



Conocida anteriormente como centro dental para niños de la comunidad

Bienvenidos al Centro Dental Comunitario!

Nos complace que seas parte de nuestra familia. Estamos dedicados a proveer tratamiento dental de calidad a todos los niños que posean seguro de Medicaid y aquellos que no posean seguro alguno. Nuestra meta es crear una diferencia completa en la salud dental de los niños y en su desarrollo total. Por este hecho es que en cada visita, tus niños reciben consejería nutricional e instrucción de higiene oral y enseñamos a que sean responsables de su propia salud dental.

Cada uno de nuestros pacientes que servimos es importante para nosotros. Dado esto, por favor darnos 24 horas de aviso con antelación para cancelar o cambiar citas. Somos una clínica dental no lucrativa y no podemos producir suficiente dinero para mantenernos abiertos si tu no cancelas con anticipación o no llegas a tu cita. Ayúdanos a continuar proveyendo servicios dentales en tu área!

Otro método de mantener nuestra clínica en funciones es refiriendo a otras familias que no tienen seguro alguno o que tienen seguro de Medicaid a que vengan a nuestra clínica odontológica. Ofrecemos premios a aquellos que refieren a otras familias a nuestro Centro Dental, entonces que esperas para invitar a otros!. En nuestra clínica nuevos pacientes son la mayoría y son siempre bienvenidos!

Se parte de la Solución

Comparte con otros y dejales saber acerca de nuestro Centro Familiar
Gracias por dar lo mejor , así nosotros daremos lo mejor para ti.



PATIENT INFORMATION AND HEALTH HISTORY FORM
DATOS DEL PACIENTE E HISTORIA MEDICA

Child's Name (*nombre del paciente*): _____
Sex (*sexo*): Male/*niño* Female/*niña* Age (*edad*) : _____
Birthdate (*fecha de nacimiento*) : _____ / _____ / _____
month/*mes* day/*día* year/*año*

PARENT INFORMATION
DATOS DE LOS PADRES

Parent Name (*nombre del padre o de la madre*): _____
Address (*dirección*): _____
City (*ciudad*): _____ State (*estado*) : _____
Zip Code (*código postal*): _____
Home Phone (*teléfono de casa*): _____
Mobile Phone (*teléfono celular*): _____
Employer (*empleador*): _____
What is the parent's primary language? _____
(¿Cuál es el idioma preferido del padre o de la madre?)
What is the child's primary language? _____
(¿Cuál es el idioma preferido del niño?)
Correo electrónico: _____

EMERGENCY CONTACT
CONTACTO DE EMERGENCIA

**Please list someone other than yourself. Favor de identificar otra persona que sirva como contacto de emergencia.*

Name (*nombre*): _____
Relationship (*relación*): _____
Home Phone (*teléfono de casa*): _____
Work Phone (*teléfono del trabajo*): _____
Mobile Phone (*teléfono celular*): _____

MEDICAL HISTORY

HISTORIA MEDICA

- For the following questions, circle yes or no, whichever applies. Your answers are for our records only and will be considered confidential. Please note that during your child's initial visit you and your child will be asked some questions about your responses to this questionnaire and there may be additional questions concerning his/her health. If you have any questions, please feel free to ask.
- Por favor conteste las siguientes preguntas de la forma "sí" o "no", marcando sus respuestas con un círculo. Su información es confidencial y protegida por ley. Durante su visita, el doctor solicitará más información de ud, y del paciente. Por favor estése preparado a elaborar sobre sus respuestas a éstas y otras preguntas relacionadas a la salud del paciente. Si usted o el joven tenga cualquier pregunta o preocupación, por favor menciónelas; el doctor está más que disponible para ofrecerle una respuesta.

