



# BIENVENIDO!

Con placer recibimos a su niño en nuestra oficina. Nuestra meta es hacer que la visita de cada niño sea placentera y educativa. Nuestra practica se basa en el cuidado preventivo. Deseamos enseñarle una buena higiene oral que le permita a su niño tener una hermosa sonrisa que dure toda la vida!

[www.fallschurchkids.com](http://www.fallschurchkids.com)

## Cuéntenos de su niño

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

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

Pasatiempos: \_\_\_\_\_

Télefono Casa: (    ) \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección del niño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ #Apt. / Condo

\_\_\_\_\_ Ciudad                      Estado                      Codigo Postal

## Información general

Quién acompaña al niño hoy? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Tiene Ud. custodia legal de este niño?  Sí  No

Aquíen debemos agradecerle que lo refiriera? \_\_\_\_\_

Otros hermanos atendidos por nosotros: \_\_\_\_\_

Anterior/Presente Dentista: \_\_\_\_\_

Fecha de ultima visita \_\_\_\_\_ Telefono de dentista \_\_\_\_\_

Pariente o amigo que no viva con Ud.:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad                      Estado                      Codigo Postal

## Información de los padres

Quién en responsable de la cuenta? \_\_\_\_\_

Estado civil de los padre  Solieros  Casados  Viudos  Divorciados  Separados

Padre  Padrastro  Tutor

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección (si es distinta de la del niño): Tel. Casa: (    ) \_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_ #Licencia de manejar: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: (    ) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Tel. Celular/Otro: (    ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Patrón: \_\_\_\_\_

Dirección del patrón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad                      Estado                      Codigo Postal

*Si tiene Plan Dental para el niño, por favor llene la información a continuación:*

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad                      Estado                      Codigo Postal

Teléfono de la compañía de seguros: (    ) \_\_\_\_\_

Número de grupo (# de Plan, Local o Póliza): \_\_\_\_\_

Madre  Madrastra  Tutora

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección (si es distinta de la del niño): Tel. Casa: (    ) \_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_ #Licencia de manejar: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: (    ) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Tel. Celular/Otro: (    ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Patrón: \_\_\_\_\_

Dirección del patrón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad                      Estado                      Codigo Postal

*Si tiene Plan Dental para el niño, por favor llene la información a continuación:*

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad                      Estado                      Codigo Postal

Teléfono de la compañía de seguros: (    ) \_\_\_\_\_

Número de grupo (# de Plan, Local o Póliza): \_\_\_\_\_

## Autorización/Permiso

Certifico que mi hijo/a está cubierto por la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ y que seré responsable de cualquier responsabilidad financiera no cubierta por la aseguranzo. Entiendo que soy responsable por el pago de servicios prestados así como de cualquier deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo al dentista a ditunoir cualquier información que sea necesaria para asegurar el pago de beneficios Autorizo el uso de esta firma en todas los documentos sometidos a la aseguranza, tanto de forma manual como electrónica.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre a guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Historial Dental

Por qué trajo al niño al dentista hoy? \_\_\_\_\_

Ha tomado el niño alguna vez pildoras dietéticas tales como Phen-fen?

(También conocida como Redox o Pondimin)  Sí  No

Sí responde que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿tiene dolor el niño?  Sí  No

Necesita el niño antibióticos antes de recibir tratamiento dental?  Sí  No

Ha tenido el niño problemas serios/complicaciones asociadas con trabajos dentales previos?  Sí  No

Toma el niño agua fluorada?  Sí  No

Ha recibido el niño suplementos de flúor?  Sí  No

Ha sufrido el niño alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandíbula? (TMJ/TMD)?  Sí  No

Se cepilla el niño los dientes diariamente?  Sí  No

Utiliza el niño hilo dental diariamente?  Sí  No

Médico del niño: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Actualmente, está el niño bajo atención médica?  Sí  No

Por favor, describa la salud física de su hijo/a:

Buena  Regular  Pobre

Haga una lista de las medicinas que su hijo esté tomando: \_\_\_\_\_

Favor de incluir algún tipo de alergia que su hijo tenga que no se encuentre en esta lista: \_\_\_\_\_

Sí  No Látex  Sí  No Níquel/Metales  Sí  No Plástico

## Historial Médico

Ha experimentado el niño alguna de los siguientes problemas?

