



SOBRE SU HIJO/A

Nombre del niño/a _____ Edad _____ Cumpleaños _____
 Prefiere que le digan (apodo) _____ Masculino Femenino
 Razón por su visita _____
 ¿Como supo de nuestra oficina? _____

HISTORIA DENTAL

¿Es la primera visita dental de su hijo/a? Sí No
 El dentista previo de su hijo/a _____
 Nombre Cuidad Fecha de su última visita
 Fecha de los últimos rayos-x dentales _____
 ¿Ha tenido heridas ó lesions en su boca o dientes? Sí No
 En caso de que sí, por favor explique _____
 ¿Ha tenido su hijo su hijo/a historia de:
 Ser amamantado después de 1 año Sí No
 Hábitos con la mamila Sí No
 Chuparse el dedo Sí No
 Usar Chupón Sí No
 ¿Ha tenido su hijo/a dolor dental recientemente? Sí No
 En caso de que sí, por favor explique _____
 ¿Ha tenido su hijo/a malas experiencias dentales? Sí No
 En caso de que sí, por favor explique _____

HISTORIA MÉDICA

¿Está su hijo/a bajo el cuidado de un especialista por alguna razón médica? Sí No
 En caso de que sí, por favor explique _____
 ¿Está su hijo/a tomando medicamento? Sí No
 En caso de que sí, que medicamento y cuanto? _____
 ¿Tiene su hijo/a alergia a alguna comida, medicina, ó al medio ambiente? Sí No
 En caso de que sí, por favor explique _____
 ¿Ha estado su hijo/a hospitalizado/a ó ha tenido algun tipo de cirugía? Sí No
 En caso de que sí, por favor explique _____
 ¿Ha tenido su hijo/a historia o alguna dificultad con lo siguiente? En caso de que sí, por favor ponga un "X" en el .

Corazón	VIH	Anemia	Mononucleosis	Paladar ó Labio Liporino
Pulmones	Asma	Hepatitis	Parálisis Cerebral	Sarampion
Hígado	Desmayos	Epilepsia	Fiebre Reumática	Cancer
Riñon	Diabetis	Convulsiones	Problemas del Habla	Oido
Vejiga	Paperas	Tuberculosis	Sinusitis Crónica	Otro _____

Por Favor Explique _____

Yo certifico que la información que aparece arriba es verdadera y correcta desde miconocimiento.

Firma _____ Relación con el paciente _____ Fecha _____



CONOCIMIENTO DE LA INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ Numero de Teléfono _____
Fecha de Nacimiento del Paciente _____ # de Seguro Social del Paciente _____
Dirección del Paciente _____
y Calle Apt# Ciudad, Estado Código Postal

Otros Niños/as en la Familia: (¿Algunos de ellos/as son pacientes de esta Oficina? Sí No)
Nombre _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
_____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
_____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Pediatra del Paciente _____ # de Tel. del Pediatra _____
Dentista de los Padres _____

¿Es el paciente cubierto por algun seguro dental? Sí No ó Medicaid # de Medicaid _____

Seguro Dental Primario del Paciente

Nombre del Suscriptor _____
Relación del suscriptor con el paciente _____
de SS _____ Fecha de Nacimiento _____
Compañía de Trabajo _____
Compañía de seguro: _____

(# y Calle) # de tel. del Seguro

(Ciudad, Estado) (Código Postal)

ID del Seguro _____ # de Grupo _____

Seguro Dental Secundario del Paciente

Nombre del Suscriptor _____
Relación del suscriptor con el paciente _____
de SS _____ Fecha de Nacimiento _____
Compañía de trabajo _____
Compañía de seguro: _____

(# y Calle) # de tel. del Seguro

(Ciudad, Estado) (Código Postal)

ID del Seguro _____ # de Grupo _____

Madre/Guardian

Nombre _____
de SS _____ Fecha de Nacimiento _____
Ocupación _____
Nombre del Negocio _____
Ubicación del Negocio _____
Si es diferente a la del paciente:

Dirección de Casa _____
(# y Calle)

(Ciudad, Estado) (Codigo Postal)

de Cel. () _____

Padre/Guardian

Nombre _____
de SS _____ Fecha de Nacimiento _____
Ocupación _____
Nombre del Negocio _____
Ubicación del Negocio _____
Si es diferente a la de el paciente:

Dirección de Casa _____
(# y Calle)

(Ciudad, Estado) (Codigo Postal)

de Cel. () _____

Entiendo que soy responsable por todos los cargos afectuados por mi ó mi familia independientemente de la cobertura de seguro dental, y que **EL PAGO DEBE SER LIQUIDADADO AL MOMENTO DE QUE LOS SERVICIOS SEAN REALIZADOS**. Si mi cuenta requiere de el servicio de una agencia de colecciones ó de un abogado, entiendo que soy responsable por los honorarios de colecciones ó del abogado y de la corte, ademas de mi saldo pendiente. Asi mismo, solicito que los pagos de mi aseguranza dental se hagan directamente a The Smile Spot en facturas no pagadas de servicios hechos a mi ó mi familia. Yo autorizo la publicación de la información dental necesaria para procesar este reclamo y todos los reclamos a futuro.

