



**DENTALS AURUS**  
Pediatric Dental Specialist

## Registro Del Paciente

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Nota: El padre o guardián que acompaña el paciente es responsable del pago del tratamiento el día de la cita.

### QUEREMOS SABER DE SU NINO/A

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ 2do Nombre \_\_\_\_\_

Nombre Preferido \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección casa: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Numero de casa \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**MADRE** \_\_\_\_\_Madre \_\_\_\_\_Madrastro \_\_\_\_\_Guardián

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

Dirección \_\_\_\_\_

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

Empleador \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**PADRE** \_\_\_\_\_Padre \_\_\_\_\_Padrastra \_\_\_\_\_Guardián

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

Dirección \_\_\_\_\_

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

Empleador \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### QUIEN ESTA ACOMPAÑANDO AL NINO/A HOY?

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

Relación con niño/a? \_\_\_\_\_

Tiene custodia legal de niño/a? Si o No

### PERSONA RESPONSIBLE DE LA CUENTA

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

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Est/Código Postal \_\_\_\_\_

Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

### SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_

Responsable de póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro social \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**A quien le agradecemos por referirlos a la oficina?** \_\_\_\_\_



**Historia Medica**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Ha ido su niño(a) al dentista anteriormente? Si \_\_\_ o No \_\_\_

Razón por la cual trae a su niño(a) hoy (queja principal) \_\_\_\_\_

\_\_\_S \_\_\_N Su niño está siendo tratado por un medico?

Nombre: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

\_\_\_S \_\_\_N Alguna vez su niño ha sido hospitalizado? Para que y cuando?

\_\_\_S \_\_\_N Alguna vez su niño ha recibido anestesia general? Hubo alguna complicación?

\_\_\_S \_\_\_N Alguien en la familia ha tenido complicaciones con anestesia general? Explique:

\_\_\_S \_\_\_N Su niño es alérgico a alguna medicina, comida o látex?

\_\_\_S \_\_\_N Su niño esta tomando medicinas? Que medicina?

Esta al día en sus vacunas? \_\_\_\_\_

Ha nacido prematuro o con bajo peso? \_\_\_\_\_

Ha tenido que tomar medicinas por mucho tiempo? \_\_\_\_\_

Alguna vez ha sido diagnosticado su niño por alguna de las siguientes enfermedades?

- |                                    |                                     |                                  |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| ___S ___N Anemia                   | ___S ___N TDAH                      | ___S ___N Artritis               |
| ___S ___N Bilirrubina              | ___S ___N Asma                      | ___S ___N Leucemia               |
| ___S ___N Golpe en la cabeza       | ___S ___N Sarampión                 | ___S ___N Problemas de Sangrar   |
| ___S ___N Atraso Mental            | ___S ___N Cáncer                    | ___S ___N Problemas Ortopédicos  |
| ___S ___N Cerebral Parálisis       | ___S ___N Otitis(Infección de Oído) | ___S ___N Convulsiones           |
| ___S ___N Neumonía                 | ___S ___N Fibrosis Quística         | ___S ___N Embarazo               |
| ___S ___N Retraso en el Desarrollo | ___S ___N Fiebre Reumática          | ___S ___N Diabetes               |
| ___S ___N Fiebre Escarlata         | ___S ___N Problema de Ojos          | ___S ___N Anemia Falciforme      |
| ___S ___N La Pérdida de Audición   | ___S ___N Spinibifida               | ___S ___N Murmullo en El Corazón |
| ___S ___N Hepatitis                | ___S ___N Tos Ferina                | ___S ___N Alta Presión           |
| ___S ___N VIH/ SIDA                | ___S ___N Síndrome de Down          | ___S ___N Cirugía Cerebral       |

Otro: \_\_\_\_\_

Su niño ha sido visto por un dentista antes? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

Ha tenido algún accidente que implicó dientes o boca? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

Su niño tiene una condición dental que corre en la familia? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

Se cepilla sus dientes con regularidad? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cuantas Veces y Cuándo? \_\_\_\_\_

La agua en su comunidad tiene fluoruro? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Alguna vez ha tomado vitaminas con fluoruro/enjuagues/pastillas? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

