

PROVO PEDIATRIC DENTAL
745 North 500 West, #103
Provo, UT. 84601
801-373-4200

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del niño: _____ Apodo: _____
Varon / Hembra Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Aficiones _____
Direccion _____
Persona responsable financieramente _____ Numero de telefono _____
Numero celular _____ E-Mail _____
Quien lo refiere _____
Nombre de pariente/amigo que no vive con usted mas cerca de su casa _____ Numero de telefono _____

INFORMACION PERSONAL

Nombre de Padre/Guardian _____	Nombre de Madre/Guardian _____
Direccion _____	Direccion _____
Empleador _____ Numero de telefono _____	Empleador _____ Numero de telefono _____
Numero de Seguro _____	Numero de Seguro _____
Fecha de nacimiento _____	Fecha de nacimiento _____
Tiene seguro dental para su nin? _____	Tiene seguro dental para su nino? _____

INFORMACION DEL SEGURO

Compania de seguro _____ Numero de telefono _____
Direccion _____
Numero de grupo _____ Numero de poliza _____ Primario o Secundario _____

HISTORIA DENTAL

Fecha de la ultima visita con el dentista _____ Que servicio _____
Habito con la boca? Chupando pulgar, mordiendo unas, respirando por la boca, pacificador, durmiendo con biberon, etc.? _____
Previa experncia mala con el dentista? _____ Previa herida en la boca o dientes? _____

HISTORIA MEDICA

Doctor del nino _____ Ciudad/Estado _____ Numero de telefono _____

Es el nino paciente de este doctor todavia? _____ Medicaciones: _____

Tomando medicaciones? Cuales? _____

Hospitalizado? _____

Sangra mucho al cortarse? _____ Alergias/reacciones _____

Ha tenido cirugia? _____

Problemas con atencion o generalmente nervioso? _____

HA TENIDO EL MENOR/NINO HISTORIA O DIFICUTAD CON ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS? MARQUE LOS QUE APLICAN

S.I.D.A./HIV	Cancer	Problemas del oido	Mononucleosis
Anemia	Varicela	Problemas de corazion	Paperas
Asthma	Convulsiones	Hepatitis	Enfermedad de pulmones
Problemas de vejiga	Diabetes	Enfermedad de rinon	Fiebre Reumatico
Defectos de nacimiento	Down Syndrome	Enfermedad de higado	Problemas de sinusitis
Enfermedad de sangre	Epilepsia	Sarampion	Enfermedad de tiroides
Lesion del cerebro	Desmayo	Retraso Mental	Otras

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Relacion _____ Numero de telefono _____

AUTORIZACION

La informacion que yo he dado es correcta. Entiendo que esta informacion es confidencial con esta oficina, y que es mi responsabilidad de informar a esta oficina si hay cambios en el estado de salud de mi hijo. A causa de que su hijo es un menor, un permiso firmado es necesario antes de proveer servicios dentales. Por lo tanto, doy autorizacion.. Ademas, soy responsable por cualquier cuenta por tratamiento dental de este nino para y si no pago a tiempo, me hago cargo de los gastos. La deuda puede aumentar por 50 % si no pago a tiempo. Tambien me responsabilizo a pagar 1.5 % de interes por me o 18 % por ano si no pago a tiempo. Despues de 90 dias, un reporte adverso sobre su credito sera enviado al "Credit Bureau of Utah."

Firma de pariente o persona responsable

Fecha

PROVO PEDIATRIC DENTAL
745 N. 500 W. #103
PROVO, UT. 84601
801-373-4200

Consentimiento para Manejo del Comportamiento

Para mantener un buen comportamiento de los niños, los dentistas emplean métodos para manejar la conducta con el objeto de obtener comunicación y educación. Ellos aprenden estos métodos en la escuela de medicina/dentista. Nosotros empleamos los siguientes métodos para asegurar los mejores servicios dentales.

1. Control de Voz: Controlando el volumen, tono, o paso de la voz para dirigir el comportamiento del paciente.
2. Mano Sobre la Boca: Cubrimos suavemente la boca del paciente con una mano para explicar al paciente la conducta necesaria.
3. “Nitrous Oxide” Oxígeno: Este gas reduce la ansiedad y el dolor, mejorando la comunicación con el paciente.
4. Limitando el Movimiento: Inmovilización parcial o completa del paciente es necesario a veces para proteger al paciente, al dentista, y enfermeras. El dentista, enfermera, o uno de los padres del paciente puede asistir en esto.
5. Sedación Consciente: Cuando el paciente está sedado pero puede comunicarse.
6. Anestésico General: Estado controlado de inconsciencia del paciente por medio de un anestesista en un hospital o centro de cirugía.

He leído este papel y los métodos descritos para mantener el comportamiento necesario y lo entiendo. Acepto que pueden usarlos con mi hijo/hija.

Paciente o Gaurdian

Fecha

PROVO PEDIATRIC DENTAL
745 N. 500 W. #103
PROVO, UT. 84601
801-373-4200

Provo Pediatric Dental: Normas de la Oficina

Seguro:

Provo Pediatric Dental cobrara a su compania de seguros como un servicio a nuestros pacientes. Usted sera responsable por todos los servicios que no paga su compania de seguro. Tales servicios son: nitrous oxide, sedacion consciente, compuestos, "diskin", puentes, gastos de laboratorio, blanqueado de dientes. Tambien hay otros servicios que algunas companias no pagan. Es su responsabilidad de saber. Cuando Ud. firma en todos los documentos de seguro, manuel o electronico.

El paciente, no la compania de seguro, recibe los servicios dentales: por lo tanto, la compania de seguro es responsable con el paciente, y el paciente con el doctor. No podemos prestar servicios con solo la suposicion que los pagos seran pagados por la compania de seguro.

