



OF NORTHERN VIRGINIA

## Información de su niño(a)

Nombre del niño(a)

¿Cómo prefiere que su niño(a) sea llamado?

Edad Género Fecha de Nacimiento

Dirección Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Numero de teléfono Distrito escolar (condado/ciudad)

Grado de estudio Pasatiempos de su niño(a)

Nombre y edad de hermano(a)s

¿Quién lo(a) refirió a nuestros consultorios?

Estado civil de los padres:

Casados  Divorciados  Separados  Viudo(a)  Soltero(a)

## Historia Dental

Sí  No ¿Es esta la primera vez que su hijo visita al dentista?  
¿Si no es así, cuando fue la última visita y que se le hizo al niño(a)?

Sí  No ¿Espera que su niño(a) sea un paciente cooperador?  
Si no, por favor explicar.

Sí  No ¿Consumen en casa agua extraída de un pozo?

Sí  No ¿Consumen su niño(a) tabletas de flúor o vitaminas con flúor?

Sí  No ¿Se ha golpeado su niño(a) algún diente? ¿De ser así, cuándo?

Sí  No ¿Tiene su niño(a) historia de dolores de cabeza, dolor, chasquido o ruidos en la articulación de la mandíbula?

Sí  No ¿Duerme niño(a) en la noche con tetero/biberón?

Sí  No ¿Tiene su niño(a) dolor en algún diente/muela?

### Ha tenido o tiene su niño(a) alguno de los siguientes problemas?

Se chupa el dedo ¿Hace cuánto? \_\_\_\_ Todavía lo hace  Sí  No

Se chupa el labio ¿Hace cuánto? \_\_\_\_ Todavía lo hace  Sí  No

Chupón o chupete ¿Hace cuánto? \_\_\_\_ Todavía lo hace  Sí  No

## NUEVO FORMULARIO DE PACIENTE

Dentistry4ChildrenVA.com

## Historia Médica

¿Está su niño(a) siendo atendido(a) actualmente por el médico familiar debido a alguna razón médica?  Sí  No Si la respuesta es sí, favor explicar \_\_\_\_\_

Nombre del médico familiar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

• ¿Se encuentra su niño(a) en buena salud?  Sí  No Si no, explica \_\_\_\_\_

• ¿Está su niño(a) siendo atendido por un médico especialista, aparte del médico familiar? De ser así, favor explicar. \_\_\_\_\_

• ¿Tiene su niño(a) alergia a algún medicamento?  Sí  No Favor mencionar los medicamentos \_\_\_\_\_

• ¿Esta su niño(a) tomando algún medicamento  Sí  No en este momento? De ser así, cuales? \_\_\_\_\_

• ¿Ha estado su niño(a) hospitalizado o ha recibido atención en una sala de emergencia por algún trauma/golpe? ¿Cuándo y por qué razón? \_\_\_\_\_

• ¿Ha tenido o tiene su niño(a) algún desorden mental, emocional, o nervioso? De ser así, favor explicar. \_\_\_\_\_

• ¿Le han removido las amígdalas a su niño(a)?  Sí  No

• ¿Respira su niño(a) por la boca? De ser así, lo hace,  Rara vez  Continuamente  Sí  No

### Por favor indicar si su niño(a) ha tenido alguno(a) de los siguiente:

Alergia al látex

Fiebre reumática

Alergia a la penicilina

Hemofilia

Alergia a otro medicamento

Hepatitis

Anemia

Hiperactividad (TDAH)

Asma

VIH Positivo (SIDA)

Ataques de epilepsia

Impedimento físico

Autismo

Paladar hendido

Diabetes

Problemas de habla

Discapacidad intelectual

Tratamiento con radiación

Enfermedad endocrina

Tuberculosis

Enfermedades de los huesos

Tumores/Leucemia

Enfermedad o soplo en el corazón. Mencionar el tipo de enfermedad \_\_\_\_\_

¿Esta el niño(a) siendo atendido por un cardiólogo o un especialista en el problema cardíaco? De ser así, favor mencionar el nombre \_\_\_\_\_

Numero de teléfono \_\_\_\_\_

Favor describir otros problemas que su niño(a) tenga y no se hayan mencionado anteriormente \_\_\_\_\_

### Usted considera que su niño(a) esta:

• Avanzado(a) en el proceso de aprendizaje  Sí  No

• Con un proceso normal de aprendizaje  Sí  No

• Atrasado en el aprendizaje  Sí  No

## Historia Dental Preventiva

¿Con que frecuencia su niño(a) se lava los dientes? \_\_\_\_\_

¿Alguién supervisa el lavado de dientes del niño(a)?  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Usa su niño(a) seda dental?  Sí  No

Recibe su niño(a) alguno de los siguientes:

Flúor en tabletas/gotas  Flúor en vitaminas  Agua de pozo

Agua con flúor  Agua en botella

## Persona Responsable

Nombre completo del padre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de teléfono \_\_\_\_\_ Numero de teléfono celular \_\_\_\_\_

Numero de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Tiene seguro dental:  Sí  No

Nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_ Numero de plan o grupo \_\_\_\_\_

Numero de teléfono del seguro \_\_\_\_\_

Nombre completo del madre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de teléfono \_\_\_\_\_ Numero de teléfono celular \_\_\_\_\_

Numero de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Tiene seguro dental:  Sí  No

Nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_ Numero de plan o grupo \_\_\_\_\_

Numero de teléfono del seguro \_\_\_\_\_

## Familiar/Amigo Más Cercano

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero de teléfono \_\_\_\_\_ Relación con su niño(a) \_\_\_\_\_

¿En caso que usted no se encuentre en casa, cuál es el nombre de su vecino(a)? \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

## Información Financiera

### Método de pago:

Favor de marcar la que corresponda:

- Cheque o dinero en efectivo al momento del tratamiento
- Visa, Mastercard, American Express o Discover
- Formulario de seguro con el copago al momento del tratamiento
- Otro: \_\_\_\_\_

- Se espera que los pagos se realicen al momento del tratamiento.
- Los pacientes que consultan por emergencia (primera visita en la oficina) requieren pagar la totalidad del tratamiento al momento de la visita.
- Los pacientes que tengan seguro pueden pagar la porción estimada, incluido el deducible, al momento de recibir el servicio. Es responsabilidad de los padres/guardian el procurar que los pagos del seguro se hagan a tiempo. Cualquier balance del seguro después de 60 días, será responsabilidad de los padres/guardián.

Si mi cuenta requiere servicios de una agencia de recaudación o de un abogado, entiendo que seré responsable por el cobro de los honorarios de recaudación y abogado, así como los gastos aplicables en corte, aparte de los pagos directo a Dentistry for Children, al grupo de beneficios del seguro, de lo contrario que sea pagado por mi parte y autorizo la divulgación de la información con respecto al tratamiento a la compañía de seguros.

### FIRMA DE LA PERSONA ASEGURADA (Garante)

Yo, doy mi consentimiento para los servicios dentales necesarios, anestesia local, sedación con óxido nitroso, así como el uso apropiado y aceptable de métodos para completar los mismos. Acepto la responsabilidad de los pagos por los servicios realizados a \_\_\_\_\_ (nombre del niño(a)). Entiendo que seré informado de cualquier tratamiento (aparte de limpiezas dentales de rutina, tratamientos con flúor, rayos x y exámenes) antes que sea(n) realizado(s).

Firma del Padre/Guardián) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



OF NORTHERN VIRGINIA

## NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

---

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE ADQUIRIR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

**LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SU SALUD ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS.**

---

### **NUESTRO DEBER LEGAL**

Estamos requeridos por la ley federal y por el estado, de mantener la privacidad de la información de su salud. Además requerimos el proveer esta notificación de nuestros procedimientos de prácticas de privacidad, nuestro deber legal y sus derechos sobre la información de su salud. Debemos seguir la notificación de nuestros procedimientos de privacidad que estén mencionados en esta notificación, mientras esté en efecto. Esta notificación es efectiva desde marzo 1 del 2003, y será efectiva hasta que nosotros la remplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta notificación en cualquier momento, con tal que los cambios sean permitidos por la ley. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios de nuestros procedimientos de privacidad y los nuevos términos de nuestra notificación efectivos para toda la información de salud que nosotros mantengamos, incluyendo información de salud que generamos o recibimos antes de hacer los cambios. Antes que hagamos un cambio significativo en nuestros procedimientos de privacidad, cambiaremos esta notificación y haremos una nueva disponible de acuerdo a su solicitud.

Usted podrá solicitar una copia de esta notificación en cualquier momento. Para más información acerca de nuestros procedimientos de privacidad o si necesita copias adicionales a esta notificación, por favor contáctenos usando la información al final de este documento.

---

### **USOS Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN SALUD**

La información de salud de su niño(a) y los derechos asociados con esa información de salud también recaen con el "representante personal" de ese individuo, quien generalmente es el (la) padre (madre) o guardián legal.

Usaremos y divulgaremos la información de salud de su tratamiento, pagos y procedimientos de salud. Por ejemplo:

**Tratamientos:** Podríamos usar o divulgar la información de su salud a un médico u otro profesional de la salud que este proveyendo tratamiento a su niño(a).

**Pagos:** Podríamos usar y divulgar su información en salud para obtener pagos por servicios que le sean proveídos.

**Procedimientos del Cuidado de la Salud:** Podríamos utilizar o divulgar la información de su salud relacionada con nuestros procedimientos del cuidado de la salud. Estos procedimientos incluyen la evaluación de la calidad y el mejoramiento de actividades, la revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud, evaluando el desempeño de los profesionales y proveedores, llevando a cabo programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades relacionadas con la acreditación.

**Su Consentimiento:** Además de usar su información de salud para el tratamiento, pago, o procedimientos del cuidado de la salud, usted podría otorgar una autorización escrita para usar su información de salud o para divulgarla a alguien en particular por cualquier motivo. Si usted nos suministra una autorización, podría revocarla por escrito en cualquier momento. La revocación no afectará cualquier uso o divulgación permitida por su autorización durante la vigencia de la misma. A menos que usted nos de una autorización por escrito, no podremos usar o divulgar su información de salud por ningún motivo a excepción de aquellas descritas en esta notificación.

**Familiares y Amigos:** Tenemos que divulgar su información de la salud, como esta descrito en la sección de los Derechos de los Pacientes de esta notificación. Podríamos divulgar la información de su salud a un miembro de la familia, amigo u otra persona hasta cierto medida para ayudarle con el pago o cuidado de su salud, pero solamente si usted esta de acuerdo en que lo hagamos de esta manera.

**Personal Involucrado en los Cuidados:** Podríamos usar o divulgar su información en salud para notificar, o asistir en la notificación (incluyendo el identificar o ubicar) de un miembro de la familia, representante personal o cualquier persona responsable de su cuidado, ubicación, condición general o muerte. Si usted esta presente antes de usar o divulgar la información de su salud, le daremos la oportunidad de objetar a tales usos o divulgaciones. En el caso de incapacidad o emergencia, divulgaremos su información de salud basada en la determinación usada por nuestro juicio profesional y nuestra experiencia para hacer conclusiones razonables a su propio beneficio para permitir que una persona recoja sus medicamentos, suministros médicos, radiografías u otra clase similar de información en salud.

**Mercadeo de los Servicios Relacionados con su Salud:** No usaremos su información de salud en comunicados de Mercado sin su previa autorización por escrito.

**Requerido por la Ley:** Podríamos divulgar su información de salud cuando sea requerido por la ley.

**Abuso o Negligencia:** Podríamos divulgar la información de su salud a autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o una posible víctima de otros crímenes. Divulgaremos la información de su salud mientras sea necesario para evitar una amenaza a su salud o a la salud o seguridad de otros.

**Seguridad Nacional:** Podríamos divulgar la información de su salud a autoridades militares de las fuerzas armadas bajo ciertas circunstancias. Además, podríamos divulgar la información de su salud a oficiales federales autorizados por los servicios de espionaje, contraespionaje, y otras actividades de seguridad nacional. Divulgaremos información a instituciones correccionales o a la autoridad competente teniendo custodia legal de la información confidencial de salud de un recluso o paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorio de Citas:** Podríamos usar o divulgar la información de su salud para proveerle recordatorios de sus citas (tales como mensajes de voz, cartas o tarjetas postales).

---

#### **DERECHOS DE LOS PACIENTES**

**Acceso:** Usted tiene derecho de revisar o solicitar copias de la información de su salud, con excepciones limitadas. Contáctenos usando la información al final de este documento acerca de una completa explicación del tiempo y honorarios involucrados.

**Información Contable:** Usted tiene el derecho de recibir una lista de casos en los cuales nosotros y nuestros asociados divulgan la información de su salud con propósitos diferentes a tratamientos, pagos, procedimientos del cuidado de su salud y otras actividades por los pasados 6 años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable basada en los honorarios correspondientes a estas solicitudes adicionales.

**Restricción:** Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros agreguemos restricciones adicionales en el uso o divulgación de la información de su salud. No se nos requiere el estar de acuerdo con esas restricciones adicionales, pero si lo estamos, acataremos su acuerdo (excepto en una emergencia).

**Enmienda:** Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a la información de su salud. Su solicitud deberá ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser enmendada. Podríamos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

**Notificación Electrónica:** Si usted recibe esta notificación en un sitio Web o por correo electrónico (e-mail), usted tiene el derecho de recibir esta notificación por escrito.

---

#### **PREGUNTAS Y QUEJAS**

Si usted desea mas información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o si tiene preguntas o inquietudes, favor de contactarnos.

Si usted esta preocupado debido a que nosotros hemos violado sus derechos de privacidad, o esta en desacuerdo con nuestra decisión de acceder a la información de su salud, podría quejarse ante nosotros usando la información de contacto descrita al final de esta notificación. Además, podría suministrar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proveeremos la dirección para poder someter la queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a su solicitud.

Apoyamos su derecho a la privacidad de la información de su salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide suministrar una queja.

Contacto: Tim Tiffin  
Teléfono: 678-445-5444  
Fax: 678-235-2475  
Dirección: 1350 Spring Street NW, Atlanta, GA 30309

---

#### **Autorización para la divulgación adicional:**

Yo, soy el "representante personal" (generalmente el (la) padre (madre) o guardián legal) y tengo la autoridad legal para tomar decisiones en el cuidado de la salud del siguiente menor de edad:

---

#### **Nombre del Paciente**

Como "representante personal" del paciente mencionado anteriormente, autorizo a los siguientes individuos para que acompañen a mi hijo y tengan acceso a la información de su salud.

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

---

"Representante Personal" (Padre o Guardián Legal)

---

Fecha