Que pasta dental usa su niño? \_\_\_\_\_

Usa hilo dental? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cuantas veces y cuándo? \_\_\_\_\_

Como espera que su niño reaccione al tratamiento dental? \_\_\_\_\_

Muy bien \_\_\_ Mas o menos \_\_\_ No bien Porque? \_\_\_\_\_

Su niño practica algún deporte? \_\_\_\_\_

Su niño tiene algunos hábitos orales (chuparse el dedo, comerse las uñas) SI \_\_\_ NO \_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

Alguna otra información que quiera decirnos? \_\_\_\_\_



# Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.

Por ley, Se nos requiere mantener la privacidad de su información protegida, entregarles a los pacientes un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad en lo que respecta a la información protegida, y notificarles a las personas afectadas después de cualquier acceso no autorizado. Tenemos que cumplir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en vigencia. Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre y cuando tales cambios estén permitidos por las leyes que correspondan, y para establecer la vigencia de disposiciones nuevas en el Aviso para toda la información protegida que mantenemos. Cuando hagamos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, Cambiaremos este Aviso.

## **Puede pedir una copia de nuestro Aviso en cualquier momento.**

### MANERAS EN LAS QUE PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Podemos usar y divulgar su información para diferentes propósitos, entre ellos tratamiento, pago y operaciones de salud. Por ejemplo la relacionada con VIH, genética, los expedientes de abuso de alcohol y/o sustancias y los expedientes de salud mental podrían contar con protecciones especiales de confidencialidad de conformidad con las leyes estatales o federales correspondientes. Podemos usar y divulgar su información para su tratamiento con un especialista. Podemos usar y divulgar su información para obtener reembolso por el tratamiento y los servicios que usted reciba de nosotros o de otra entidad involucrada en su atención. Incluyen facturación, cobro, manejo de reclamos y determinaciones de elegibilidad y cobertura a fin de obtener pago de usted, una compañía de seguros o un tercero. Podemos enviarle reclamos a su plan dental que Contendrán información. Podemos usar y divulgar su información en conexión con nuestras operaciones de salud. Incluyen evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento, conducir programas de capacitación y actividades de licenciamiento. Podemos compartir información con un familiar o con cualquier otra persona que usted identifique porque está involucrada con su atención o es responsable por el pago. Podemos divulgar información con un representante de paciente. Si una persona cuenta con autorización legal para tomar decisiones de atención médica, trataremos a ese representante de la misma manera que lo trataríamos a usted en lo que respecta a su información. Podemos usar o divulgar su información para prestar ayuda en casos de desastre. Podemos usar o divulgar su información cuando sea Requerido por ley. Podemos divulgar su información por razones de salud pública:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad
- notificarle/ Reportar a la autoridad gubernamental correspondiente cuando creamos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia /violencia doméstica
- reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos o aparatos
- notificarle a una persona sobre productos o aparatos que se van a recolectar, reparar o reemplazar

- notificarle a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad /condición

Podemos divulgarle información a personal de las fuerzas armadas/autoridades militares en ciertas circunstancias, a los funcionarios federales autorizados que requieran información legales o de otro tipo de seguridad nacional. Podemos divulgarle la información protegida de un recluso o paciente a una institución correccional u oficial de policía que tenga custodia legal de esa persona. Divulgaremos al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos cuando sea requerido para investigar o determinar el cumplimiento de la ley HIPAA. Podemos divulgar su información protegida hasta el grado autorizado por y necesario para cumplir las leyes relacionadas con la compensación obrera u otros programas similares establecidos por ley. Podemos divulgar su información por motivos de ejecución de la ley según esté permitido por la ley HiPAA, como sea requerido legalmente, o en respuesta a un emplazamiento u orden de tribunal. Podemos compartir su información con una agencia de supervisión para actividades autorizadas por ley. Incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y determinaciones de credenciales según sean necesarias para obtener licencia y para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles. Si usted está involucrado en una demanda o disputa, Podemos divulgar su información en respuesta a una orden de un tribunal o administrativa, en respuesta a un emplazamiento, solicitud de descubrimiento u otros procesos de ley instituidos por otra persona involucrada en la disputa, pero únicamente si ha habido esfuerzos por la parte que la está solicitando o por nosotros de decirle sobre la solicitud o de obtener una orden para proteger la información. Podemos compartir su información protegida con investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional o de privacidad que haya protocolos para asegurar la privacidad de su información. Podemos compartir su información protegida con un médico forense. Esto podría ser necesario, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte. Podemos