General Conditions/Condiciones Generales

Arthritis/artritis	Yes/sí	No/no	Gastrointestinal disorders/ problemas de digestión	Yes/sí	No/no
Asthma/asma	Yes/sí	No/no	Rheumatic fever/fiebre reumática	Yes/sí	No/no
Diabetes/diabetes	Yes/sí	No/no	Heart disease/enfermedad cardíaca	Yes/sí	No/no
Kidney disease/enfer- medad de los riñones	Yes/sí	No/no	Heart murmur/soplo del corazón	Yes/sí	No/no

Hematological (Blood-related)/Problemas Relacionadas a la Sangre

Anemia/anemia	Yes/sí	No/no	Bleeding (prolonged)/ pérdida prolongada de sangre	Yes/sí	No/no
Hemophilia/hemofilia	Yes/sí	No/no	Transfusion of blood/ transfusión sanguínea	Yes/sí	No/no
Sickle cell disease/ anemia de células falciformes	Yes/sí	No/no	Sickle cell trait/tendencia a la anemia de células falciformes	Yes/sí	No/no

Behavior & Learning/Problemas de Comportamiento y Aprendizaje

ADHD/trastorno hiper- activo de déficit de atención	Yes/sí	No/no	Anxious or nervous/ ansioso o nervioso	Yes/sí	No/no
Emotional disability/ incapacidad emocional	Yes/sí	No/no	Behavior issues/trastornos de comportamiento	Yes/sí	No/no
Psychiatric disorder / trastornos siquiátricos	Yes/sí	No/no	Learning disability / incapacidad de aprendizaje	Yes/sí	No/no
Autism/autismo	Yes/sí	No/no			

Infectious/Enfermedades Contagiosas

Hepatitis/hepatitis	Yes/sí	No/no	HIV infection (AIDS)/ infección VIH o SIDA	Yes/sí	No/no
Tuberculosis/tuberculosis	Yes/sí	No/no	Venereal disease/ enfermedades venéreas	Yes/sí	No/no

Developmental/Trastornos de Desarrollo

Brain injury/ lesión cerebral	Yes/sí	No/no	Cerebral palsy/ parálisis cerebral	Yes/sí	No/no
Cleft lip or palate/ labio o paladar hendido	Yes/sí	No/no	Developmental delay/ demora de desarrollo	Yes/sí	No/no
Growth problems/ trastornos de crecimiento	Yes/sí	No/no	Feeding or eating problems/ trastornos de comer	Yes/sí	No/no
Hearing loss/ pérdida de audición	Yes/sí	No/no	Neuromuscular defect/ trastornos neuromusculares	Yes/sí	No/no
Orthopedic problems/ problemas ortopédicos	Yes/sí	No/no	Seizures/ convulsiones	Yes/sí	No/no
Spina bifida/ espina bífida	Yes/sí	No/no			

Other/otro problema de desarrollo: _____

If any checked yes, please explain/favor de explicar cualquier respuesta de "sí": _____

Substance Abuse/Abuso de Sustancias

Drug use/uso de drogas	Yes/sí	No/no	Tobacco use/fuma cigarros o usa tabaco	Yes/sí	No/no
Abuse/abuso físico	Yes/sí	No/no	Alcohol abuse/ alcoholismo	Yes/sí	No/no

Other Conditions/Otras Condiciones

Cancer/cáncer	Yes/sí	No/no	Type/tipo: _____		
Leukemia/leucemia	Yes/sí	No/no	Type/tipo: _____		
Fainting or headaches/ Desmayo o dolor de cabeza	Yes/sí	No/no	Sleep apnea/ apnea de sueño	Yes/sí	No/no
Sleep problems/ Trastornos de dormir	Yes/sí	No/no	Snoring/ronca	Yes/sí	No/no

Is your child currently taking any medications? ¿Está tomando medicinas? Yes/Sí No/no
If yes, please list (favor de indicar cuáles medicamentos está tomando): _____

Has your child had any surgery? ¿Ha tenido alguna cirugía? Yes/Sí No/no
If yes, type(s), date(s) and age(s) (favor de indicar de cual tipo, la fecha, y la edad al tiempo de cirugía): _____

Has your child ever been hospitalized? ¿Ha sido admitido al hospital? Yes/Sí No/no
If yes, when, and where? (favor de indicar cuándo y dónde pasó): _____

Has your child had any allergic reactions to (ha tenido reacción alérgica a):

- Medications or drugs? ¿medicinas o drogas? Yes/Sí No/no
 - Latex? ¿látex? Yes/Sí No/no
 - Local Anesthetics (Lidocaine) ¿anestético aplicado a la piel? Yes/Sí No/no
 - Penicillin or other antibiotics ¿antibióticos o la penicilina? Yes/Sí No/no
 - Codeine or other narcotics ¿drogas narcóticas o codeína? Yes/Sí No/no
 - Foods? ¿algunas comidas? Yes/Sí No/no
- If yes, please list (favor de indicar cuáles): _____
- Other? ¿alguna otra alergia? Yes/Sí No/no
- If yes, please list (favor de indicar cuáles): _____

Does your child have any disease, condition, or problem not listed above that you think the dentist should know about? ¿El paciente padece de alguna enfermedad, condición, o problema no mencionado arriba? _____

Is your child wearing removable dental appliances? Yes/Sí No/No
¿El paciente tiene algún aparato dental removible?
Does your child drink well water? ¿El paciente toma agua de pozo? Yes/Sí No/No
Does your child suck their thumb? ¿El paciente chupa los dedos? Yes/Sí No/No

Girls/Women Only/Solamente para las Niñas

Has your child had her first monthly period? ¿Le ha comenzado la regla mensual? Yes/Sí No/No
Is your child pregnant? ¿Está embarazada la joven? Yes/Sí No/No
Is your child nursing a baby? ¿Está dando pecho a un bebé? Yes/Sí No/No
Is your child taking/on any type of birth control? ¿Está usando contraceptivos? Yes/Sí No/No

DENTAL HISTORY
HISTORIA DENTAL

1. Last dental appointment? *¿Cuándo fue su última visita al dentista?* _____
2. Were X-Rays taken? *¿Le sacaron radiografías dentales?* _____ Yes/Sí
No/No
- Date of last X-Rays? *¿Fecha de la última radiografía?* _____
3. How did your child react? *¿Cómo reaccionó el paciente?*
Great/bien OK/normal Fair/más o menos Poorly/mal
4. Does your child brush his/her teeth? *¿El paciente se limpia los dientes diario?* Yes/Sí No/No
5. Do you help in brushing your child's teeth? *¿Le ayuda a limpiarlos?* Yes/Sí No/No
6. Does your child use dental floss in cleaning their teeth? *¿El paciente usa hilo dental?* Yes/Sí
No/No
7. Does your child snack frequently? *¿Come meriendas a menudo?* Yes/Sí
No/No
- What do their snacks consist of? *¿De qué consisten sus meriendas?*

9. How much soda and juice does your child usually drink per day?
¿Cuántas sodas o jugo toma el paciente cada día?

10. Have your child's teeth or a tooth ever been injured? *¿Ha sufrido alguna lesión a los dientes?*
Yes/Sí No/No
- Which teeth and how? *¿Cuáles dientes, y cómo ocurrió el accidente?*

11. Does your child require a bottle or sippy cup to sleep or nap?
¿El paciente requiere biberón para dormirse o tomar siesta? Yes/Sí No/No
- If yes, what is in the bottle or cup? *¿Qué toma en el biberón?*

12. Does your child grind their teeth? *¿El paciente rechina los dientes?* Yes/Sí No/No
13. Has your child ever received any dental or surgical treatment to the mouth?
¿Ha tenido el paciente algún tratamiento o cirugía dental a la boca? Yes/Sí No/No
- If yes, describe (i.e., sedated for dental treatment). *Favor de describir el procedimiento, por ejemplo, le dieron sedantes para un tratamiento dental:* _____



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Yo doy mi consentimiento al tratamiento y autorizo que cualquier persona que tenga información médica u otra clase de información acerca de mi hijo, pueda liberar a Doral Dental USA o sus intermediarios o proveedores toda la información necesaria para esta demanda de FAMIS o FAMIS Plus u otra demanda relacionada. Solicito que el pago de los subsidios del seguro médico se haga al Community Children's Dental Center. Entiendo que es obligatorio notificar al Community Children's Dental Center de cualquier otro partido que puede ser responsable por el pago del tratamiento de mi hijo. Al mejor de mi conocimiento la información anterior es correcta. Durante el tratamiento de mi hijo yo les avisaré de cualquier cambio en la salud de mi hijo, enfermedades o medicamentos. Problemas que resulten del tratamiento dental son extremadamente raros pero pueden incluir dolor o infección. No tratar la enfermedad dental puede tener el mismo resultado. Si una picadura dental es muy profunda y el nervio y el suministro de sangre son afectados, o si la pérdida de hueso o inflamación están presentes, puede ser necesario sacar el nervio o el diente usando anestesia local. Por favor, siéntase libre de hablar de cualquier preocupación que tenga con el dentista. Yo autorizo al dentista a realizar en mi hijo un examen dental y tratamientos que se estime necesario por el dentista.

