



## Formulario de Registración

### Información del Paciente

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Raza/Etnicidad  Africana Americana  India Americana  Asiática/Islands del Pacifico  Caucasiana  
 Hispano  Otro

Sí  No ¿El paciente necesita un intérprete? En caso afirmativo, escriba el idioma: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Celular \_\_\_\_\_ ¿Acepta mensajes de Texto? \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro/a \_\_\_\_\_

### Información del Padre/tutor (si el paciente es menor)

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Sí  No ¿necesita interprete? En caso afirmativo, escriba el idioma: \_\_\_\_\_

Si es diferente de arriba

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

¿Es elegible su hijo para el programa del almuerzo gratis o de precio reducido?  Sí  No

### Información del Seguro Dental

Por favor marque uno  BluePlus  MA  Medica  South Country  U-Care

Vale de la Clínica de la Comunidad  asegurado por el trabajo  usted mismo  Otro \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_ el numero de ID o el numero de PMI# \_\_\_\_\_

\*\* Por favor, Muestre la tarjeta del seguro médico al personal de recepción. El paciente/tutor es responsable de todos los cargos hasta que se presentan las tarjetas de los seguros médicos y el estado del seguro es identificado.

### Autorización

Yo, autorizo a Servicios de Salud Dental para Niños (*Children's Dental Health Services*) a llevar a cabo los procedimientos de diagnostico y tratamientos tanto como sean necesarios para el cuidado dental adecuado para el paciente.

Doy mi consentimiento para permitir que la organización, Servicios de Salud Dental para Niños, utilicen la imagen, la voz y/o las palabras de mi/mi hijo(a)/mis hijos en materiales informativos como informes, folletos, videos, etc. Y para entrevistas con los medios. Renuncio a todos los reclamos de compensación y eximo a la Fundación Nacional de Salud Bucal Infantil de cualquier responsabilidad relacionada con dicho uso. Por favor indique con la palabra No, si no acepta la parte de la foto del formulario.: \_\_\_\_\_

Autorizo el pago de beneficios del seguro directamente a servicios de Salud Dental para Niños (*Children's Dental Health Services*.) Entiendo que mi seguro dental puede pagar menos o no cubrir todos los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por los servicios negados o cuando el seguro está inactivo. A mi entendimiento, toda la información arriba descrita es correcta y exacta.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si se firma este consentimiento para un paciente menor de edad, completar lo siguiente:

Nombre del Padre/tutor \_\_\_\_\_

Parentesco con el Paciente \_\_\_\_\_



## Formulario de Consentimiento

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

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Por favor lea las siguientes secciones cuidadosamente**

#### **La Política de las Citas**

Debido a la demanda de citas en nuestra clínica, hemos desarrollado una política con respecto a las citas rotas. Esta política pretende asegurar que las citas valiosas se utilicen con tanta eficacia como sea posible. Se considerará una cita rota si el paciente 1. No aparece para una cita 2. Llega más de 15 minutos tarde 3. Cancela la cita con menos de 24 horas de antelación a la cita. Los pacientes con una cita rota se les colocarán en una lista a corto plazo o presentarse sin cita en base única.

Si usted no puede asistir a su cita por favor llame a nuestra oficina tan pronto como le sea posible. Esto nos permitirá llenar la cita para alguien que está esperando ser atendido.

#### **Aviso de las Prácticas de Privacidad**

Usted tiene el derecho a leer el aviso de las prácticas de privacidad de los Servicios de Salud Dental para Niños (*Children's Dental Health Services*) antes de firmar este consentimiento. Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica del paciente y cómo se puede obtener acceso a esta información. Una copia de nuestro aviso de las prácticas de privacidad está disponible para usted a petición en nuestra recepción o en nuestra página web, [www.twentyteeth.org](http://www.twentyteeth.org). Le recomendamos que lea este aviso cuidadosamente y completamente antes de firmar este consentimiento. Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre el paciente. El nuevo aviso estará disponible a petición y en nuestra página web, [www.twentyteeth.org](http://www.twentyteeth.org)

