

FORMULARIO DE INGRESO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS (MENORES DE 14 AÑOS)

¡Bienvenido, y gracias por elegir a nuestro equipo de salud dental! Nos esforzamos por proporcionar el mejor cuidado dental posible. Para ayudarnos a lograr esta meta, por favor llene estos formularios lo más completamente que pueda, con tinta. Si tiene preguntas o necesita asistencia, por favor no dude en preguntarnos.

Si requiere un intérprete especifique el lenguaje: _____ ¿Le ayudo un intérprete con estos formularios? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Apellido	Nombre	MI	Sufijo (marque uno) <input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Jr <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
Nombre preferido			
Sexo (marque uno) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no divulgar			
Raza/Etnicidad: <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Elige no divulgar			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Numero de Seguro Social	Escuela	
POR FAVOR LLENE LA INFORMACION PARA PACIENTES ADICIONALES EN LA PARTE DE ATRAS			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal
Información de contacto: Por favor proporcione todos los números de teléfono y correo electrónico.			
Correo electrónico _____ Celular _____ Teléfono alternativo _____			
Al proporcionar la información de contacto arriba está consintiendo a recibir comunicaciones electrónicas acerca de sus citas y tratamiento de Advantage Dental+.			
¿Fue referido a esta clínica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, ¿quién lo refirió? _____			
Información de padre o guardián legal: Mi relación con el paciente es: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Numero de Seguro Social _____			
Sexo (marque uno) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no divulgar Apellido _____ Nombre _____ MI _____			
Contacto de emergencia	Relación	Teléfono de casa	Teléfono celular

¿El paciente tiene seguro dental? SI NO Si la respuesta es sí, ¿quién es su asegurador?

Asegurador principal	Titular de póliza	Numero de grupo	Identificación de titular	Fecha de nacimiento de titular de póliza
_____	_____	_____	_____	_____
Nombre de empleador _____		Número de seguro social del titular de póliza _____		
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro				
Asegurador secundario	Titular de póliza	Numero de grupo	Identificación de titular	Fecha de nacimiento del titular de póliza
_____	_____	_____	_____	_____
Número de seguro social del titular de póliza _____				
¿Esta visita es debido a un accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Esta visita es debido a un accidente en su lugar de empleo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

Acuerdo de comunicación

Las clínicas de Advantage Dental pueden comunicarse conmigo usando la información de contacto proporcionada arriba. Estas comunicaciones incluyen correo de voz, texto, y/o correo electrónico. Usted puede excluirse en cualquier momento al responder apropiadamente a los mensajes recibidos.

Firma del paciente, padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Usted puede solicitar una copia de nuestra póliza de privacidad en cualquier momento. Siempre puede encontrar una copia de esta póliza en Advantagedental.com/privacy-policy.

Firma del pacie padre/tutor legal/persona responsable

Relación con el paciente

Nombre en letra de molde

Fecha

Staff Initials _____

POR FAVOR LLENE LA INFORMACION EN LA PARTE DE ATRAS PARA PACIENTES ADICIONALES - VOLTEAR →

INFORMACION PARA PACIENTE ADICIONAL

Apellido	Nombre	MI	Sufijo (marque uno) <input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Jr <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Nombre preferido
Sexo (marque uno) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no divulgar				
Raza/Etnicidad: <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra:				<input type="checkbox"/> Elige no divulgar
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Numero de Seguro Social	Escuela		

Apellido	Nombre	MI	Sufijo (marque uno) <input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Jr <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Nombre preferido
Sexo (marque uno) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no divulgar				
Raza/Etnicidad: <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra:				<input type="checkbox"/> Elige no divulgar
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Numero de Seguro Social	Escuela		

Apellido	Nombre	MI	Sufijo (marque uno) <input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Jr <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Nombre preferido
Sexo (marque uno) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no divulgar				
Raza/Etnicidad: <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra:				<input type="checkbox"/> Elige no divulgar
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Numero de Seguro Social	Escuela		

Apellido	Nombre	MI	Sufijo (marque uno) <input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Jr <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Nombre preferido
Sexo (marque uno) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no divulgar				
Raza/Etnicidad: <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra:				<input type="checkbox"/> Elige no divulgar
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Numero de Seguro Social	Escuela		

Apellido	Nombre	MI	Sufijo (marque uno) <input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Jr <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Nombre preferido
Sexo (marque uno) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no divulgar				
Raza/Etnicidad: <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra:				<input type="checkbox"/> Elige no divulgar
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Numero de Seguro Social	Escuela		

¿Algunos de los niños mencionados anteriormente tienen otra cobertura aparte de la proporcionada en la parte de al frente de este formulario? SI NO
Si la respuesta es sí, favor de proporcionar copias de la tarjeta de seguro al personal de oficina.