Aviso de Consentimiento Concedido para el VIH, VHB, VHC y pruebas:

Si uno de nuestros profesionales de atención de salud, los trabajadores, o los empleados fuera directamente expuesto a la sangre o fluidos corporales en una forma que puede transmitir la enfermedad, la sangre del niño será sujeta a una prueba de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH, el virus del SIDA) y la presencia del virus Hepatitis B y Hepatitis C. Un médico u otro profesional de salud les avisará a usted y a nuestro empleado del resultado de la prueba y les proporcionará asesoramiento, si es necesario. **El consentimiento para obtener resultados de la prueba será firmada y enviada al proveedor de cuidados de salud para que podamos obtener directamente los resultados de la prueba de sangre.** Si su hijo fuera directamente expuesto a fluidos corporales de sangre de uno de nuestros profesionales de la salud, los trabajadores o empleados en una manera que puede transmitir la enfermedad, la sangre de aquella persona será sujeta a prueba de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH, el virus del SIDA) y para la presencia del virus Hepatitis B y Hepatitis C. Un médico u otro proveedor de atención médica les avisará a usted y la persona del resultado de la prueba y proporcionará asesoramiento, si es necesario. Le eximo de responsabilidad mi dentista, o cualquier otro miembro del personal de Community Children's Dental Center, de los errores u omisiones que pueda haber tenido en el llenado de este formulario. Además, con mi firma abajo, reconozco que el anuncio de las prácticas de privacidad se puede encontrar y puede solicitar una copia en cualquier momento.

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

POLIZA DE NOMBRAMIENTOS

Community Dental Center depende de la financiación comunitaria, subvenciones y reembolsos de Medicaid para seguir ofreciendo servicios en la comunidad. Por lo tanto, es necesario que todos los pacientes sigan las siguientes polizas para permitir el uso más eficiente de nuestros recursos:

- Las citas para trabajos dentales (rellenos, extracciones, etc.) deben confirmarse dentro de las 48 horas posteriores a la fecha / hora de la cita o se cancelará su cita. Debido al volumen de pacientes que atendemos, no podremos reprogramar su cita por 6 meses.
- Llame al menos 24 horas antes de su cita programada si necesita reprogramarla. Las reprogramaciones solicitadas con menos de 24 horas de anticipación se considerará cita perdida.
- Los pacientes que falten a 3 citas (citas perdidas) serán despedidos de nuestra práctica.
- Debe llegar 10 minutos antes de la hora de su cita. Cualquier paciente que llegue 5 minutos después de su cita deberá reprogramar su cita para otra día.

Es importante que confirme su cita o la de su hijo para que podamos planificar nuestro horario. Por favor infórmenos de cualquier cambio de número de teléfono o dirección.

Firma del padre/madre: _____

Fecha: _____

Poliza de gestión del comportamiento

Comportamiento del paciente permite tiempo extra y estrategias personalizadas para ayudar a los pacientes a cumplir con éxito el tratamiento restaurador/higiene en entornos clínicos. La gestión del comportamiento requiere que otro asistente ingrese a la sala y ayude a consolar a un paciente durante el tratamiento. A los pacientes que utilizan nuestro plan de pago en efectivo se les cobrará una tarifa de \$ 68.00 si se utiliza la gestión del comportamiento durante el tiempo de servicio.

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE DATOS DE SALUD

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LO SIGUIENTE

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago, y operaciones de atención médica.