#### **Derecho a Revocar**

Este consentimiento es válido por 12 meses a partir de la fecha de la firma, sin embargo, usted tiene el derecho de revocar su consentimiento en cualquier momento mediante notificación escrita a Servicios de Salud Dental para Niños (*Children's Dental Health Services*) Attn: Coordinador del Programa · 903 West Center Street, Suite 130 · Rochester, MN 55902. Comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que hayamos tomado al amparo de este consentimiento antes de que haber recibido su revocación, y que podemos negarnos a dar tratamiento o continuar el tratamiento al paciente si el consentimiento es revocado.

#### **Conducta**

Por el bien de todos los individuos, incluyendo pero no es limitado a, el proveedor y el paciente, la conducta civil que muestre respeto, cortesía y modales deben ser mantenidos y observados. Los Servicios de Salud Dental para Niños (*Children's Dental Health Services*), se reserva el derecho de despedir a cualquier persona que viola esta política de la oficina.

#### **Comunicación**

Doy permiso a Servicios de Salud Dental para Niños (*Children's Dental Health Services*) para que me envíen recordatorios de las citas; para que se comuniquen con el seguro médico y la información de la cuenta; y para cualquier otra necesidad de comunicación entre el proveedor y el paciente vía mensaje de texto y/o llamada telefónica. En caso de que su número de teléfono haya sido desconectado o no acepta mensajes de voz, Servicios de Salud Dental para Niños (*Children's Dental Health Services*) se reserva el derecho de cumplir con su cita dental. Si cambia de número de teléfono por favor, póngase en contacto con nuestro personal de recepción para avisarnos.

### **El Propósito de este Consentimiento**

Al firmar este formulario, usted está dando consentimiento a Servicios de Salud Dental para Niños (*Children's Dental Health Services*) para utilizar la información de salud protegida del paciente para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud. Entiendo que esta información sólo será utilizada para la información de la clínica dental limitada a nuestro personal, al dentista referente, la escuela y el personal de salud pública que las asignaciones de trabajo razonablemente requieren acceso a estos datos. He tenido la oportunidad de leer el contenido de este formulario de consentimiento

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si se firma este consentimiento para un paciente menor de edad, completar lo siguiente:

Nombre del Padre/tutor \_\_\_\_\_

Parentesco con el Paciente \_\_\_\_\_



## Historia de Salud

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

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Historia Dental

Sí  No ¿Es esta la primera cita dental del paciente?

En caso negativo, escriba el nombre de la clínica dental y la fecha de la visita más reciente: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿tiene problemas o preocupaciones dentales?

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿El paciente necesita antibióticos antes de las citas dentales?

Sí  No ¿Alguna vez el paciente tuvo alguna reacción inusual a una anestesia dental?

### Historia Médica

Médico de cabecera \_\_\_\_\_ Clínica \_\_\_\_\_

Sí  No ¿El paciente está en buen estado de salud?

En caso negativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿El paciente toma algún medicamento?

En caso afirmativo, escriba los nombres de las medicinas: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿El paciente padece alguna alergia?

En caso afirmativo, escriba: \_\_\_\_\_

¿El paciente tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?

<input type="checkbox"/> TDAH/TDA (ADHD/ADD)	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Radiación/quimioterapia
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Problemas del habla
<input type="checkbox"/> Cáncer o Leucemia	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Consumo de Tabaco
<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad de hígado	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/> Marcapasos	_____

Con el mejor de mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas con exactitud. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud del paciente. Es mi responsabilidad informar a Servicios de Salud Dental para Niños (*Children's Dental Health Services*) de cualquier cambio en el estado de salud.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si se firma este consentimiento para un paciente menor de edad, completar lo siguiente:

Nombre del Padre/tutor \_\_\_\_\_

Parentesco con el Paciente \_\_\_\_\_