

# PAQUETE DE PACIENTE NUEVO



Fecha \_\_\_\_\_

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

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Código Postal

Apodo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Escuela Actual: \_\_\_\_\_

¿A quién le agradecemos que te haya referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Residencia \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Código Postal

Dirección de Envío \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Código Postal

¿Cuánto tiempo en esta dirección? \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ No. Años Empleado \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo/a \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ No. Años Empleado \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del familiar más cercano que no vive con usted \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

City

Zip

Teléfono \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Nombre Completo del Subscritor de Póliza \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Subscritor de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro \_\_\_\_\_ No. del Grupo \_\_\_\_\_ No. de Identificación \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Tienes doble cobertura? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es así:

Nombre Completo del Subscritor de Póliza \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Suscritor de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro \_\_\_\_\_ No. del Grupo \_\_\_\_\_ No. de Identificación \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_ No. de Teléfono \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL

Nombre Completo del Subscritor de Póliza \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Subscritor de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro \_\_\_\_\_ No. del Grupo \_\_\_\_\_ No. de Identificación \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Tienes doble cobertura? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es así:

Nombre Completo del Subscritor de Póliza \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Suscritor de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro \_\_\_\_\_ No. del Grupo \_\_\_\_\_ No. de Identificación \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_ No. de Teléfono \_\_\_\_\_

<b>HISTORIA DE SALUD</b>	
<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>
DOCTOR PRIMARIO (NOMBRE Y NUMERO TELEFONICO):	
Corazón / Cardiacos	Soplo cardiaco <input type="checkbox"/> prolapso de válvula mitral <input type="checkbox"/> fiebre reumática <input type="checkbox"/> cardiopatía congénita <input type="checkbox"/> Defecto del Corazón <input type="checkbox"/>
	Presión sanguínea alta/ baja <input type="checkbox"/> corazón <input type="checkbox"/> cirugía <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
	Por favor explique:
Riñones/ Urinarios	Vejiga <input type="checkbox"/> Problemas Urinarios <input type="checkbox"/>
	Por favor explique:
Hígado/ Gastrointestinales	Estomago/ Intestinos <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/>
	Diarrea <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/>
	Hígado <input type="checkbox"/> Enfermedad general <input type="checkbox"/> Reflujo (Agrieras) <input type="checkbox"/>
Por favor explique:	
Endocrinos	Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo: _____ Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
	Por favor explique:
Hematológico	Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Fecha(s) _____ Anemia <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/>
	Anemia de células Falciforme <input type="checkbox"/> Sangrado profusa o prolongado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Pulmones/ Problemas respiratorios	Fiebre o Catarro del Heno <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Alergias/ erupciones causadas por alergias <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tos crónica <input type="checkbox"/>
	Enfisema pulmonar <input type="checkbox"/>
	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Por favor explique:	
Neurológico	Anomalías nerviosas <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/>
	Autismo <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Atraso en el desarrollo <input type="checkbox"/> Traumatismo cerebral <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Trastorno del habla <input type="checkbox"/>
	Por favor explique:
Auditivos / Oculares	Problemas de visión <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Dolor ocular <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva <input type="checkbox"/>
	Por favor explique:
Dérmicos/ Osteomusculares	Sarpullidos <input type="checkbox"/> Alergia al látex <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Ampollas/ Herpes labial simple <input type="checkbox"/> llagas <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
	Por favor explique:
¿Tiene su niño(a) algún otro problema de salud, condición o enfermedad que no haya incluido o descrito anteriormente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Medicamentos (Nombres y Dosis/ Posología)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha estado su niño(a) hospitalizado desde el momento de nacer?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Su niño(a) utiliza o emplea Tabaco?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene su niño(a) Sida o ha sido diagnosticado como VIH positivo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene su Niño(a) algún tipo de alergias a comidas o medicamentos? En caso afirmativo, lístelas.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Es su niño(a) adoptado? ¿Se encuentra su hijo(a) enterado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Únicamente para pacientes femeninos: ¿Se encuentra embarazada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Historia Dental</b>	
¿Tiene su niño(a) alguna caries?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido su niño(a) algún tipo de trabajo dental en el pasado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha existido algún tipo de traumatismo dental, caída de dientes, golpes o fisuras? ¿cuándo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Piensa su niño(a) que existe algo mal con sus dientes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido su niño(a) algún tipo de experiencia difícil en cuanto a tratamientos dentales en el pasado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Por favor explique:	
¿Existe algún tipo de información adicional que deberíamos saber?	
<b>FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN:</b>	<b>FECHA:</b>

# Información de salud

## Aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que se me ha proporcionado una copia de la Notificación del dentista Newberg niños de prácticas de privacidad, que describe cómo la información médica de mi hijo puede ser usada y divulgada.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## La participación de Investigación

De vez en cuando, participamos en estudios de investigación que se centran en los datos del pasado de la historia. Esto ayuda a la odontología continúan haciendo mejoras en la atención al paciente. Este permiso de formulario subvenciones para utilizar su información de salud y o y dental, / de su hijo privada mantenida por el dentista Eugene niños en estudios de investigación. El uso de la información con fines de investigación se suma a los usos descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

1. **Consentimiento para la carta de la opinión:** Yo permito a Dr. Lentfer y colaborando equipos de investigación educativa para revisar la mina y / o registro dental de mi hijo para su posible uso en investigación en estudios tabla de revisión. Este tipo de investigación sólo mira hacia atrás en los registros clínicos existentes, y no implica ningún otro contacto conmigo. Mi identidad e información de salud personal se mantendrán confidenciales en virtud de los términos del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA que se proporcionó a mí.

