máximo sus beneficios de seguro archivando sus reclamos con su compañía de seguros. Es importante que comprenda que como su proveedor dental del cuidado, nuestra relación está con usted, no su compañía de seguros. La gama de beneficios depende únicamente en lo que su empleador desea comprar. Nosotros le daremos un estímulo co-pago cantidad que es de ser pagada en el día de servicio. Si un crédito parece en su cuenta una vez el portador ha beneficiado el reclamo, un reembolso será publicado a usted. Igualmente, si algún equilibrio sobresaliente se queda en su cuenta una vez el portador ha beneficiado el reclamo, una declaración será enviada a usted para pago inmediato. Si por alguna razón, nosotros no hemos recibido el pago de su portador de seguro 60 días después del expediente del reclamo, el equilibrio restante será debido y pagadero por usted. Una cuota de \$3 procesamiento honorario para cualquier declaración enviada por delante del 60 límite de día también será cobrado.

Puede recibir una notificación de su compañía de seguros que indica que honorarios dentales son más altos que "usual y de costumbre". Las compañías de seguros nunca revelan cómo determinan "usual, de costumbre, y razonable" (UCR) honorarios. Son determinados por lo menos tomando algún porcentaje de un honorario medio para un procedimiento particular en un área geográfica. El promedio ha sido definido como "El peor del mejor" o "El mejor del peor". *Nosotros no proporcionamos la odontología media ni hacemos cargamos honorarios peores que el común.*

El padre o el guardián que trae al niño a nuestra oficina son responsables de pago en lleno. Todas las declaraciones serán enviadas a este individuo. Nosotros no facturaremos a un terceros de otra manera que compañías de seguros.

Si tiene cualquier preocupación con respecto a la porción financiera de cualquier plan de tratamiento, discuta por favor estos asuntos con nuestro coordinador de tratamiento antes de comenzar tratamiento. Nosotros no alteraremos nuestros arreglos financieros normales una vez tratamiento ha sido hecho.

Nuestra Política de la Cancelación es de traer el nivel más alto de servicio a nuestra población paciente entera. Para hacer este mantenemos un respeto estricto para su tiempo y se esforzamos por ver todos nuestros pacientes en sus tiempos designados. Sabemos que respeta esto y se esfuerza para lo mismo. A veces nosotros tenemos una "lista de espera" de pacientes que desean las citas más temprano que podemos proporcionar. Subsiguientemente, solicitamos 48 horas de nota si debe cambiar su cita para cualquier razón. Las cancelaciones proporcionaron con menos de 48 horas advierte puede tener como resultado una \$50 tarifa por cancelación para ser aplicada a su cuenta y un pago por adelantado por usted planificar la próxima cita. Para ayudarle en sus citas, nosotros confirmaremos cada cita próxima una semana en el avance con un recordatorio 2 días antes de la fecha de la cita. Es importante que confirme estas llamadas con nosotros. El fracaso para hacer así puede tener como resultado la cancelación de su cita. Esta política no permite a acomodar tanto como posible ofreciendo la cita cancelado/no confirmado a otros. *Reservamos el derecho a despedir a cualquier paciente de nuestra práctica debido a múltiple cancelaciones y/o faltar a citas sin notificación alguna.*

- He leído las políticas internas y comprendo mis opciones y la obligación financieras así como la política de cancelación como descrito.

Firma de Padre/Guardian Legal

Fecha



AMIGO CHILDREN'S DENTAL, P.A.



## LA NOTA DE INTIMIDAD PRACTICA (DENTAL)

**ESTA NOTA DESCRIBE INFORMACION COMO MEDICA SOBRE USTED ES UTILIZADO Y ES REVELADO Y COMO PUEDE CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACION. REVISELO POR FAVOR CON CUIDADO.**

La Transportabilidad del Seguro de enfermedad & Acto de Responsabilidad de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que requiere que todos los historiales médicos y otra información individualmente identificable de la salud utilizado o revelado por nosotros en cualquier forma, si electrónicamente, en el papel, u oralmente, son mantenidos apropiadamente confidencial. Este Acto le da, el paciente, nuevos derechos significativos a comprender y controlar cómo su información de la salud es utilizada. "HIPAA" proporciona penas para cubrir entidades que maltratan información personal de salud.

Como necesario por "HIPAA", nosotros hemos preparado esta explicación de cómo somos requeridos a mantener la intimidad de su información de la salud y cómo podemos utilizar y podemos revelar su información de la salud. Podemos utilizar y podemos revelar sus historiales médicos sólo para cada uno de los propósitos siguientes: tratamiento, operaciones de pago y asistencia sanitaria.

