



APPT TIME \_\_\_\_\_ ASSISTANT \_\_\_\_\_  
 LDV \_\_\_\_\_ NEW PATIENT / EXISITING PATIENT  
 CHART # \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO  Masculino  Femenia

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

TELEFONO CASA: \_\_\_\_\_ CELL: \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ # Apartamento \_\_\_\_\_

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

**HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE**

Fecha de la ultima visita dental \_\_\_\_\_ Motivo de la visita \_\_\_\_\_

Su nino ha tenido algunas de estas condiciones medicas? Por favor marque SI o NO:

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SIDA                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Epilepsia                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Rinon                     | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problemas Estomacales    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alergias                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sangrado excesivo        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Higado                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Embolia                  |
| _____   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desmayos                 | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desordenes Mentales       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tuberculosis             |
| _____   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Glaucoma                 | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desorden Nervioso         | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tumores                  |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Anemia                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Erupciones               | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Marcapaso                 | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ulceras                  |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Artritis                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiebre del Heno          | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Embarazo                  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades Venereas    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Accidentes en la cabeza  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha de T: _____         | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alergico a la Codeina    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Asma                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del corazon | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tratmiento de Radiaciones | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alergico a la Penicilina |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la sangre   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Soplo en la corazon      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problemas Respiratorios   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otros: _____             |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cancer                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hepatitis                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiebre Reumatica          | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Diabetes                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alta Presion             | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Reumatismo                | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Mareos                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ictericia                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problema Sininitis        | <input type="checkbox"/> _____   |

Ha tenido su nino alguna complicacion en tratmentios dentales?  SI  NO

Si lo ha tenido, por favor expliquelo \_\_\_\_\_

Su nino ha estado hospitalizado; o en la sala de emergencia los ultimos 2 anos?  SI  NO

Si lo ha tenido, por favor expliquelo \_\_\_\_\_

Nombre del Pediatra de su nino \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Su nino esta siendo atendido por algun otro Doctor?  SI  NO

Si lo tiene; Por favor mencionelo \_\_\_\_\_

Tiene su nino alguna enfermedad importante que debamos saber?  SI  NO

Si lo tiene; Por favor expliquelo \_\_\_\_\_

Se me han informado todos los procedimientos; y las respuestas e informacion requerida es la correcta. Si existe algun cambio en la salud del paciente se informara inmediateamente.

Firma del Padre/Guardian \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Como escucho de nuestra oficina?**  Por otro paciente, amigo  Por otro paciente, pariente  Otros  Oficina Dental  
 Nombre \_\_\_\_\_  Paginas Amarillas  Radio  Internet  Face book  Television  Peliculas  Television y Peliculas

**FOR OFFICE USE ONLY** Weight: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_ Mission: \_\_\_\_\_

Next Visit \_\_\_\_\_ Exit Time \_\_\_\_\_ Dr Reviewing Medical HX \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN

Nombre \_\_\_\_\_  
 Masculino  Femenino  Casado  Soltero  Otro \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # del Seguro Social \_\_\_\_\_

Telefono CASA: \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

Dirreccion \_\_\_\_\_  
Calle # de Apartamento \_\_\_\_\_  
Cuidad Estado Codigo Postal \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Persona en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

Telephone de persona de emergencia # (CASA) \_\_\_\_\_ (TRABAJO) \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO

**Primary**

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre MI \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

Direccion del asegurado \_\_\_\_\_  
Calle Cuidad Estado Codigo Postal \_\_\_\_\_

Nombre del empleador del asegurado \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Relacion del paciente con el asegurado  Yo  Esposo/a  Hijo/a  Otro \_\_\_\_\_

Dir. Y Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS

Una condicion para recibir tratamiento por esta oficina es hacer arreglos financieros con anticipacion. El consultorio depende sobre los reembolsos de costos de los pacientes que se agregaran a los tratamientos hechos en la oficina y es responsabilidad de cada paciente hacer el pago antes del tratamiento. Todos los servicios de emergencia dental que se realice sin una cita tendran que pagar en efectivo y antes de realizar el tratamiento. Pacientes con seguro dental entienden que los servicios dentales y tratamientos seran cargados directamente al paciente o a la persona responsable. Esta oficina ayuda a los pacientes a preparar formas del seguro del paciente o asistir a colectar de la compania de seguros el pago y hacerlo; y si el credito llega a sobrar se depositara a la cuenta del paciente directamente. Sin embargo la oficina no puede dar servicio y asumir los cargos que van a ser pagados por la compania de seguros. Un balance que no se ha pagado en mas de 60 dias se hara un cargo de 1 1/2 % por mes (18% anual). A menos que se haga un arreglo financiero satisfactorio. Entiendo que los honorarios calculados por el tratamiento solo son validos por un periodo de 6 meses a partir de la fecha de la examinacion del paciente. En consideracion con los servicios profesionales prestados que me son solicitados por el Doctor; por lo tanto estoy de acuerdo a pagar el valor del tratamiento que indique el Doctor o el asigne en el tiempo prestado al servicio. Ademas estoy de acuerdo en aceptar el valr que eligan por los servicios que pagare a menos que tuviera una objesion por mi.

