

Bienvenido a PDS:

Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental. Nos esforzamos para que cada una de las visitas de los niños sea agradable y cómoda. Por favor complete este formulario completamente en tinta.

Su niño

El nombre del niño/niña _____

Apodo _____

Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____

Sexo _____

Edad _____

Grado _____

Persona Responsable

Nombre _____

Relación _____

Dirrección _____

Ciudad _____ Estado _____

¿Come se entero de nuestra practica? _____

¿Quien es responsable por hacer citas? _____

Nombre _____

Mejor hora para llamar? _____

Telefono de casa _____

Telefono Móvil _____

Nombre del contacto de emergencia/Telefono (pariente cercano, vecino, ect) _____

Seguro Primario

Nombre del asegurado _____

Relación _____

Fecha de Nacimiento _____

SSN _____

Teléfono de casa _____

Teléfono del trabajo _____

Teléfono móvil _____

Correo electronico _____

Compañía de seguros _____

Tengo o seré informado de mi plan de tratamiento y las tarifas asociadas. Acepto ser responsable de todos los cambios a los que doy mi consentimiento para los servicios y materiales dentales no pagados por mi plan de beneficios dentales, a menos que lo prohíba la ley. o el dentista tratante o la práctica dental tienen un acuerdo contractual con mi plan que prohíbe la totalidad o una parte de dichos cargos en la medida en que lo permita la ley. Yo consiento a Pediatric Dental Specialist of Williamsburg Pllc's Consiento el uso y la divulgación de mi información médica protegida de pds para realizar actividades de pago en relación con reclamaciones. Por la presente autorizo y pago directo de los beneficios dentales que de otra manera me serían pagaderos, directamente a la entidad dental nombrada a continuación Pediatric Dental Specialist of Williamsburg, Pllc.

X _____

Especialista Dental Pediátrico PLLC

Evaluación Oral inicial

Nombre de paciente _____ Fecha _____

Nombre del paciente/tutor _____

Motivo de la visita de hoy _____

Historial Médico

1. Su hijo tiene alguna **enfermedad**? Sí/No
En caso que sí/explíquelo por favor. _____
2. Alguna vez ha sido **hospitalizado** su hijo? Sí/No
En caso que sí/ explíquelo por favor. _____
3. Su hijo ha tenido alguna **cirugía**? Sí/No
En caso que sí/ explíquelo por favor. _____
4. Fecha del último **físico** y **nombre del médico regular**? _____
5. **Están las vacunas** de su hijo al día? Sí/No
6. Hay **algún historial médico familiar** significativo? Sí/No
7. Hay algún problema en la familia con **anestesia general**? Sí/No
En caso que sí/ explíquelo por favor. _____
8. Esta su hijo tomando algún **medicamento** (recetado o sin receta)?
En caso que sí/ explíquelo por favor. _____
9. Tiene su hijo alguna **alergia** a algún alimento o medicamento? Sí/No
En caso que sí explíquelo por favor. _____
10. *Esta su hijo expuesto a humo de cigarro?* Sí/ No

Historia Dental

11. Es esta la **primera visita dental** de su hijo? Sí/No
Si no, fecha de la ultima visita y tratamiento. _____
12. Su hijo ha tenido alguna **mala experiencia** en el consultario dental antes?
En caso que sí/ explíquelo por favor. _____
13. **Comó reacciona** su hijo al **tratamiento dental**? **Bien** **Aceptable** **Temeroso/Resistente**
14. Ha tenido su hijo alguna **lesion** en la cara o los dientes Sí/No
En caso que sí/explíquelo por favor. _____
15. Tiene su hijo algún **hábito oral** como chupar objetos o dedos? Sí/No
En caso que sí/ explíquelo por favor. _____
16. Hay **fluoruro** en su agua portal? Sí/ No/ No estoy seguro
17. Que **bocadillos** come su hijo con mas frecuencia? _____
18. Su hijo lleva **bebidas** a la cama?
En caso que sí/explíquelo por favor. _____
19. Tiene su hijo acceso ilimitado a **bebidas** en una taza o biberon durante el día?
En caso que sí/explíquelo por favor _____
20. Tiene su hijo antecedentes de malas reacciones a la **anestesia local**?