compartir su información protegida con directores fúnebres de conformidad con las leyes aplicables para que ellos puedan llevar a cabo sus funciones. Podemos comunicarnos con usted para darle información sobre actividades que auspiciamos, que incluyen programas de recaudación de fondos, según lo permitan las leyes aplicables. Si no desea recibir ese tipo de información Puede optar por no recibir las comunicaciones .**OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA** Se requerirá su autorización (con pocas excepciones) para divulgar notas de sicoterapia, usar o divulgar la información protegida para propósitos de mercadeo o vender la información protegida. Obtendremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información protegida para propósitos que no sean los dispuestos en este Aviso (o como de otro modo lo permitan o requieran las leyes). Puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento. Al recibir la, dejaremos de Usar o divulgar su información protegida excepto al grado que ya hayamos tomado acción habiendo contado con la autorización. Tiene derecho a ver o conseguir copias de su información con limitadas excepciones. Debe de solicitarlo por escrito. El Formulario para solicitar acceso se puede obtener usando la información de contacto al final de este Aviso. Si solicita Información que tenemos en papel, podemos proporcionarle copias. Si pide información que mantenemos de forma electrónica, Tiene derecho a obtener una copia electrónica. Le cobraremos un cargo razonable basado en el costo de los suministros y el trabajo de hacer las copias, y por el franqueo si quiere que le enviemos las copias por correo. Si se le niega una solicitud de acceso, Tiene derecho a que la denegación sea revisada de conformidad con los requisitos de las leyes aplicables. Excepto en el caso de ciertas divulgaciones, tiene derecho a recibir un registro de las veces que se ha divulgado su información de conformidad con las leyes y regulaciones aplicables. Para pedir un registro de las divulgaciones de su información, deberá presentarle una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad. Si usted solicita este registro más de una vez en un período de 12 meses, Podemos cobrarle un cargo. Puede solicitar restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información presentándole una solicitud por escrito al

Funcionario de Privacidad. Su solicitud deberá incluir (1) qué información desea limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación, o ambos, y (3) a quién quiere que le apliquen las limitaciones. **No se nos requiere estar de acuerdo con su solicitud excepto en el caso en que la divulgación sea a un plan médico con el propósito de recibir un pago** o efectuar operaciones de salud, y la información es únicamente en referencia a un artículo o servicio de salud por el que usted, o una persona a nombre suyo (que no sea el plan médico) le haya pagado por completo a nuestro consultorio. Puede solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información por un medio alternativo o en un lugar alternativo. Debe solicitarlo por escrito, deberá especificar el medio o lugar alternativo, y proporcionar una explicación satisfactoria sobre cómo se manejarán los pagos en el medio o lugar alternativo que está solicitando. Nosotros daremos toda solicitud razonable. Si no podemos comunicarnos con usted usando los medios o lugares que ha solicitado, entonces podremos comunicarnos con usted usando la información que tengamos. Puede pedir que enmendemos su información, por escrito, y la misma deberá explicar por qué la información debe ser enmendada. Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias. Si estamos de acuerdo con su solicitud, enmendaremos su expediente y se lo notificaremos. Si denegamos su Solicitud de enmienda, le proporcionaremos una explicación por escrito de por qué la negamos y explicaremos sus derechos. Recibirá notificaciones de cualquier acceso no autorizado a su información protegida según se requiere por ley. Puede recibir una copia si la solicita, aun cuando haya acordado recibir este Aviso electrónicamente en Nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail). Si desea más información sobre HIPAA, tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros. Si le preocupa que pudiéramos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión nuestra en cuanto al acceso a su información o en respuesta a una solicitud suya para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información o para que nos comuniquemos con usted, Puede presentarnos una queja, por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección cuando la solicite.