Sí No Sangrado anormal/Hemofilia	Sí No Soplo del corazón
Sí No ADD/ADHD	Sí No Hepatitis
Sí No SIDA/VIH+	Sí No Alta presión
Sí No Anemia	Sí No Ronchas
Sí No Hospitalización/Operaciones	Sí No Problemas con los riñones
Sí No Huesos/ coyunturas/ válvulas artificiales	Sí No Problemas del hígado
Sí No Asma	Sí No Baja presión
Sí No Cáncer	Sí No Lupus
Sí No Varicelas	Sí No Paperas
Sí No Defecto congénito del corazón	Sí No Prolapsia de la válvula mitral
Sí No Convulsiones	Sí No Mononucleosis
Sí No Diabetes	Sí No Prótesis
Sí No Epilepsia	Sí No Fiebre reumática
Sí No Exposición al VIH, pero Neg.	Sí No Fiebre escarlata
Sí No Discapacitación/ Minusvalía	Sí No Sarpullido
Sí No Problemas de audición	Sí No Tuberculosis (TB)

Tiene el niño todas sus vacunas al día?  Sí  No

Hay algo que quiera discutir en privado con el doctor?  Sí  No

Por favor, mencione cualquier problema médico serio/grave que su hijo/a tenga/haya tenido: \_\_\_\_\_

El niño tiene/ha tenido alguna(s) de las siguientes experiencias?

Sí No Chuparse/morderse los labios	Sí No Tomar en botella
Sí No Morderse las uñas	Sí No Chuparse el dedo
Sí No Mordisquear objetos	Sí No Moderse la lengua/las mejillas
Sí No Rospirar por la boca	Sí No Problemas del habla
Sí No Apretar/rechinar los dientes	Sí No Empujar la lengua
No Usar chupón	Sí No Tomar pecho

Nuestra oficina cumple con las normas HIPAA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.

Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. Ésta se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a o dependiente. Autorizo al personal dental a llevar o cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para el niño.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre or guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

### PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

### PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado toda la información médico/dental proporcionada arriba con el padre/guardián y el paciente aquí nombrado.

\_\_\_\_\_  
Firma del dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha

Comentarios del dentista: \_\_\_\_\_

### Actualización del historial médico

Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita?  Sí  No

Si respondió que sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita?  Sí  No

Si respondió que sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha



## PAUTAS FINANCIERAS

**Las Citas** – 24 horas de notificación son requeridas para cancelar las citas. Las citas perdidas o canceladas durante el mismo día tendrán un honorario de \$50.00 dólares, pagadero inmediatamente. Comprendemos que conflictos ocurren, sin embargo, mientras más tiempo de notificación tengamos mejor oportunidad para los pacientes con necesidad de tratamiento dental. Le pedimos que respete nuestro horario así como nosotros respetamos el horario de su cita al ver los pacientes con la mayor puntualidad posible.

**Beneficios Asignados** – La práctica aceptará benefició asignados sí toda la información del plan de seguro es proporcionada antes de la cita y la compañía de seguro es aceptada en la práctica.

**Pacientes de Pago Privado** – El pago en su totalidad es requerido al tiempo que los servicios dentales son realizados.

**El Medicaid** – Es su responsabilidad confirmar su elegibilidad. Si en el momento de servicio, usted no es elegible para beneficios, usted será responsable de todos los cargos. La oficina permitirá 2 ausencias a citas o llegada tarde a la cita. Después de haber faltado dos ocasiones le brindaremos servicios de emergencia por 30 días, tiempo suficiente para encontrar a otro dentista.

**Los Pacientes con Seguro** – Su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es su responsabilidad saber su propio alcance. Como una cortesía, nosotros haremos sus reclamaciones. El paciente, paga la porción estimada calculada por la práctica en el momento del servicio. Cualquier estimado dado por la práctica es puramente “un estimado”. Las compañías de seguro no garantizan ningún pago hasta que ellos reciban el reclamo, lo verifiquen y lo procesen según la cubierta del plan, de ductibles y co--- pagos. Si hay un balance después de que el reclamo sea realizado y el pago de seguro recibido, una cuenta será enviada al paciente para el pago inmediato. Si el reclamo no ha sido pagado en 45 días, nosotros requerimos que usted haga el pago utilizando uno de los métodos de pago permitidos por la práctica.

**Los Métodos de Pago** – Aceptamos dinero en efectivo, transferencia de fondos electrónicos de cuentas de cheques o ahorros, Visa, Master card, Discover y American Express. **Cheques de papel NO son aceptados.**

**Balances** – Si tiene alguna pregunta sobre su cuenta, favor de llamar al departamento de servicio Dental Financiero de Falls Church Pediatric Dental Center (703) 533 – 5511 para aclarar cualquier duda. Cualquier cuenta con balance después de los 30 días recibirá una llamada de seguimiento del departamento de cuenta de Falls Church Pediatric Dental Center.