Su hijo, actualmente tiene o ha tenido un historial de alguno de los siguientes? **Sí/No**

AIDS-HIV	Problemas de crecimiento y desarrollo
Anemia	Dolor de cabezas
Artritis	Problemas de audición o del habla
Asma	Defecto cardíaco
Autismo	Soplo cardíaco
Control de la natalidad	Cirugía cardíaca
Defectos de Nacimiento	Hemofilia
Problemas de vejiga	Hepatitis A
Problemas de sangrado	Hepatitis B
Enfermedad de la sangre	Hepatitis C
Transfusión de sangre	arterial alta
Problemas de hueso	Hidrocefalia
Transplante de médula ósea	Hiperactividad/ ADHD
Daño al cerebro	Enfermedad del riñón
Moretones fácilmente	Leucemia
Cáncer	Enfermedad hepática
Parálisis cerebral	Ronquidos fuertes
Quimioterapia /radiación	Sarampión/papera/ rubeola
Varicela	Respiración bucal
Infecciones crónicas del oído	Deficiencia nutricional
Labio/ paladar hendido	Úlceras orales
Fibrosis Quística	Dolor en las articulaciones
Retraso de desarrollo	Parto prematuro
Diabetes	Problemas con la anestesia
Enfermedad que afecta el crecimiento normal	Atención psiquiátrica
Adicción a alguna droga	Enfermedad por reflujo
Congestión del oído, picazón, ruidos	Fiebre reumática
Trastornos alimentarios	Escoliosis
Eczema	Exposición al humo de segunda mano
Dificultades emocionales	Enfermedad de transmisión sexual
Epilepsia o convulsiones	Colocación del derivación
Problemas oculares	Anemia faciforme
Náuseas excesivas	Problemas de la piel
Desmayos o mareos	Stroke
Ampollas de fiebre	Síndrome
Tos frecuente resfriados	Problemas de amígdala
Trastornos genéticos	Tuberculosis
	Tos ferina

Esta siendo seguido por un médico por cualquier de los anteriores?

Nombre del médico y el número del teléfono.

Cualquier otra condición?

Firma del padre/guardian _____

Sí/ No

Sí/ No

Fecha _____

Pediatric dental Specialist of Williamsburg, P.I.C.
213 Bulifants Boulevard, Suite B, Williamsburg, VA 23188
757-903.4525

AVISO SOBRE PRÁCTICAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACION MÉDICA SOBRE USTED SE UTILIZA Y SE DIVULGA Y CÓMO USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LE RECOMENDAMOS QUE LO LEA CON ATENCIÓN. Asegurarnos que la información médica que lo identifica a usted se mantenga privada. Este aviso le dirá a usted las maneras en que nosotros podríamos utilizar o divulgar información médica sobre usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos nosotros sobre el uso y la divulgación de información médica.

OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO Y ATENCIÓN MÉDICA

La razón más común por la que divulgamos o revelamos su información médica es para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos información para propósitos de tratamiento: examinando los dientes, prescribiendo medicamentos y faxes para llenarlos; remitiendo a otro médico o clínica para otros servicios de atención médica; o obtener copias de su información de salud de otro profesional que pueda haber visto antes de nosotros, ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información de salud para fines de pago; preguntarle acerca de sus planes de salud o cuidado dental, o otras fuentes de pago; preparar y enviar facturas o reclamos; y recaudar montos impagos (ya sea nosotros mismos o a través de una agencia de cobro o abogado). "operaciones de atención médica" significa las funciones administrativas o de gestión que tenemos que hacer con el fin de ejecutar en nuestra oficina. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información de salud para las operaciones de atención médica son: auditorías financieras o de facturación; aseguramiento de la calidad interna; decisiones del personal; participar en planes de atención administrada; defensa de asuntos jurídicos; Planificación de las bussiness; y el almacenamiento externo de nuestros registros. Utilizamos rutinariamente su información de salud dentro de nuestra oficina para estos fines sin ningún permiso especial. Si necesitamos revelar su información de salud fuera de nuestra oficina por estas razones, le pediremos un permiso especial por escrito.

