



Nuevas formas de paciente

PACIENTE

Fecha _____

Apellidos del paciente _____ Nombre del Paciente _____ Iniciales _____

Nombre preferido _____ Aficiones, actividades _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo Masculino Femenino #Seguro Social _____

La escuela _____ Grado _____ Dirección de correo electrónico _____

Dirección de casa _____ Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono de casa (_____) _____ - _____ Teléfono celular (_____) _____ - _____

LOS PADRES/TUTORES

Nombre(s) Custodia(s) _____

Paciente vive con (marque todas las que correspondan) Madre Padre Madrastra Padrastro Abuelos Otros

Nombre completo del padre _____ Título: Sr. Dra. Otros _____

Ocupación _____ Dirección de correo electrónico _____

Dirección (si es diferente del paciente) _____

Teléfono de casa (_____) _____ - _____ Teléfono celular (_____) _____ - _____

Nombre completo de la madre _____ Título: La Sra. La Sra. Dra. Otros _____

Ocupación _____ Dirección de correo electrónico _____

Dirección (si es diferente del paciente) _____

Teléfono de casa (_____) _____ - _____ Teléfono celular (_____) _____ - _____

Estado civil del padres

separados casados divorciados solo

Hermano/hermana nombre _____

DOB _____

Hermano/hermana nombre _____

DOB _____

Hermano/hermana nombre _____

DOB _____

Hermano/hermana nombre _____

DOB _____

Hermano/hermana nombre _____

DOB _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____

Relación _____

Dirección _____

Teléfono de casa (_____) _____ - _____ Teléfono celular (_____) _____ - _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es financieramente responsable de esta cuenta? _____
Dirección (si es diferente de la página 1) _____
Teléfono de casa (_____) _____ - _____ Teléfono celular (_____) _____ - _____
Dirección de correo electrónico _____ #Seguro Social _____
¿Quién será responsable de llevar al paciente a citas? _____

SEGURO DENTAL

Poliza primaria nombre completo del titular _____ DOB _____
#Seguro Social _____ Relación con el paciente _____
Dirección y teléfono (si no aparece en la lista anterior) _____
Empresa _____ Dirección _____
Compañía de seguros _____ ID # _____ Grupo # _____

Poliza secundaria nombre completo del titular _____ DOB _____
#Seguro Social _____ Relación con el paciente _____
Dirección y teléfono (si no aparece en la lista anterior) _____
Empresa _____ Dirección _____
Compañía de seguros _____ ID # _____ Grupo # _____

SEGURO MEDICO

Nombre completo del titular de la poliza _____ Compañía de seguros _____

MEDICO

Médico de atención primaria del paciente _____ Ciudad, Estado de _____
Visto por última vez _____ Razón _____ Próxima cita _____
Examen físico más reciente _____

Haga una lista de los especialistas que su hijo ha visto (es decir, cardiólogo, ENT, etc.).

Nombre _____ Ciudad, Estado de _____

Razón _____

Nombre _____ Ciudad, Estado de _____

Razón _____

Nombre _____ Ciudad, Estado de _____

Razón _____

HISTORIA DENTAL

Motivo de la visita hoy _____

¿ Tiene alguna inquietud sobre los dientes de su hijo? _____

Esta es la primera visita del niño al odontólogo? SÍ NO

Si no, cuándo fue la última visita y qué se ha hecho? _____

¿Espera usted que su niño va a ser un paciente cooperativo? SÍ NO

Si no, por favor explique: _____

Su hijo ha golpeado algún diente? SÍ NO

Si es así, ¿cuándo? _____

Tiene su niño una historia de dolores de cabeza, dolor, chasquidos o chasquido de los maxilares? SÍ NO

¿Su hijo tiene una botella de noche? SÍ NO

¿Su niño tiene un dolor de muelas? SÍ NO

¿Su hijo tiene o que él/ella ha tenido alguno de los siguientes problemas o hábitos?

- | | | |
|---|-----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> chuparse el pulgar | ¿Cuánto tiempo? _____ | Todavía activo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Dedo hábito | ¿Cuánto tiempo? _____ | Todavía activo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> chupete | ¿Cuánto tiempo? _____ | Todavía activo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |

¿Con qué frecuencia usa el cepillo infantil? _____

El cepillado es supervisado? SÍ NO

Usa el hilo dental? SÍ NO

¿Su hijo recibe:

<input type="checkbox"/> tabletas de fluoruro/cae	<input type="checkbox"/> agua embotellada
<input type="checkbox"/> agua fluorada (agua del grifo)	<input type="checkbox"/> Agua de Pozo
<input type="checkbox"/> Fluoruro en vitaminas	

HISTORIAL MEDICO

Su hijo está actualmente bajo el cuidado de su médico de familia para cualquier razón médica? SÍ NO