- El departamento de cuenta de FCPDC, puede procesar pagos de cheques y tarjetas de crédito por teléfono para ayudarle a cerrar cualquier balance pendiente en su cuenta. Puede llamar al (703) 533---5511
- Una vez que llamadas telefónicas han sido realizadas y **NO** hay respuesta a las mismas, el departamento de cuentas enviará una carta para pago en 15 días.
- Si no recibimos respuesta en 15 días, su cuenta será enviada a una agencia de cobro. Usted será responsable del costo contraído para reunir el dinero adeudado pero no limitado a los costos de agencia de cobre, abogados ó gastos de corte.

**He leído y he comprendido las pautas indicadas anteriormente y acepto la responsabilidad financiera como se ha explicado.**

Nombre del paciente(s) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_

Firma de Persona responsable \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA Y COMO PUEDE ACCEDER A ELLA.  
POR FAVOR LEALO CON ATENCION.

A este consultorio se le exige por ley, resguardar la privacidad y confidencialidad de su informacion medica protegida y proporcionar a nuestros pacientes un aviso de nuestros deberes legales y de las practicas de privacidad con respecto a su informacion medica protegida.

### **Divulgacion de su informacion medica.**

#### **Tratamiento.**

Podemos divulgar su informacion medica a otros profesionales de la salud dentro de nuestro consultorio con el proposito de tratamiento, pago u operaciones de atencion de salud. (ejemplo)

*"A veces, puede ser necesario buscar una segunda opinion con respecto a su estado de salud con otros proveedores de servicios de salud asociados a este consultorio".*

*"Es nuestra polftica ofrecer otro proveedor de servicios de salud, autorizado par este consultorio, para que realice eva/uaciones o tratamientos a nuestros pacientes, sin previo aviso, en el caso de la ausencia de su proveedor primario de servicios de sa/ud debido a vacaciones, enfermedad u otra situacion de emergencia".*

#### **Pago.**

Podemos divulgar su informacion medica a su proveedor de seguros para fines relacionados con el pago u operaciones de atencion de salud. (ejemplo)

*"Como cortesfa hacia nuestros pacientes, le enviaremos un estado de cuenta detallado a su aseguradora a efectos de/ pago a este consultorio de las servicios de salud prestados. Si paga personalmente sus servicios de salud, coma cortesfa, le proporcionaremos una factura detallada a su aseguradora con el proposito de que le reembolsen. El estado de cuenta contiene informacion medica, incluidos el diagnostico, fecha de la lesion o enfermedad y las codigos que describen los servicios de salud recibidos.*

### **Indemnizacion por accidentes o enfermedades del trabajo.**

Podemos divulgar su informacion medica segun sea necesario para cumplir con las leyes sobre indemnizacion por accidentes y enfermedades del trabajo del estado.

### **Emergencias.**

Podemos divulgar su informacion medica para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia o a otra persona responsable de su atencion sobre su estado de salud, en caso de emergencia o en caso de fallecimiento.

### **Salud publica.**

En conformidad con la ley, podemos divulgar su informacion medica a las autoridades de salud publica para fines relativos a: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapac idades; informar sobre el abuse o negligencia contra niiiios ; informar sobre violencia intrafamiliar; informar a la Administracion de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en ingles) sobre problemas relacionados con productos y reacciones a medicamentos; e informar sobre la exposicion a infecciones o enfermedades.

### **Procedimientos judiciales y administrativos.**

Podemos divulgar su informacion medica en el transcurso de cualquier procedimiento judicial o administrative.

### **Agencias policiales.**

Podemos divulgar su informacion medica a una autoridad policial para fines tales como la identificacion o ubicacion de un sospechoso, fugitive, testigo esencial o persona extraviada, en cumplimiento de una orden judicial o citacion y para otros fines relacionados con el cumplimiento de la ley.

### **Personas fallecidas.**

Podemos divulgar su informacion medica a jueces de instruccion o examinadores medicos.

### **Donacion de organos.**

Podemos divulgar su informacion medica a organizaciones que participan en la obtension, el trasplante o el manejo de un banco de organos y tejidos.

### **Investigacion.**

Podemos divulgar su informacion medica a investigadores que realicen una investigacion que haya sido aprobada por un Consejo de Revision Institucional (IRB, por sus siglas en ingles).

### **Seguridad publica.**

Puede que sea necesario divulgar su informacion medica a las personas adecuadas para prevenir o reducir una amenaza seria e inminente para la salud o para la seguridad de una persona en particular o del publico en general.

### **Organismos gubernamentales especializados.**

Podemos divulgar su informacion medica para propositos militares, de seguridad nacional, detenidos y beneficios del gobierno.