CERTIFICACION DE CONCENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO A UN MENOR DE EDAD

Yo certifico que la información de arriba es correcta y autorizo a los medicos a utilizar las medidas que sean necesarias y que usen su juicio profesional para hacerle un diagnostico a mi hijo/a. Esto incluye un examen oral, los rayos-x necesarios, y despues de una explicación, todas la formas de tratamiento, medicamento, y terapia indicada para el cuidado dental de el/la niño/a con el nombre escrito arriba. Este consentimiento permanecerá en efecto hasta ser cancelado por una de las dos partes.

Firma _____ Relación con el Paciente _____ Fecha _____



Consentimiento para el Procedimiento Dental y Conocimiento de Recibo de Información

El consentimiento informado indica que usted tiene conciencia de suficiente información para tomar una decisión personal sobre el tratamiento dental de su hijo/a después de considerar los riesgos, beneficios y alternativas. Por favor lea esta forma cuidadosamente y pregunte sobre lo que no entienda. Estaremos encantados de explicárselo.

Por medio de esta forma le autorizo a el Dr. Michael Webb, y/o al Dr. Matthew Anderson, asistido por otros dentistas y/o auxiliares de su preferencia, para realizarle a mi hijo/a (o pupilo legal) el siguiente tratamiento dental ó procedimiento/s de cirugía oral, incluyendo el uso de de radiografías (rayos-x) necesarias ó aconsejadas ó ayudas diagnósticas.

En terminos generales, el procedimiento dental puede incluir:

Limpieza	Óxido nitroso y oxígeno
Fluoruro	(Este gas es utilizado para ayudar al niño/a a relajarse durante el procedimiento. El/la niño/a no perderá el conocimiento)
Selladores (Aplicación de resina de protección a los surcos de los molares.)	

El tratamiento para los dientes cariados ó lesionados puede incluir:

Anestesia Local	Extracción
Rellenos plateados	(El retiro de 1 ó mas dientes)
Rellenos del color del diente	Tratamiento del nervio
Coronas de acero inoxidable	Mantenedor de espacio
Coronas del color del diente (para dientes delanteros solamente)	(reemplazo de dientes perdidos con un "titular de espacio")

Este tratamiento se le ha sido explicado. Metodos alternativos o tratamiento alternativo, si hay alguno, tambien se me han sido explicado junto con las ventajas y desventajas de cada uno. He sido avisada de que aunque se esperan buenos resultados, la posibilidad y naturaleza de complicaciones no puede ser anticipada, y por lo tanto no puede haber alguna garantia expresa o implícita, ya sea como a los resultados del tratamiento o para curar. Yo le autorizo al Doctor que realice otros procedimientos dentales que de acuerdo a su juicio, son recomendados para mi hijo/a o pupilo legal, con la excepción de (si no hay ninguna, por favor diga):

ninguna excepción: _____

Aunque su aparición es extremadamente remota, algunos riesgos conocidos son asociados con los procedimientos de cirugía dental ó oral incluyendo anestesia y sedación. La ley del estado requiere que le mencionemos los riesgos de entumecimiento, hinchazón, sangrado, descoloración, nauseas, vomito, reacciones alergicas, daño cerebral, quadriplejía, la perdida de función de cualquier órgano, ó cicatrices desformantes asociadas con tales procedimientos. Entiendo que complicaciones pueden requerir de hospitalización y hasta podría terminar en muerte.

Yo autorizo el uso de radiografías, fotografías, y otro material de diagnóstico y registros de tratamiento para el propósito de enseñanza, investigación, y publicaciones científicas.

He leído y entendido este consentimiento y todas mis preguntas sobre los procedimientos has sido contestadas para mi satisfacción. Entiendo que tengo el derecho de tener respuesta a cualquier pregunta que pueda tener yo durante el tratamiento de mi hijo/a ó pupilo legal.