USOS Y DESCLOSURE POR OTRAS RAZONES SIN PERMISO

En algunas situaciones limitadas, la ley nos permite o nos obliga a usar o divulgar su información médica sin su permiso. No todas estas situaciones se aplicarán a nosotros; algunos pueden nunca subir a nuestra oficina en absoluto. tales usos o divulgaciones son:

1. Cuando una ley estatal o federal ordena que una cierta información de salud sea reportada para un propósito específico;
2. Para fines de salud pública, tales como Informes de enfermedades contagiosas, investigación o vigilancia; y avisos hacia y desde la administración federal de alimentos y medicamentos con respecto a medicamentos o dispositivos médicos.
3. Divulgaciones a las autoridades gubernamentales sobre las víctimas de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
4. Usos y divulgaciones para actividades de supervisión de la salud, como la concesión de licencias a médicos, para adultos por Medicare o Medicaid; o para investigar posibles violaciones de las leyes de atención médica.
5. Divulgaciones para procedimientos judiciales y administrativos, como en respuesta a citaciones u órdenes de tribunales o agencias administrativas.
6. Divulgaciones para propósitos policiales; como para proporcionar información sobre alguien que es o se sospecha que es víctima de un delito; para proporcionar información sobre un delito en nuestra oficina; o reportar un crimen que ocurrió en otro lugar;
7. Divulgación a un examinador médico para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte; o a directores funerarios para ayudar en el entierro; o a organizaciones que manejan donaciones de órganos o tejidos.
8. Usos o divulgaciones para la investigación relacionada con la salud.
9. Usos o divulgaciones para prevenir una amenaza seria a la salud o seguridad.
10. Usos o divulgaciones para funciones gubernamentales especializadas, tales como para la protección del Presidente o funcionarios del gobierno de alto rango; para actividades de inteligencia nacional lícitas; para fines militares; o para la evaluación y la salud de los miembros del servicio extranjero.
11. La divulgación de información desidentificada.
12. Divulgación relacionada con los programas de compensación del trabajador.
13. Divulgación de un "conjunto de datos limitados" para la investigación, la salud pública, o las operaciones de atención médica.
14. Divulgación incidental que es inevitable por el producto de usos permitidos y divulgaciones

15. Divulgaciones a "Socios Comerciales" que realizan operaciones de atención médica para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su información de salud; A menos que se oponan, también compartiremos información relevante sobre su atención médica con su familia o amigos que le están ayudando con su atención dental.

RECORDATORIOS DE CITAS

Podemos llamarlo o escribirle para recordarle las citas programadas, o que es el momento de hacer una cita de rutina. También podemos llamar o escribir para notificarle de otros tratamientos o servicios disponibles en nuestra oficina que podrían ayudarle. A menos que nos diga lo contrario, le enviaremos por correo un recordatorio de cita en una tarjeta postal, y/o le dejaremos un mensaje de recordatorio en su contestador automático o con alguien que responda su teléfono si no está en casa.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES

No haremos ningún otro uso o divulgación de su información de salud a menos que firme un "formulario de autorización" escrito "el contenido de un" formulario de autorización "está determinado por la ley. A veces podemos iniciar el proceso de autorización si el uso o divulgación es nuestra idea. A veces, puede iniciar el proceso si es su idea que enviemos su información a otra persona. Por lo general, en esta situación, nos dará un formulario de autorización debidamente completado o puede utilizar uno de los nuestros. Si iniciamos el proceso y le pedimos que firme un formulario de autorización, no tiene que firmarlo. Si no firma la autorización, no podemos hacer el uso o la divulgación. Si firma uno, puede revocarlo en cualquier momento, a menos que ya hayamos actuado. Las revocaciones deben estar por escrito. Envíelos a la persona de contacto de la oficina nombrada al comienzo de este aviso.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

LA LEY LE DA MUCHOS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD. USTED PUEDE:

1. Pídanos que limitemos nuestros usos y divulgaciones para fines de tratamiento (excepto tratamiento de emergencia), pagos u operaciones de atención médica. No tenemos que aceptar hacer esto, pero si estamos de acuerdo, debemos cumplir con las restricciones que usted desea. Para solicitar restricciones, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección que se muestra al comienzo de este aviso.
2. Pídanos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo, llamándole por teléfono al trabajo en lugar de a su casa, enviándonos información médica a otra dirección o enviando un correo electrónico a su dirección de correo electrónico personal. Aceptaremos estas solicitudes si son razonables y si nos paga por cualquier costo adicional. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección que se muestra al comienzo de este aviso.
3. Pídanos ver o obtener fotocopias de su información de salud. Por ley, existen algunas situaciones limitadas en las que podemos negarnos a permitir el acceso o la copia. Sin embargo, por la mayor parte, podrá revisar o recibir una copia de su información de salud dentro de los 30 días posteriores a la solicitud (o sesenta días a partir de la fecha de almacenamiento de la información). Es posible que tenga que pagar fotocopias por adelantado. Si rechazamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito e instrucciones sobre cómo obtener una revisión imparcial de nuestra denegación si hay una disponible legalmente. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días para que podamos darle acceso o fotocopias si le enviamos una notificación por escrito de la extensión. **desea** revisar u obtener fotocopias de su información de salud, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección que se encuentra al comienzo de este aviso.
4. Pídanos que enmendemos su información de salud si cree que es incorrecta o está incompleta. Si estamos de acuerdo, enmendaremos la información dentro de los 60 días a partir de la fecha en que lo solicite. Enviaremos la información corregida a las personas que sabemos que obtuvieron la información incorrecta y la otra que usted especifique. Si no estamos de acuerdo, puede escribir una declaración de su posición y la incluiremos con su información de salud junto con cualquier declaración de refutación que podamos escribir. Una vez que su declaración de posición y / su refutación se incluyera, en su información de salud, la enviaremos junto con cada divulgación que permita su información de salud. Por ley, podemos tener una extensión de tiempo de 30 días para considerar una solicitud de enmienda si le notificamos por escrito de la extensión. Si desea solicitarnos que modifiquemos su información de salud, envíe una solicitud por escrito, incluidos los motivos de la enmienda, a la persona de contacto de la oficina a la dirección que se muestra al comienzo de este Aviso.
5. Obtenga una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información de salud en los últimos seis años (o un período más corto si lo desea). Por ley, la lista no incluirá: revelaciones de los fines de tratamiento, pago de operaciones de atención médica; revelaciones con su autorización; revelaciones incidentales; revelaciones requieren por ley; y algunas otras revelaciones limitadas. Usted tiene derecho a una de esas listas por año sin cargo. Si desea una lista más frecuente, tendrá que pagar por adelantado. Por lo general, responderemos a su solicitud dentro de los 60 días de haberla recibido, pero por ley podemos tener una extensión de tiempo de 30 días si le notificamos la extensión por escrito. Si desea una lista, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina al comienzo de este aviso.
6. Obtenga copias adicionales en papel del Aviso de prácticas de privacidad cuando lo solicite. No importa si ya tiene uno electrónico o en papel. Si desea copias adicionales en papel, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina al comienzo del aviso.

NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por ley, debemos cumplir con los términos de estos Avisos de Prácticas de Privacidad hasta que decidamos cambiarlo. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento según permitido por la ley. Si cambiamos este Aviso, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a su información de salud que ya tenemos, así como a la información que podamos generar en el futuro. Si cambiamos nuestro Aviso de prácticas de privacidad, publicaremos un nuevo aviso en nuestra oficina y tendremos copias disponibles en nuestra oficina.

Quejas

Si cree que no hemos respetado adecuadamente la privacidad de su información de salud, puede presentar una reclamación ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja. Si desea presentarnos una queja, envíe una queja por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección que aparece al comienzo de este aviso. Si lo prefiere, puede discutir su queja en persona o por teléfono.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, llame o visite a la persona de contacto de la oficina a la dirección o al número de teléfono que se muestra al comienzo del aviso.

*******AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DE IDENTIFICACIÓN*******

Autorizo el despacho profesional de Pediatric Dental Specialist, PLLC a divulgar información de salud que me identifica (incluyendo, si corresponde, información sobre la infección por VIH o SIDA, información sobre el tratamiento de abuso de sustancias e información sobre servicios de salud mental) bajo los siguientes términos y condiciones:

1. Descripción detallada de la información a ser liberada:
2. A quién se puede divulgar la información (nombre (s) o clase (s) de recipientes)
3. El (los) propósito (s) para la liberación (si la autorización es iniciada por el individuo, es permisible indicar a solicitud del individuo" como propósito, si así lo desea el individuo):
4. Fecha de expiración o evento relacionado con el individuo o el propósito del lanzamiento.