Firma del paciente o padre/guardián/persona responsable

Relación con el paciente

Fecha

Staff Initials _____

PEDIATRIC DENTAL AND HEALTH HISTORY

(patients under 14 years old)

Patient Name: _____ Patient Date of Birth: _____

Nombre de medico principal: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de medico principal: _____

¿El niño está bajo el cuidado de un médico actualmente? SI NO Si la respuesta es SI, por favor describa: _____

¿Cuál es la razón por la visita del niño el día de hoy? EXAMINACION EMERGENCIA CONSULTA PROCEDIMIENTO

¿Cuál es su preocupación principal acerca de la salud oral de su niño? _____

Fecha de la última visita dental del niño (Mes/Año): _____ EXAMINACION EMERGENCIA CONSULTA PROCEDIMIENTO OTRO

Por favor indique cualquier pregunta o preocupación que tenga acerca de la odontología o la salud dental de su niño:

¿ Su niño normalmente toma un antibiótico antes de su tratamiento dental? SI NO

Marque la casilla al lado de todos los que sean aplicables:

¿Está experimentando dolor o incomodidad dental el niño? <input type="checkbox"/>	¿Aprieta o rechina sus dientes el niño? <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas al comer (dificultad al masticar, vomito, etc.) el niño? <input type="checkbox"/>	¿El niño usa un chupón/chupete o se chupa el dedo? <input type="checkbox"/>
¿Tiene un historial de problemas de articulación mandibular (estallido, etc.) el niño? <input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha tenido tratamientos de ortodoncia (frenos) el niño? <input type="checkbox"/>

Marque la casilla al lado de todos los siguientes que sean aplicables:

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia/Reacción alérgica | <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio | <input type="checkbox"/> Problemas/retrasos de aprendizaje, discapacidad intelectual | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Asma/Problemas pulmonarias/de respirar | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado/Hepatitis | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales o de comportamiento | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo, se le hacen moretones fácilmente | <input type="checkbox"/> Diálisis renal (Riñón) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Problemas sanguíneos, anemia, enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Episodios de desmayos/Mareos | <input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal/intestinal/Reflujo ácido | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Problemas cerebrales o del sistema nervioso | <input type="checkbox"/> Trastorno de desarrollo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroidea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Tratamiento para cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón/Problemas de presión arterial | | |

Proporcione detalles aquí para todas las preguntas con marca en la casilla Y proporcione detalles acerca de cualquiera otra condición médica no mencionada arriba

¿Está tomando, ha tomado recientemente (dentro del último mes), o debería de estar tomando alguno medicamento el niño? SI NO

Esto incluye toda receta, fluoruro o suplementos de fluoruro, sin receta, suplementos dietéticos, vitaminas, medicamentos naturales y/o herbarias.

Si la respuesta es sí, por favor especifique los medicamentos, la dosis y frecuencia

Medicamento Recetado o sin receta	Dosis/Frecuencia	Suplementos Suplementos dietéticos, vitaminas (naturales o herbarias)	Dosis/Frecuencia

¿Ha tenido el niño alguna enfermedad grave no mencionada arriba? SI NO Si la respuesta es sí, por favor especifique:

ALERGIAS

¿Es alérgico el niño a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina Penicilina Codeína Anestésico local Acrílico Metal Látex Medicamentos de Sulfa Yodo Otro: _____

Si la respuesta es SI, ¿usa un protector bucal durante estas actividades? SI NO ¿El niño participa en deportes o actividades similares? SI NO

Según mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas con exactitud. Comprendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad el informarle a la oficina dental de cualquier cambio en estado médico.

Firma del paciente o padre/tutor legal/persona responsable: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde del padre/tutor legal/persona responsable: _____

OFFICE USE / USEPARA USO DE OFICINA

Blood Pressure: _____ / _____ Pulse: _____ Height: _____ Weight: _____ Temp: _____ Date: _____

HEALTH HISTORY REVIEWED BY _____ PROVIDER'S SIGNATURE _____ DATE 628FOC_01122022 | PG 1

Usted es totalmente responsable por todos los cargos cobrados por esta oficina independientemente de su cobertura de seguro.