Nombre del niño/a _____ Fecha _____ Hora _____ am/pm
Firma del Padre o Tutor _____ Relación del Paciente _____
Testigo ó interprete _____
Le he explicado lo siguiente al Padre o Tutor legal _____

Le cobraremos una tarifa razonable por gastos tales como copias y tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que se indica al final de esta notificación. Si solicita copias, se cobrará una tarifa por el tiempo que el personal emplee en copiar su información médica, así como los gastos de envío si desea recibir las copias por correo. Si solicita un formato alternativo, se le cobrará una tarifa en función de los costes derivados de proporcionarle su información médica en ese formato. Si lo prefiere, elaboraremos un resumen o explicación de su información médica por una tarifa. (Póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de esta notificación para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas).

Responsabilidad de revelación: tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos revelado su información médica para fines que no sean los de tratamiento, pago, actividades de atención médica y otras actividades concretas, durante los últimos seis años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si solicita esta lista más de una vez en un periodo de 12 meses, podremos cobrarle una tarifa razonable basada en el coste por responder a dichas solicitudes adicionales.

Restricción: tiene derecho a solicitar que apliquemos restricciones adicionales a nuestro uso o revelación de su información médica. No estamos obligados a aceptar dichas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, respetaremos nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación alternativa: tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación a su información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. (Debe realizar su solicitud por escrito). La solicitud debe especificar los medios o las ubicaciones alternativos, y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se realizarán los pagos en función de los medios o las ubicaciones alternativos que solicite.

Corrección: tiene derecho a solicitar que corrijamos su información médica. (La solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué debemos corregir la información). Podemos denegar su solicitud en determinadas circunstancias.

Notificación electrónica: si recibe esta notificación en nuestro sitio web o por correo electrónico, tiene derecho a recibirla por escrito.

Podremos utilizar y revelar información médica sobre usted para fines de tratamiento, pago y actividades de atención médica. Por ejemplo:

Derecho a notificación de infracción: recibirá notificaciones de infracciones de su información médica protegida no segura según lo exige la ley.

Notificación electrónica: puede recibir una copia impresa de esta notificación, previa solicitud, incluso si ha acordado recibir esta notificación electrónicamente en nuestro sitio web o por correo electrónico.

DUDAS Y QUEJAS

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene dudas o inquietudes, póngase en contacto con nosotros. Si le preocupa que hayamos podido violar sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre el acceso a su información médica o en respuesta a una solicitud que haya realizado para modificar o restringir el uso o la revelación de su información médica o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, puede hacernos llegar una queja utilizando la información de contacto que se muestra al final de esta notificación. Asimismo, puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Previa solicitud, le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos ningún tipo de represalia si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU.

Nombre e información de contacto de la persona encargada de la privacidad:

Connie Moore (816)-363-2900

Este material tiene fines exclusivamente educativos, no constituye asesoramiento jurídico y solo abarca la legislación federal, no la estatal. Los cambios en las leyes o normativas aplicables pueden requerir una revisión. Los dentistas deben ponerse en contacto con sus abogados para obtener asesoramiento jurídico relativo al cumplimiento de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), la Ley de Tecnología de la Información de la Salud para la Salud Económica y Clínica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH) y las normas y regulaciones del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU.



Notificación de prácticas de privacidad

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PODRÁ UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA DETENIDAMENTE.

La legislación federal y estatal aplicable nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica. También nos exige que le proporcionemos esta notificación sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos en relación con su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en esta notificación mientras que se encuentre vigente. Esta notificación entra en vigor el 1/1/2009 y permanecerá vigente hasta que la sustituyamos. Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta notificación en cualquier momento, siempre y cuando la legislación aplicable permita dichos cambios.

Nos reservamos el derecho a hacer efectivos los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los términos de nuestra notificación para toda la información médica que mantenemos, incluida la información médica que hayamos creado o recibido antes de haber realizado los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos esta notificación y ofreceremos la nueva notificación previa solicitud.

Puede solicitar una copia de nuestra notificación en cualquier momento. Si desea obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o copias adicionales de esta notificación, póngase en contacto con nosotros utilizando la información que se muestra al final de esta notificación.



CÓMO PODREMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED:

Tratamiento: podremos utilizar o revelar su información médica a un médico o a otro profesional sanitario que le esté proporcionando tratamiento.

Pago: podremos utilizar y revelar su información médica para obtener el pago por los servicios que le proporcionemos. Entre las actividades de pago se incluyen la facturación, recopilación, gestión de reclamaciones y determinaciones de elegibilidad y cobertura para obtener el pago por parte de usted, de una empresa aseguradora o de un tercero.