Requerimos un pago de por lo menos 20% de todos servicios el dia de la cita. El resto debe ser pagado entre 90 dias de la fecha de servicio. Si nos da la informacion incorrecta de su compania de seguro, debera pagar \$3.00 para re-someter la informacion correcta.

Sin Seguro:

Para nuestras pacientes sin seguro, requerimos 50% de todos los servicios el dia de la cita. El resto se tiene que pagar dentro de 90 dias de la fecha de servicio. Ofrecemos descuento de 10% por servicios que cuestan mas de \$100 si Ud.paga todo el dia del servicio.

Medicaid

Debe presentar su tarjeta de Medicaid en cada cita, o tendremos que cambiar su cita. Todos los servicios que Medicaid no pague, usted tiene que pagar al tiempo de servicio. Algunos servicios no cubiertos por Medicaid son: nitrous oxide, sedacion consciente, compuestos, diskling, gastos de laboratorio, blanqueado, indirect pulp caps, perio-scalin, sellantes para dientes de bebe, frenulectomias,..... Aceptamos Medicaid con pacientes nuevos que tienen menos de 3 anos de edad, y continuamos hasta que tiene 5 anos. Despues de los 5 anos, puede seguir viniendo, pero no aceptaremos Medicaid.

Normas de la Oficina

Pedimos que no traiga otras personas ademas del paciente a la cita (por ejemplo, otros hijos). Podemos hacer citas cuando es mas facil para usted tener alguien que cuide a sus hijos en casa.

Nuestros telefonos solo son para uso de la oficina. Si tiene una emergencia, le pedimos que limite las llamadas con nuestros, telefonos a 2 minutos. Si va a llegar mas de 15 minutos tarde a su cita, por favor llame para hacer otro cita.

Por favor no traiga comida a nuestra oficina, porque ensucia los pisos y muebles. Tambien, ayudenos a mantener el area de espera limpia recogiendo los juguetes, libros, y revistas de la oficina cuando su hijo deje de usarlos.

Despues de leer esta documento, por favor firme abajo indicando que entiende todo y que cumplira usted con todo lo descrito.

Firma

Fecha

PROVO PEDIATRIC DENTAL
745 N. 500 W. #103
PROVO, UT. 84601
801-373-4200

Aviso sobre Informacion Privada

Este pagina explica como su informacion medical puede ser usado y divulgada, y como usted puede obtener acceso a esta informacion. Por favor lea cuidadosamente.

Metodos de Privacidad de Provo Pediatric Dental

Provo Pediatric Dental entiende que su informacion es personal. Protegiendo su informacion es importante. Seguimos leyes federales y del estado que nos exigen que mantengamos su informacion medica confidencial.

A. Nuestra Organizacion

Provo Pediatric Dental tiene una atmosfera abierta. Es posible que usted escuche o vea los tratamientos en la silla o cuarto a su lado. Este tipo de atmosfera es muy conveniente. Ofrecemos cuartos privados si desea hablar acerca de prodedimientos para su hijo.

B. Como Usamos Su Informacion del Seguro

Cuando usted recibe nuestros servicios dentales, es probable que usemos la informacion de salud/dental de su hijo para tratamiento, y paraservicios de cobranza. Por ejemplo:

Tratamiento: Mantenemos registros de tratamiento de cada paciente. Los doctores usan registros para asegurar los mejores servicios para su hijo.

Pago: Mantenemos registros de informacion de pago y documentacion de servicios dado a su hijo. Su informacion puede ser usada para obtener pago de usted, su compania de seguro, o otra persona. Tambien podemos contactar su compania de seguro para verificar que cubran a su hijo, cual plan cubre a su hijo, o para notificarles del cobro. Por ejemplo, es posible que demos informacion acerca de servicios dados a su hijo para obtener pago de su compania de seguro o de Medicaid.

C. Otros Servicios que Ofrecemos

Es posible que usemos su informacion de salud para:

-Compartir con personas que asisten contratamiento, pago, y organizaciones de salud/dental. Nuestros correspondientes de negocio tienen que seguir nuestros requisitos para mantener privacidad.

-Mandar por correo a su casa una tarjeta para recordarle que es tiempo para el chequeo de 6 meses (opcional, notifique a la recepcionista si no quiere este aviso).

D. Compartiendo Su Informacion de Salud

Hay situaciones limitadas cuando podemos o tenemos que compartir informacion de salud sin su autorizacion firmada. Estos situaciones son:

-Para proteger victimas de abuso, negligencia, o violencia.

-Cuando es requerido por la ley.

-Cuando es pedido por la policia o las cortes.

Cual quier otras situacion, no incluido en esta aviso, require su firma. Usted puede revocar su autorizacion cuando Ud. lo quiera con una declaracion escrita.

E. Derecho de Recibir Historia de Revelaciones de Su Informacion

Puede pedir la historia de las revelaciones de informacion de salud hecho por nosotros. Su peticion necesita especificar el periodo de tiempo de la historia, y necesita ser entre 6 anos antes de la fecha de su peticion, y excluir fechas antes de 14 Abril 2003. Si Ud. pide la historia mas de una vez durante uno periodo de 12 meses, le podemos cobrar \$3 por cada peticion.

Nuestra organizacion y asociados afiliados pueden tener practicas diferentes de los que hemos explicado en este aviso. Si desea mas informacion acerca de sus derechos de privacidad, o piensa que sus derechos de privacidad han sido violado, o no esta de acuerdo con alguna decision que hicimos acerca de la informacion de salud de su hijo, investigaremos todos los reclamos sin penalizarlo. Tambien puede presentar un reclamo con la oficina de "derechos civiles del departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos".

He recibido el Aviso de Informacion Privado y he tenido la oportunidad de leerlo.

Nombre

Fecha