#### **PARA EL PACIENTE**

**Yo e recibido y leído el formulario de Privacidad de la oficina**

**Padre/Guardián (INPRIMIR)** \_\_\_\_\_ **Paciente** \_\_\_\_\_

**Firma De Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Dentalsaurus  
2500 W. William Cannon, Ste 507  
Austin, Texas 78745

**Políticas de paciente**

Bienvenidos y gracias por elegir nuestra oficina. Verdaderamente apreciamos confiarnos su salud bucal dental. Como una oficina y personal nos enorgullecemos en ofrecer Odontología de alta calidad con un compromiso de servicio al cliente superior. Es importante que usted entienda estos por lo que podemos servir a usted y todos nuestros pacientes lo mejor de nuestra capacidad.

**Política financiera y responsabilidad**

\_\_\_ Con mucho gusto presentar el reclamo de seguro a su compañía de seguros proporciona como una cortesía a usted. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros. Es responsabilidad del paciente para notificar a esta oficina los cambios de nombre, dirección, empleador o política. El pago se requiere en el momento de los servicios para todos los cargos no cubiertos por la compañía de seguros como copagos y deducibles. (Política financiera a todos los pacientes y seguro. Por favor pregunte a recepción representante para obtener más información.) Estoy de acuerdo que seré responsable de pagar por cualquiera de los cargos que no están cubiertos por el seguro que he proporcionado.

Pagar cualquier requiere Co-pago o deducible en el momento de la visita. Si no paga el saldo seguro dentro de 30 días de recibir un formulario de declaración o de oficina. (Cuando Dentalsaurus recibe una explicación de beneficios (EOB) de su compañía de seguros; cualquier cantidad que usted necesita pagar le facturará a usted).

Entiendo que mi obligación puede ser referido a una agencia de cobranza de terceros y que seré responsable de cualquier cargo de la colección, interesado y otro necesario expensado para cobrar en mi cuenta, incluyendo el costo del corte, deben ser instaurado acciones legales contra mí.

**Política de nombramiento:** Una cita en nuestra oficina es especialidad reservada para usted y el médico o higienista. Si eres incapaz de hacer su tiempo reservado, le recomendamos llamar a nuestra oficina durante el horario al menos 1 día hábil (24) horas en avanzado.

- Una cita de "presentarse" es donde un paciente no llame a nuestra oficina o dejar un mensaje 24 horas antes de la fecha de la cita. Una cita de no-show se cobrará un cargo por cancelación de \$35.
- Después de dos nombramientos no-show se le cobrará un segundo cargo por cancelación de \$35.
- Si está ejecutando tarde para una cita, le pedimos que llame a mantenernos informados. Esto permitirá que nuestro plan de flujo como suavemente como sea posible. Haremos todo que lo posible para ajustar nuestro horario para que usted consiga su servicio que nuestro coordinador de programa trabajará con usted según sea necesario

**Política de cheques devueltos**

Si se realiza un pago en una cuenta de cheque y el cheque es devuelto como fondos insuficientes (NSF), cuenta cerrada (AC) o consulte al fabricante (RTM), el paciente o persona responsable del paciente será responsable por el monto del cheque original además de un cargo por servicio \$45,00. Una vez recibida la notificación de los cheques devueltos, Dentalsaurus le enviará una carta para notificar a la parte responsable de los cheques devueltos. Si una respuesta no se hace dentro de 15 días desde la fecha de la carta por el paciente o responsable, la cuenta puede ser entregada a nuestra agencia de colección y una cuota de colección se agregará al saldo – además de la carga de servicio Compruebe de \$45,00. Al firmar abajo, usted acepta aceptar la responsabilidad financiera total como un paciente que está recibiendo servicios dentales o como la parte responsable para pacientes menores. La firma verifica que ha leído la declaración anterior, entender sus responsabilidades y de acuerdo con estos términos.

Nombre de pacientes: \_\_\_\_\_

Cargo nombre partido: \_\_\_\_\_

Firma de la parte responsable: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_