- El Tratamiento significa proporcionar, la coordinación, o manejar asistencia sanitaria y servicios relacionados por uno o más proveedores de asistencia sanitaria. Un ejemplo de esto incluiría los servicios que limpian dientes.
- El Pago significa tales actividades como obtener reembolso para servicios, confirmando alcance, facturando o actividades de coacción, y revisión de utilización. Un ejemplo de esto estaría enviando una cuenta para su visita a su compañía de seguros para el pago.
- Las Operaciones de la Asistencia Sanitaria incluyen los aspectos del negocio de correr nuestra práctica, como realizar calidad evaluación y actividades de mejora, auditando funciones, análisis de costo-gestión, y el servicio de atención al cliente. Un ejemplo sería una revisión interna de evaluación de calidad.

Nosotros también podemos crear y podemos distribuir información de salud de de-identificó quitando todas las referencias a la información individualmente identificable. Nosotros le podemos contactar para proporcionar la cita recordatorios o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios de salud-relacionó y sobre los servicios que pueden ser de interés a usted. Cualquier otros usos y las revelaciones serán hechos sólo con su autorización escrito. Puede revocar tal autorización por escrito, y nosotros somos requeridos a honrar y respetar esa petición escrito, menos a la extensión que nosotros ya hemos tomado medidas dependiendo de su autorización.

Tiene los derechos siguientes con respecto a su información protegida de la salud, que usted puede ejercitar presentando una petición escrito al Oficial de la Intimidad:

- El derecho de solicitar que restricciones para recibir comunicaciones confidenciales de información protegida de salud, inclusive esos relacionado a revelaciones a miembros de la familia, otros parientes, cierran a amigos personales, o cualquier otra persona identificada por usted. Somos sin embargo no requirió a aceptar una restricción solicitado. Si aceptamos una restricción, nosotros lo debemos respetar a menos que concuerde en quitarlo por escrito.
- El derecho a peticiones razonables recibir comunicaciones confidenciales de información protegida de salud de nosotros por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El derecho de inspeccionar y copiar su información protegida de la salud.
- El derecho de enmendar su información protegida de la salud.
- El derecho al recieve una contabilidad de revelaciones de información protegida de salud.
- El derecho de obtener una copia de papel de esta nota de nosotros sobre la petición.

Somos requeridos por la ley a mantener que la intimidad de su información protegida de la salud y para proporcionarle con nota de nuestras prácticas legales de deberes e intimidad con respecto a información protegida de salud.

Esta nota es efectiva al Junio, 2009 y son requeridos a respetar los términos de la Nota de Prácticas de Intimidad actualmente vigente. Reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestra Nota de Prácticas de Intimidad y para hacer las nuevas provisiones de nota efectivas para toda la información protegida de la salud que mantenemos. Anunciaremos y usted puede solicitar una copia escrito de una Nota revisada de Prácticas de Intimidad de esta oficina.

Recurre si usted se siente que sus protecciones de intimidad han sido violadas. Tiene el derecho de archivar queja escrito con nuestra oficina, o con el Departamento de la Salud & Servicios de Humano, la Oficina de Derechos Civiles, acerca de infracciones de las provisiones de esta nota o las políticas y de los procedimientos de nuestra oficina. Nosotros no vengaremos contra usted para archivar una queja. Contáctenos por favor para más información.

Para más información sobre HIPAA o para archivar una queja:  
The U.S. Department of Health & Human Services  
Office of Civil Rights  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
Tel: 202-619-0257  
Toll Free: 877-686-6775

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

# Authorized Permissions List

We want to provide dental services for your child in the most beneficial way. This requires an understanding of who is authorized to assist us in your child's healthcare. Please read this form carefully. Should you have any questions, our business coordinators will be delighted to help you.

Please indicate below any person(s) (other than you) who you authorize to participate in your child's healthcare. Check any boxes that apply. Any boxes left unchecked will indicate that the person listed does not have the permission associated with that particular box.

Name of Authorized Person	Relationship to Patient	Bring Patient to Appointments	Schedule & Discuss Medical Information & Dental Treatment	Sign & Complete Medical & Dental Forms	Discuss Financial Information	Edit Account Information
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

\_\_\_\_\_  
Patient Name

\_\_\_\_\_  
Person Authorized to Consent

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
Date



**AMIGO CHILDREN'S DENTAL, P.A.**  
**Howard H. Hunt Jr., DDS**