2. **El consentimiento para Fotos-Uso Externo:** Doy mi consentimiento para cualquier intraoral (En el interior de la boca) y fotografías de imágenes clínicas con el fin de presentaciones educativas externas. Entiendo que la información / fotografía / imágenes contendrán ninguna información que pueda identificar a la persona y serán propiedad exclusiva del Dr. Lentfer libre y limpio de cualquier reclamación de mi parte. **La naturaleza voluntaria de este Consentimiento**

Su decisión de si debe o no su consentimiento no afectará sus relaciones actuales o futuras con sus médicos o el personal. Si decide dar su consentimiento, usted es libre de retirarse en cualquier momento sin que afecte a dichas relaciones. Debe proporcionar una solicitud por escrito a retirarse del consentimiento para la revisión de las historias y fotos para la utilización externa.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Reconocimiento de Buena Salud Oral

De vez en cuando, se incluyen fotos de los pacientes en nuestra cavidad libre Club en nuestra página de Facebook, y en los materiales promocionales. Al firmar a continuación, usted da permiso para que le fotos de su hijo como se describe a reconocer una buena salud oral. Usted no está obligado a dar su consentimiento a este uso de la información.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Políticas financieras y Acuerdo

## Política cita perdida

Trabajamos diligentemente para ver todos nuestros pacientes de manera oportuna. Las citas perdidas nos dejan agujeros en nuestro programa que no nos permite brindar una atención oportuna a los niños de nuestra comunidad. Las citas perdidas perjudican a todos. Por lo tanto, hemos establecido una "Política cita perdida", que establece que **las citas no canceladas dentro de las 48 horas de antelación mínimo se cobrará una cuota de \$ 50.00.** En el caso de que se olvida de 2 citas, que dará a conocer paciente de la oficina y ser felices para reenviar la historia del paciente a su consultorio dental de preferencia.

## Ha fallado la sedación oral y Nombramientos Operativos

Debido a la gran demanda de citas de sedación, hemos implementado una "Política citas quirúrgica / Operativa" para animar a los pacientes a mantener sus citas. Si no puede asistir a su cita, debe llamar a un mínimo de 72 horas de antelación. Si no tenemos un preaviso de 72 horas de cancelación, se le cobrará **\$200 no reembolsable "tasa de nombramiento quirúrgico/Operativo fallado".**

## Pago / póliza de seguro

Como cortesía, presentamos las reclamaciones de seguros para nuestros pacientes. **Todas las porciones estimadas de pacientes deben ser pagados al momento del servicio.** Esta cantidad es una estimación de su copago y trabajamos duro para que esto lo más preciso posible. **Usted es responsable de cualquier cantidad no cubierta por su seguro.**

Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheque, Visa, MasterCard. También ofrecemos financiación a través de CareCredit e In-House financiación.

**Yo entiendo que soy responsable del pago de todos los honorarios para el tratamiento dental que no están cubiertos por el seguro médico o dental del paciente. El padre o tutor que acompaña al paciente a la cita serán responsables de porciones estimadas en el momento del tratamiento, a menos que se han hecho arreglos previos. Estoy de acuerdo en que, si la cuenta se refiere a la colección, que será responsable de todos los cargos colecciones incluyendo los honorarios del abogado.**

Firma del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Consentimiento para el Tratamiento

## Consentimiento para Examinar

Es nuestra política para mantenerlo informado e involucrado en el progreso dental de su hijo. Un examen típico consiste en instrucción de higiene oral, la limpieza de los dientes, la aplicación de un fluoruro tópico, rayos X, y el examen de los dientes, tejidos duros y blandos de la boca, la mordida y la mandíbula. Excepto en una situación de emergencia o si la enfermedad ya existente se encuentra, no hay otro tratamiento se llevará a cabo durante un examen. Sin embargo, después del examen, vamos a crear un plan de tratamiento que puede incluir rellenos, gorras, extracciones, etc., y buscará su consentimiento antes de realizar el tratamiento identificado. Los planes de tratamiento pueden abarcar múltiples visitas y una vez que se obtiene el consentimiento, no vamos a buscar el consentimiento de nuevo a menos que el plan de tratamiento cambia. Al firmar a continuación, usted da su consentimiento para el dentista Eugene niños para realizar un examen como se describe anteriormente. Usted certifica, además, que usted tiene autorización legal para dar su consentimiento para el tratamiento dental y médica para el paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Consentimiento Alternativo

Reconocemos que no siempre es factible para el padre o tutor legal para acompañar a un niño a su nombramiento o estar disponibles para dar su consentimiento para el tratamiento. En un esfuerzo por nosotros para asegurarse de que el niño es capaz de continuar con la atención, nos gustaría saber si hay otros que están autorizados a dar su consentimiento para el tratamiento de su hijo. Al firmar a continuación, usted da la autorización para la persona (s) que figura a dar su consentimiento para el tratamiento médico / dental recomendada incluyendo, pero no limitado a, el diagnóstico, la aplicación de tratamientos tópicos (fluoruro, selladores), anestesia, y los procedimientos dentales invasivos rayos x. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que nos notifique por escrito de cualquier cambio.

Nombre

Relación con el paciente

Número de teléfono

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha