



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. 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

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 _____