He leido las condiciones y pagos del tratamiento y estoy de acuerdo con en contenido.

Yo \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento por mi nino/a

\_\_\_\_\_, para que se haga un examen dental, radiografias dentales, y una limpieza de los dientes.

\_\_\_\_\_  
Firma De Pariente/Guardian

\_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



**1. ¿Que significa HIPAA?**

HIPAA significa Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 y es una ley federal que establece normas acerca de quienes pueden ver y recibir informacion sobre su salud.

**2. ¿Por que debo de firmar ahora?**

Firmando hoy simplemente nos avisa que si recibio el aviso de HIPAA. Por supuesto, usted puede no firmar.

**3. ¿Que pasa si no firmo estas formas de Aviso de Privacidad?**

Necesita saber como nosotros podemos proporcionar cuidado y tratamiento aun no firmando la forma. Sí usted elige no firmar, nosotros mencionaremos su decision en la parte final de la forma y esperamos que tome una copia del Aviso.

**4. ¿Es mi firma solamente un aviso que recibi este Aviso de Privacidad?**

Sí mediante la firma de esta forma de aviso podemos mostrar al departamento de Servicios Humanos y Salud que estamos cumpliendo con una de las principales reglas de HIPAA para asegurarnos que le damos a cada paciente la oportunidad de obtener el aviso. Usted puede negarse a firmar la forma.

**5. ¿Por que esta tan largo este aviso comparado al que recibi de mi institución financiera, la compania de la tarjeta del credito, o de mi companies de seguro de vida?**

Esos compañías están sujetas a un conjunto de diferentes reglas privadas bajo la organizacion de Graham/Leach Act, mientras que la organizacion al cuidado de la salud estan sujetas a HIPAA y a leyes del Estado.

**6. ¿Estas hacienda halgo diferente con mi informacìon de salud antes de que existiera HIPAA?**

En realidad, vamos a guardar su informacìon mèdica mas de cerca. Hemos creado polisas y procedimientos para todo nuestro personal en Little Heroes Pediatric Dentistry para asegurarnos que su informacìon dental será solo compartido con aquellos que necesitan informacìon al cuidado de la salud.

**7. ¿Es solamente este Aviso de HIPAA, para el uso de Little Heroes Pediatric Dentistry?**

Si, sin embargo todas las organizaciones como hospitals, centros de cirugia ambulatoria y oficinas de Doctores, estan sujetos a HIPAA desde 14 de Abril 2003. Estas organizaciones tienen sus propios Avisos de Privacidad que necesitan firmar cuando vayan a recibir sus servicios.

**8. ¿Despues que firmo este aviso y reconocimiento, que va pasar?**

Vamos a guardar su forma en el expediente y mencionaremos su eleccìon en nuestra sistema electronico, cuando regrese a su siguiente cita en Little Heroes Pediatric Dentistry le preguntaremos sí ya recibio el Aviso de Privacidad. Sí ya recibió una copia, solo haganolo saber.

**9. ¿Que es lo que voy a pagar por firmar este Aviso de Privacidad?**

No hay ningun cobro por firmar nuestro Aviso de Privacidad.

**10. ¿Puedo firmar este reconocimiento sin leer el Aviso de Privacidad?**

Sí, es simplemente para documentar que recibiste el Aviso de Privacidad que es requerido por la ley de HIPAA. Su firma no indicara que has leído esta notificacion o que estas de acuerdo con lo que dice.



## RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que me han proporcionado la oportunidad a leer una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Little Heroes Pediatric Dentistry

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Guardian \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

La información clínica no se proporcionará a ninguna persona solo usted como se señala en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Si desea que algun otro miembro de su familia o otras personas se informan de su condicion medical general o diagnostico incluyendo tratamiento, pagos o atenciones del cuidado del salud, por favor de anotar los nombres aqui:

---

---

---

### SOLO PARA EL USO DEL OFICINA / FOR OFFICE USE ONLY:

We have made every effort to obtain written acknowledge of receipt of our Notice of Privacy from this patient but it could not be obtained because:

- Individual refuse to sign
- Due to an emergency situation it was not possible to obtain an acknowledgment
- A communication barrier prevented ECT from obtaining acknowledgment
- Other: (please provide specific details) \_\_\_\_\_

Employee Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_