Documento 1: Historial Médico, Historial Dental e Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historial Médico

Médico del Niño: _____ Teléfono: _____

Fecha del último examen: _____

[ ] Sí [ ] No ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento o alimento? Si responde sí, ¿a cuál?

_____

[ ] Sí [ ] No ¿Su hijo está tomando algún medicamento? Si responde sí, ¿cuál?

_____

[ ] Sí [ ] No ¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez o ha tenido una operación? Si responde sí, explique:

_____

[ ] Sí [ ] No ¿Su hijo tiene alguna necesidad física, mental, emocional, muscular o especial? Si responde sí, explique: _____

[ ] Sí [ ] No ¿Su hijo tiene problemas de audición, vista, habla o aprendizaje? Si responde sí, explique: _____

[ ] Sí [ ] No ¿Su hijo necesita una receta de antibióticos recomendada por su médico para una afección cardíaca (válvulas artificiales/derivaciones, etc.) antes de cualquier trabajo dental?

Por favor, marque cualquiera de las siguientes opciones que correspondan a su hijo:

[ ] TDA/TDAH (ADD/ADHD)	[ ] Diabetes	[ ] Problemas Hepáticos/Renales
[ ] Alergias	[ ] Eczema/Trastornos de la piel	[ ] Hipertermia Maligna
[ ] Autismo	[ ] Epilepsia/Convulsiones	[ ] Apnea Obstructiva del Sueño
[ ] Asma	[ ] Afección Cardíaca	[ ] Alergia al PABA
[ ] Trastorno Hemorrágico	[ ] Soplo Cardíaco	[ ] Nacimiento Pretérmino/Intubado
[ ] Cáncer	[ ] Hepatitis	[ ] Fiebre Reumática
[ ] Parálisis Cerebral	[ ] VIH/SIDA	[ ] Anemia Falciforme
[ ] Retraso en Desarrollo	[ ] Alergia al Látex	[ ] Mutación del Gen MTHFR

Historial Dental

[ ] Sí [ ] No ¿Su hijo presenta dolor dental hoy? Si es así, ¿en dónde? _____

[ ] Sí [ ] No ¿Es esta la primera visita de su hijo al dentista? Si no, ¿cuánto tiempo ha pasado? _____

Nombre del dentista anterior: _____

[ ] Sí [ ] No ¿Se tomaron radiografías?

[ ] Sí [ ] No ¿Su hijo ha experimentado alguna reacción desfavorable de una atención dental anterior?

[ ] Sí [ ] No ¿Su hijo tiene el hábito de chuparse el pulgar, el dedo o usar pacificador/chupón? (circule)

[ ] Sí [ ] No ¿Tiene agua de pozo?

[ ] Sí [ ] No ¿Su hijo toma suplementos de fluoruro?

[ ] Sí [ ] No ¿Su hijo toma biberón/tetero por la noche?

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo? _____ Hilo dental: _____

¿Con qué frecuencia limpia usted los dientes de su hijo? _____

He leído el historial médico de mi hijo con fecha correspondiente y confirmo que detalla con precisión sus afecciones pasadas y presentes. Notificaré inmediatamente si hay algún cambio.

Firma: _____ Fecha: _____

Fecha	Cambios	Firma del Padre/Madre	Revisado por

Información del Paciente

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre Preferido: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Pasatiempos (Hobbies): _____

El niño vive con: [ ] Ambos padres [ ] Madre [ ] Padre [ ] Madrastra [ ] Padrastro [ ] Abuelo(a) [ ] Otro: _____

¿Tiene hermanos que sean pacientes aquí? Sí o No. Nombres: _____

Dirección del Paciente: _____ Teléfono de la Casa: _____

Ciudad/Estado/Código Postal:

_____

Nombre de la Madre/Tutor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tel. Casa: _____ Celular: _____ Work: _____ Email: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tel. Casa: _____ Celular: _____ Work: _____ Email: _____

¿A quién podemos agradecer por referirlo? _____

Contacto preferido: [ ] Correo Electrónico [ ] Mensaje de Texto [ ] Teléfono [ ] Correo Postal

Contacto de emergencia (familiar/amigo que no viva con usted): _____ Tel: _____

Motivo de la visita: _____

Como padre, madre o tutor del niño antes mencionado, otorgo mi consentimiento para los servicios dentales necesarios y el uso de métodos adecuados y aceptables para completar el examen dental. También acepto la responsabilidad del pago de los servicios prestados a mi hijo. Por la seguridad de su hijo, por favor permanezca en la oficina durante la visita de su hijo en caso de que nuestro personal lo necesite.

Firma del Padre, Madre o Tutor: _____ Fecha: _____

PARA PACIENTES CUBIERTOS POR SEGURO DENTAL

COMPAÑÍA PRIMARIA	**SEGURO SECUNDARIO**
Nombre Seguro: _____	Nombre Seguro: _____
N.º Grupo: _____ N.º ID/SSN: _____	N.º Grupo: _____ N.º ID/SSN: _____
Dirección Facturación: _____	Dirección Facturación: _____
Ciudad/Edo/CP: _____	Ciudad/Edo/CP: _____
Titular de Póliza: _____	Titular de Póliza: _____
F. Nac: _____ Relación: _____	F. Nac: _____ Relación: _____

Documento 2: Formulario de Consentimiento del Paciente para el Cumplimiento de HIPAA

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Collins Children's Dentistry Notice of Privacy Practices proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar la información médica protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted constata mediante su firma que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar; si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma y fecha.

Usted tiene el derecho de restringir cómo se utiliza y divulga su información médica/dental protegida. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, pago u

operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para el uso y divulgación de su información médica/dental protegida. Tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

• La información médica/dental protegida puede ser divulgada o utilizada para el tratamiento o pago.

• La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.

• La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.

• El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán a partir de ese momento.

¿Podemos llamarle por teléfono, enviarle un correo electrónico o un mensaje de texto para confirmar sus citas? [ ] Sí [ ] No

¿Podemos dejar un mensaje en el contestador automático de su casa o en su teléfono celular? [ ] Sí [ ] No

¿Podemos hablar sobre la condición dental de su hijo con algún miembro de su familia? [ ] Sí [ ] No

Si responde SÍ, por favor nombre a los miembros autorizados y su relación con el niño:

_____

¿Podemos dar información sobre la fecha de la cita a la escuela de su hijo? [ ] Sí [ ] No

Si responde SÍ, nombre de la escuela: _____

Este consentimiento fue firmado por: _____ (IMPRIMA SU NOMBRE)

Firma: _____ Fecha: _____

Fecha / Cambios al Formulario de Consentimiento del Paciente para el Cumplimiento de HIPAA original:

_____

Revisado 4/04/2024 Collins Children's Dentistry

Documento 3: Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

ALEXIS COLLINS, DMD

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Usted puede negarse a firmar este acuse de recibo

Yo, _____, he leído una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina perteneciente a:

Nombre del Niño: _____

Por favor imprima su nombre y relación con el niño: _____

Firma: _____ Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito del Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener debido a:

[ ] La persona se negó a firmar

[ ] Las barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo

[ ] Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo

[ ] Otro (por favor especifique) _____