Es completamente su decisión si desea o no firmar este formulario de autorización. No podemos negarnos a tratarlo si decide no firmar esta autorización. Si firma esta autorización, puede revocarla más tarde. La única excepción a su derecho de revocación es si ya hemos actuado en función de la autorización. Si desea revocar su autorización, envíenos una nota escrita o electrónica que nos informe que su autorización ha sido revocada. Envíe esta nota a la persona de contacto de la oficina que figura en la parte superior del formulario

Cuando su Información de salud se divulga como se proporciona en esta autorización, el destinatario a menudo no tiene la obligación legal de proteger su confidencialidad. En muchos casos, el destinatario puede volver a divulgar la información como desee. En ocasiones, la ley estatal o federal cambia esta posibilidad.

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO. ESTOY FIRMANDO EL CONSENTIMIENTO VOLUNTARIAMENTE. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DE MI HIJO QUE SE DESCRIBE EN ESTE FORMULARIO.

Firma del padre / Tutor Legal _____

Fecha _____

SI NO SE PRESENTA A SU CITA

Debido a la creciente demanda de citas en nuestra oficina, hemos puesto en marcha una nueva táctica SI NO SE PRESENTA A SU CITA. Llame para cancelar o cambiar su cita con 24 horas de anticipación. Reconocemos que pueden producirse conflictos de programación, así que llámenos lo antes posible si esto ocurre.

1. No habrá penalización por la primera cancelación o no se presenta dentro de las 24 horas de la cita.
2. Lo inactivaremos por segunda vez como paciente registrado y le brindaremos acceso a nuestro consultorio durante los 30 días de atención de urgencia hasta que encuentre otra clínica dental.

Nuestra oficina principal intenta comunicarse con todos los pacientes 2-3 días antes de su cita. Desafortunadamente, las citas perdidas o fallidas contribuyen a una programación ineficiente, tiempo perdido y tarifas más altas. Si hay algún cambio en la dirección o el número de teléfono que pueda complicar el contacto con usted, informe a nuestras oficinas lo antes posible. No somos responsables debido a la incapacidad de llegar a usted.

Por favor, comprenda que estas políticas están destinadas a mantener nuestra práctica funcionando sin problemas y de manera eficiente. También ayudan a que su tratamiento sea lo más asequible posible y en un nivel de calidad superior. Si tiene alguna pregunta sobre esta política, no dude en contactarnos.

Sinceramente,

Pediatric Dental Specialist, PLLC

He recibido y entiendo la táctica Si No Presento A Mi Cita,

X _____

Firma del padre / tutor legal

Fecha

Pediatric Dental Specialist

Pediatric Dental Specialist se complace en proporcionar el mejor servicio tanto a nivel clínico como de atención al paciente. Por lo tanto, haremos todo lo posible para que su visita a nuestra oficina sea lo más fácil posible. Al hacer su cita con nosotros, recopilaremos la información de su seguro. Esto permite que nuestro personal verifique sus beneficios dentales y le brinde un **ESTIMADO** según lo que pueda cubrir su plan dental, si el tiempo lo permite. Por favor, tenga en cuenta que esto es sólo una ESTIMACIÓN. Las compañías de beneficios / seguros solo darán una estimación, no una garantía de pago. Le pasaremos esta información que hemos recopilado junto con usted para garantizar que tenga el tiempo adecuado para llegar preparado para el procedimiento dental de su hijo. Su porción de paciente se debe en este momento del servicio. Para su comodidad, aceptamos **EFFECTIVO, VISA, MASTERCARD, DESCUBRIMIENTO y CUIDADO DE CRÉDITO**. Una vez que se complete su procedimiento dental, presentaremos su seguro para usted. Según la información que hayamos recopilado de usted. Una vez que recibamos el pago de su plan individual, le enviaremos un estado de cuenta para el saldo restante y no procesaremos un cheque de reembolso a nombre de su cuenta. Los cheques de reembolso se procesan aproximadamente una vez al mes. Aunque hacemos todo lo posible para garantizar que el pago se procese de manera oportuna, a veces es necesario volver a enviar su reclamo de seguro. Esto puede retrasar el pago. Dado que procesamos los estados de cuenta de forma individual, el pago se debe realizar una vez recibido el estado de cuenta. Todas las cuentas de Delinquent se entregarán al Transworld System para una mayor actividad de cobro. Si su cuenta debe enviarse al Transworld System, se agregará una tarifa de servicio del 33% a su saldo restante. **Nota: Si su asegurado no reembolsa el Pediatric Dental Specialist después de 2 presentaciones, usted será responsable del resto del saldo en su cuenta.** Gracias por confiarnos el cuidado dental de su hijo.

Firma: _____

Fecha: _____