Aviso de Política de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de Política de Privacidad antes de decidir si se debe firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago, y operaciones de atención médica, de los usos y revelaciones que puedan hacer de su información médica protegida. Una copia de nuestro aviso se le entregará cuando se lo solicite. Le animamos leerlo con cuidado y por completo antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas de privacidad que se describen en nuestro Aviso de Política de Privacidad, la cual contendrá los cambios. Estos cambios se aplicarán a cualquier aspecto de su información médica protegida que mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Política de Privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento que lo solicite de nosotros.

Derecho a revocar: Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, dándonos una notificación escrita de su revocación. Por favor, entienda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en la confianza en este consentimiento antes de recibir su revocación, y que nosotros le negar a tratar o continuar el tratamiento si usted revoca este consentimiento.

Yo, _____, he tenido plenamente la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de Política de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, estoy dando mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información de salud protegida como se describe en el "Aviso de Política de Privacidad".

Firma _____ Fecha _____

Si esta autorización es firmada por un representante personal en nombre de la paciente, completa lo siguiente: Nombre del Representante: _____

INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD: DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad nos importa a todos

La mayoría de nosotros considera que la información sobre la salud forma parte de nuestra intimidad y se debe proteger; por lo tanto, deseamos saber quién cuenta con esos datos. Bien, la ley federal

- Le otorga derechos sobre la información relacionada con su salud
- Fija normas y límites sobre quién puede consultar y recibir la información sobre su salud

Según la ley federal que protege la información sobre su salud, usted tiene derecho a la confidencialidad. Es importante que conozca estos derechos. Puede ejercerlos, informarse y presentar una queja si considera que no se están respetando o que no se protege la información sobre su salud.

¿A quién va dirigida esta ley?

- A la mayoría de los médicos, enfermeros, farmacias, hospitales, clínicas, hogares de ancianos y muchos otros proveedores de atención médica
- A las aseguradoras de salud, las organizaciones de conservación de la salud y la mayoría de los planes de salud grupales de los empleadores
- A algunos programas gubernamentales que pagan la atención médica, como Medicare y Medicaid

¿Qué información está protegida?

- Los datos que los médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica ingresan en su historia clínica
- Las conversaciones entre su médico y los enfermeros u otras personas acerca de su atención o tratamiento
- Los datos referidos a usted que figuran en el sistema informático de su asegurador de salud
- Las facturas que emite su clínica por su atención
- La mayoría de los datos referidos a usted que manejan quienes deben cumplir esta ley

Otros derechos relacionados con la confidencialidad Es posible que, de acuerdo con las leyes de su estado, le correspondan otros derechos en cuanto a la información sobre su salud. Se le debe notificar claramente si esas leyes afectan a la manera de utilizar o divulgar datos sobre su salud.

Para más información Éste es un breve resumen de los derechos y protecciones que le corresponden según la ley federal de confidencialidad de la información sobre la salud. Puede preguntarle a su proveedor o asegurador cómo emplea o divulga la información sobre su salud y cuáles son sus derechos. También podrá encontrar más información, incluso sobre cómo presentar una queja ante el gobierno de EE.UU., en la página Web www.hhs.gov/ocr/hipaa/

La ley fija normas y límites sobre quién puede consultar y recibir la información sobre su salud

A fin de garantizar que la protección de su información no interfiera con su atención médica, sus datos pueden utilizarse y compartirse

- Para brindarle tratamiento y coordinar su atención
- Para pagar a los médicos y hospitales por su atención médica y contribuir a su mantenimiento
- Con sus familiares, amigos u otras personas que usted indique que estén relacionadas con su atención médica o con las facturas por su atención médica, a menos que usted se oponga
- Para asegurarse de que los médicos le brinden una atención adecuada y los hogares de ancianos sean limpios y seguros
- Para proteger la salud pública, como, por ejemplo, realizar informes sobre los brotes de gripe en su región
- Para presentar los informes obligatorios a la policía, como los referidos a heridas de bala

La información sobre su salud no se puede usar ni compartir sin su autorización escrita, a menos que esta ley lo permita. Por ejemplo, sin su autorización, su proveedor por lo general no puede

- Brindarle información a su empleador
- Usar o compartir su información con fines comerciales o publicitarios
- Compartir anotaciones privadas sobre sus sesiones de tratamiento psicológico