Si tiene seguro dental, su porción de los cargos se debe al momento del servicio. Como cortesía, esta oficina podría presentar un reclamo a su aseguradora, pero no garantizamos cualquier beneficio. La cantidad que será pagada por su aseguradora depende de los beneficios de su plan en específico. Si tiene preguntas acerca de la cantidad que su plan pagará o los tratamientos cubiertos por su plan, deberá referir estas preguntas a su compañía de seguro. Además, podría haber un deducible, un factor de coaseguro, y/o un máximo anual para ser considerado.

1. Usted autoriza y dirige pagos de los beneficios dentales a Advantage Dental+ que de otra forma se le pagarían a usted bajo cualquier plan de seguro dental aplicable.
2. Para nuestros pacientes con Medicaid, se le facturarán los costos de servicios cubiertos a Medicaid. En caso de que un servicio no sea cubierto por Medicaid, se le informará antes de que el servicio sea realizado.
3. Se espera pago al momento del servicio, incluyendo la porción estimada de la cantidad que su seguro no cubre. Nuestra oficina acepta los siguientes métodos de pago: Efectivo, cheque, tarjeta de crédito, y un grupo financiero de tercera persona (para aquellos que califiquen).
4. Se le enviara por correo un estado de cuentas mensualmente. Se espera recibir el pago dentro de 30 días de la fecha de facturación en el estado de cuentas. El pago deberá ser enviado por correo con la porción especificada del estado de cuentas para establecer el crédito a la cuenta apropiada. Si su compañía de seguro no ha pagado la factura dentro de 30 días, por favor comuníquese directamente con ellos.
5. Usted puede elegir el pagar por teléfono las cantidades debidas en su factura utilizando un método de pago aceptado. En caso de que elija esta opción de pago, podríamos guardar su información de pago de manera segura para hacer pagos futuros bajo su dirección.
6. Su cuenta es considerada delincente si el pago debido solicitado no es recibido dentro de 30 días de la fecha de facturación en el estado de cuentas. Si no se recibe el pago, se evaluará un recargo de 1 ½% por mes (mínimo de \$1.00) y este aparecerá en su próximo estado de cuenta. El porcentaje de la tarifa anual es de 18% o la tasa más alta permitida bajo la ley estatal.
7. La cantidad original además de un cargo de \$35.00 será facturado a su cuenta, por cualquier cheque que sea regresado por cualquier razón. Si se regresa un cheque, no aceptaremos pagos por cheque de su parte en el futuro.
8. Si usted es el padre o tutor legal de un paciente quien recibe tratamiento cuando usted no está presente (ya sea acompañado por una persona autorizada o sin acompañante), usted acuerda a pagar por cualquier servicio/tratamiento realizado en su ausencia.

Usted entiende y acuerda que, si falla en hacer pagos puntuales, usted será responsable por todos los costos de dineros de la colección debida, incluyendo costos de corte, honorarios de agencias de colección, y honorarios del abogado.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y entiende la póliza financiera de Advantage Dental+ y acuerda a todos los términos descritos en ella.

Firma del paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente)

Nombre del paciente

Relación con el paciente

Fecha

Paciente(s): _____ Fecha: _____

Yo, el suscrito, para mi u otra persona por la cual tengo la autoridad de firmar, por la presente doy mi consentimiento para cuidado y tratamiento dental mientras que tal cuidado y tratamiento sea realizado por Advantage Dental+. Este consentimiento incluye mi consentimiento para todo tratamiento realizado por un dentista de Advantage Dental+ y cualquier otro proveedor dental u otra persona designada bajo la supervisión del dentista, según se considere razonable y necesario.