Actividades de atención médica: podremos utilizar y revelar su información médica en relación con nuestras actividades de atención médica. Entre las actividades de atención médica se incluyen las actividades de evaluación y mejora de la calidad, la revisión de la competencia o las cualificaciones de los profesionales sanitarios, la evaluación de la actuación del médico y los profesionales sanitarios, la realización de programas de formación, la acreditación, la certificación y las actividades de acreditación o concesión de licencias.

Personas involucradas en el cuidado: podremos utilizar o revelar la información médica para notificar o ayudar a notificar (lo que incluye identificar o localizar) a un miembro de su familia, a su representante personal o a cualquier otra persona responsable de su cuidado, su ubicación, su estado general o su fallecimiento. Si está presente, antes de utilizar o revelar su información médica, le daremos la oportunidad de oponerse a tales usos o revelaciones. En el caso de que esté incapacitado o en circunstancias de emergencia, revelaremos su información médica según lo decidamos basándonos en nuestro juicio profesional, y únicamente revelaremos la información médica que sea directamente relevante para la participación de las personas involucradas en el cuidado de su salud. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para deducir razonablemente que es de su completo interés permitir que otra persona recoja las recetas prescritas, los suministros médicos, las radiografías u otras formas similares de información médica.

Ayuda en caso de catástrofe: podremos utilizar o revelar su información médica para ayudar en las tareas de ayuda en casos de catástrofe.

Requisito legal: podremos utilizar o divulgar su información médica cuando la ley nos obligue a hacerlo.

Actividades de salud pública: podremos revelar su información médica para actividades de salud pública, lo que incluye revelaciones para:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Informar de maltrato o negligencia infantil
- Informar de reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos
- Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o afección; o informar a las autoridades correspondientes si creemos que un paciente ha sido víctima de maltrato, negligencia o violencia doméstica.

Seguridad nacional: podremos revelar a las autoridades militares la información médica del personal de las fuerzas armadas en determinadas circunstancias. Podremos revelar, a funcionarios federales autorizados, información médica requerida para actividades de inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podremos revelar a la institución correccional o al funcionario encargado del cumplimiento de la ley que tenga la custodia legal de la información médica protegida de un preso o paciente.

Secretaría del HHS: podremos revelar su información a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) cuando sea necesario para investigar o determinar el cumplimiento de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Remuneración de los trabajadores: podremos revelar su información médica protegida en la medida que haya sido autorizada y hasta el punto que sea necesario para cumplir las leyes relativas a la remuneración de los trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.

Aplicación de la ley: podremos revelar su información médica protegida para fines de aplicación de la ley según lo permitido por la HIPAA, como es requerido por ley, o en respuesta a una citación u orden judicial.

Investigación: podremos revelar su información médica protegida a investigadores cuando, para garantizar la privacidad de su información, un comité institucional de revisión o un comité de privacidad con protocolos establecidos haya aprobado sus investigaciones.

Procedimiento administrativo y judicial: si está involucrado en un pleito o disputa, podremos revelar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podremos revelar información médica acerca de usted en respuesta a una citación, requerimiento de pruebas u otro proceso legal.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: podremos revelar su información médica protegida a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podremos revelar su información médica protegida a los directores de funerarias, conforme a la ley aplicable, para permitirles llevar a cabo sus funciones.

Recaudación de fondos/Marketing de servicios relacionados con la salud: es posible que nos pongamos en contacto con usted para proporcionarle información sobre nuestras actividades patrocinadas, según lo permita la ley. Si no desea que le enviemos dicha información, puede renunciar a ello. No utilizaremos su información médica para realizar comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

Recordatorios de citas: podremos utilizar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo electrónico, mensajes de voz, tarjetas postales o cartas).

DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Acceso: tiene el derecho a ver o recibir copias de su información médica, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sean fotocopias. Utilizaremos el formato que nos solicite, a menos que no resulte viable. (Debe realizar una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica). Puede obtener un formulario para solicitar el acceso mediante la información de contacto que se muestra al final de esta notificación.



ACUSE DE RECIBO DE PRÁCTICAS PRIVADAS

Usted Puede Reusarse a Firmar Esa Confirmación

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Por Favor, ponga el nombre de usted en letra de molde

Firma

Fecha

Para Uso de la Oficina Solamente

Tratamos de obtener una confirmación escrita del recibo de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero la confirmación no pudo ser obtenida por:

- El individuo se reuso a firmar
- Barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otro (por favor especifique) _____