### **Marketing.**

Podemos contactarlo con fines de marketing o recaudacion de fondos, como se describe a continuacion:(ejemplo)

*"Como cortesfa hacia nuestros pacientes, es nuestra polftica 1/amar a su casa la tarde anterior a la cita concertado para recordarle la hara de esta. Si usted no se encuentra en casa, le dejaremos un mensaje recordatorio en su contestador o a la persona que atendio el telefono. No se divulgara informacion medica personal durante esta grabacion o mensaje aparte de la fecha y hara de la cita concertada Junta con la solicitud de devolver la 1/amada al consultorio sf necesita cancelar o reprogramar su cita.*

*"Es nuestra costumbre participar en eventos de beneficencia que creen conciencia, alimentos, obsequios, dinero, etc. En estos momentos, podemos enviarle una carta, una postal, una invitacion o hacer/e una 1/amada a su case para invitar/o a participar en tales actividades. Le informaremos acerca de/ tipo de actividad, las fechas y horas y solicitaremos su participacion en dicho evento. No es nuestra polftica divulgar informacion medica personal sabre su estado de salud con el proposito de apoyar eventos de recaudacion de fondos.*

### **Cambio de propiedad.**

En el caso de que este consultorio se venda o se fusione con otra organización, su información o registro médico se convertirá propiedad del nuevo dueño.

### **Sus derechos respecto a la información médica.**

- Usted tiene derecho a solicitar restricciones a ciertos usos y divulgaciones de su información médica. Sin embargo, tenga en cuenta que a este consultorio no está obligado a aceptar la restricción que solicita.
- Tiene derecho a que se reciba o comunique su información médica a través de métodos alternativos o que se le envíe a una ubicación alternativa, distintos de los métodos habituales de comunicación o entrega, según su solicitud.
- Tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información médica.
- Tiene derecho a solicitar que este consultorio enmiende su información médica protegida. Sin embargo, tenga en cuenta que a este consultorio no está obligado a enmendar su información médica protegida. Si se ha rechazado su solicitud de enmendar su información médica, se le ofrecerá una explicación del motivo de la decisión y la información de cómo puede disentir de esta.
- Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información médica protegida realizadas por este consultorio.
- Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso de prácticas de privacidad, si así lo solicita.

### **Cambios a este Aviso de prácticas de privacidad.**

Este consultorio se reserva el derecho a enmendar este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro y aplicará las nuevas disposiciones a toda la información que mantiene. Hasta que se haga dicha enmienda, la ley exige que este consultorio cumpla con este Aviso.

La ley le exige a este consultorio resguardar la privacidad de la información médica y a proporcionarle aviso de nuestros deberes legales y de las prácticas de privacidad con respecto a dicha información. Si tiene preguntas acerca de cualquier sección de este aviso o si desea más información de los derechos de privacidad, comuníquese con nuestro funcionario de privacidad llamando a este consultorio.

**Reclamos.**

Los reclamos acerca de sus derechos de privacidad o de como este consultorio ha manejado su informacion medica, se deben dirigir a nuestro funcionario de privacidad, llamando a este consultorio.

Si usted no esta conforme con la manera en que esta oficina maneja su reclamo, puede presentar un reclamo formal a:

DHHS, Office of Civil Rights  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F HHH Building  
Washington, DC 20201

Este aviso entra en vigencia a partir de -- / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

He lefdo este Aviso de privacidad y comprendo mis derechos contenidos en el aviso.

Mediante mi firma, doy autorizacion y consentimiento a este consultorio para que use y divulgue mi informacion medica protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atencion de safud como se describe en el Aviso de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre el paciente (en letra  
impresa)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma autorizada del establecimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

—

**ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACION**  
**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE**

En conformidad con los Reglamentos de privacidad, por la presente acuso recibo de la copia actual del "AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD" de este consultorio, fecha de modificacion \_\_\_\_\_

En conformidad con los Reglamentos de privacidad, \_\_\_\_\_ de  
*Nombre de/ miembro de/ personal*

este consultorio me ha explicado a mi satisfaccion este "AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD".

En conformidad con los Reglamentos de privacidad, se que este consultorio ha incluido una clausula mediante la cual se reserva el derecho de cambiar los terminos de este aviso y de aplicar las nuevas clausulas a toda la informacion medica protegida que mantiene.

**Solicitudes:**

**D** Deseo presentar una "Solicitud de restriccion" a mi informacion medica protegida.

**D** Deseo presentar una "Solicitud de comunicaciones a traves de medios alternativos" de mi informacion medica protegida.

**D** Deseo objetar lo siguiente del "Aviso de Practicas de Privacidad":

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comprendo que este consultorio no esta obligado a cumplir ning(m cambio al "Aviso de Practicas de Privacidad".

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
(SOLO PARA USO INTERNO)

Formulario firmado recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Se realizaron esfuerzos de buena fe para conseguir el acuse de recibo: (describa)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_