Entiendo que cualquier tratamiento actual o futuro podría incluir, pero no es limitado a exámenes, profilaxis oral (limpieza dental), tratamientos de fluoruro, selladores, restauraciones (rellenos de amalgama o compuesto, coronas o puentes), tratamiento periodontal (de las encías), tratamientos de endodoncia (conducto de raíz), extracciones, y el uso de anestésicos. Tal tratamiento actual o futuro podría implicar el uso de comunicaciones y tecnologías electrónicas seguras para ofrecer servicios y educación de salud dental virtuales a distancia en vez de en un ambiente de oficina dental tradicional. El tratamiento dental no está exento de posibles complicaciones, las cuales podrían incluir (pero no están limitadas a) dolor, infección, hinchazón, sangrado, moretones, cicatrización retrasada, complicaciones del seno nasal, reacciones alérgicas, rigidez, incomodidad y disminución del rango de movilidad en la(s) articulación(es) mandibular(es), aflojamiento de dientes o restauración de dientes, lesión a otros tejidos y necesidad de tratamiento adicional fuera del ámbito del dentista de tratamiento. Entiendo que podría usarse anestesia tópica, anestesia local y/o anestésico de óxido nitroso por inhalación si es necesario durante el tratamiento y doy mi consentimiento para su uso en mi cuidado y entiendo que el uso de anestésicos podría conllevar un riesgo pequeño de hinchazón, moretones, reacciones alérgicas, cambios en la percepción de dolor, entumecimiento prolongado o en casos extremadamente raros entumecimiento permanente. También entiendo que, en el transcurso de cualquier tratamiento, podría ser necesario modificar el tratamiento previsto debido a condiciones encontradas durante el transcurso normal de tratamiento y cuidado dental. También entiendo y reconozco que mi tratamiento dental podría resultar en un mayor riesgo de ser expuesto a ciertos virus y otros patógenos presentes en la comunidad al momento de mi visita (incluyendo, pero no limitado al nuevo coronavirus/COVID-19, gripe, virus del resfriado, etc.). Existe la posibilidad de que tales patógenos sean transmitidos mediante las gotitas respiratorias o roció fino de agua (aerosol) que podrían estar presentes en una oficina dental. Entiendo que estos riesgos pueden ser mitigados mediante los protocolos de control de infección de la oficina dental y otras medidas preventivas diseñadas para reducir la posibilidad de infección, pero que estos riesgos no pueden ser eliminados en su totalidad.

Entiendo que tengo el derecho de hablar y hacer preguntas acerca de cualquier tratamiento actual o futuro y el propósito, posibles riesgos y beneficios de tal tratamiento, además de cualquier tratamiento alternativo, a fin de hacer una decisión informada acerca de mi cuidado. También entiendo que tengo el derecho de rechazar tratamiento y aceptar las consecuencias posibles de rechazar el tratamiento y que tengo el derecho de discontinuar tratamiento en cualquier momento.

Al firmar a continuación, indico que (1) pretendo que este consentimiento continúe por naturaleza aun después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se haya recomendado tratamiento; y (2) doy mi consentimiento para tratamiento en esta oficina y cualquier otra oficina de Advantage Dental+. Este consentimiento continuara siendo efectivo hasta que sea revocado por escrito.

Consentimiento firmado

Certifico que he leído y entiendo en su totalidad las declaraciones anteriores y doy mi pleno consentimiento para sus contenidos de forma voluntaria.

Firma de paciente o tutor legal [] Paciente menor de 18 años de edad _____
Fecha

Nombre en letra de molde de paciente o tutor legal _____
Relación con el paciente

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento de mi(s) niño(s) menor(es) de edad, quien(es) es(son) menor(es) de la edad legal de 18 años de edad, para recibir cuidado y/o tratamiento dental por un dentista de Advantage Dental+. Cualquier cuidado y/o tratamiento dental considerado razonable y necesario puede ser realizado en o sin mi presencia:

Niño

Fecha de nacimiento

Niño

Fecha de nacimiento

Niño

Fecha de nacimiento

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Nombre del Paciente: _____

Pacientes adicionales en la misma familia: _____

* Usted puede rehusar a firmar este reconocimiento*

A mi, _____, se me ha ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y el Aviso de no discriminación de esta oficina.

Nombre en letra de molde

Relacion con el paciente

Firma

Fecha

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices and Non-Discrimination Notice, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

AUTORIZACION PARA ACOMPAÑAR A UN MENOR DE EDAD

Para ser completado por el representante autorizado del paciente

Yo afirmo que soy el padre o tutor legal del niño/de los niños mencionados a continuación:

_____ Niño	_____ Fecha de nacimiento
_____ Niño	_____ Fecha de nacimiento
_____ Niño	_____ Fecha de nacimiento

Si yo no puedo acompañar a mi niño, doy mi permiso para que el/los individuo(s) mencionados a continuación acompañen a mi(s) niño(s) para tratamiento dental. El/Los individuo(s) tienen al menos 19 años de edad y permanecerán en las instalaciones en todo momento durante el tratamiento:

_____ Nombre	_____ Relación
_____ Nombre	_____ Relación
_____ Nombre	_____ Relación

Para un niño/niños mayores de 13 años por favor marque uno:

- Debido a que mi niño/niños es/son mayores de 13 años de edad, también doy mi permiso para que él/ella/ellos se presenten para tratamiento sin ser acompañados por un adulto.
- Aunque mi niño es mayor de 13 años de edad, deseo estar presente para todo tratamiento realizado.

Certifico que he leído y entiendo en su totalidad las declaraciones anteriores y confirmo los contenidos de este formulario.

_____ Firma del padre con custodia o tutor legal	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de molde del padre con custodia o tutor legal	_____ Relación con el/los menor(es)