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

Nombre del médico de familia: _____

Dirección: _____ N° de teléfono _____

Está en buen estado de salud su hijo? SÍ NO

Si no, por favor explique: _____

¿Su hijo tiene cualquier alergia a medicamentos? SÍ NO

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

Su hijo está tomando algún medicamento en este momento? SÍ NO

Si sí, lista: _____

Su hijo ha sido hospitalizados o atendidos en una sala de emergencia por cualquier trauma especial? SÍ NO

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

Tiene las amígdalas y/o adenoides? SÍ NO

¿Su hijo respira por la boca? SÍ NO Si la respuesta es sí, raramente a menudo

¿Su niño ronca? SÍ NO

Por favor indicar si su hijo ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> autismo y Síndrome de Asperger |
| <input type="checkbox"/> trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> trastorno óseo | <input type="checkbox"/> Paladar hendido |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno Endocrino | <input type="checkbox"/> epilepsia o convulsiones |
| <input type="checkbox"/> hiperactividad/ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> dolencia cardíaca o murmullos | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual |
| <input type="checkbox"/> alergia al látex/sensibilidad | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos/Hepatitis | <input type="checkbox"/> malignidades/leucemia |
| <input type="checkbox"/> desventaja física | <input type="checkbox"/> positivo para el VIH | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> La Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Problemas de lenguaje | |

Por favor formular comentarios sobre cualquier problema que se verificaron en las áreas mencionadas:

LIBERACION Y RENUNCIA

Autorizo a liberar toda la información referente al tratamiento dental de mi niño y/o compañía de seguros médicos.

Padre/madre/tutor firma _____ Fecha _____

No voy a responsabilizar a mi dentista o cualquier miembro de su personal por los errores u omisiones que he hecho al diligenciar este formulario. Voy a avisar de mi dentista/personal de cualquier cambio en la historia médica del niño o de la salud dental.

Padre/madre/tutor firma _____ Fecha _____

En un esfuerzo por mejorar la comunicación con nuestros pacientes, Rhode Island odontología infantil enviara por correo electrónico y/o por mensajería de texto recordatorios de la cita. Si usted está interesado en ser parte de este servicio, por favor, introduzca sus datos a continuación. Por favor tenga en cuenta que esta dirección de correo electrónico también puede ser utilizada para enviarle correo electrónico información personal (por ejemplo, recibos, facturas, cartas) relativas a su cuidado dental. Su información sólo se utiliza para las comunicaciones con usted y con otros profesionales de la odontología. No compartimos ni vendemos información personal.

Padre/madre/tutor firma _____ Fecha _____

Autorizo a los dentistas y personal de Rhode Island Children's Dental para realizar ayudas diagnósticas, incluyendo un examen de rayos x, fotografías, modelos, limpieza y tratamiento de fluoruro, cuando sea necesario, como el estándar de cuidado para diagnosticar correctamente y registrar cualquier y todas las afecciones dentales. Autorizo a mi compañía de seguros para pagar la odontología infantil Rhode Island todos los beneficios seguros pagaderas a mí por servicios prestados. Yo también autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros. Entiendo que soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados, estén o no cubiertos por mi seguro, inasistencia a citas, honorarios y todos los cargos por los servicios de pago tardío. También entiendo que la obtención de información sobre los beneficios de la cobertura de seguros es mi responsabilidad y no la responsabilidad de odontología infantil de Rhode Island infantil. Este consentimiento permanece en vigencia desde la fecha indicada hasta su cancelación por escrito.

Padre/madre/tutor firma _____ Fecha _____



Consentimiento General

Puedo atestiguar que la información que he proporcionado en este formulario es correcta al mejor de mi conocimiento. Tengo entendido que el suministro de información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en la condición médica del niño.

Entiendo que al firmar a continuación autorizo realizar los siguientes procedimientos según se considere necesario por el dentista y he leído y comprendido los posibles riesgos y complicaciones de cada procedimiento.

Los rayos X & Examen

Entiendo que mi niño estará recibiendo un examen dental por un dentista pediátrico con licencia del estado. Entiendo que se pueden tomar radiografías de los dientes de mi hijo como parte de los requisitos necesarios para completar un examen minucioso y amplio.

Fotografía médica consentimiento

Doy mi consentimiento a las fotografías digitales y las imágenes de rayos x de mi hijo para ser utilizado exclusivamente dentro de su historial médica para propósitos de identificación y tratamiento dental.

Tratamiento de fluoruro y limpieza dental

Autorizo al Dr. Paquin y/o su personal para limpiar los dientes de mi hijo en el día de hoy. Entiendo que la aplicación de fluoruro es parte del estándar de cuidado para los niños y ayuda a prevenir la caries.

Selladores dentales y restauraciones

Autorizo al Dr. Paquin y/o de sus funcionarios para realizar restauraciones de selladores y compuestos de relleno, incluidos los empastes de amalgama, acero inoxidable coronas y mantenedores de espacio como parte integral de la atención dental. Cualquier procedimiento invasivo, obtendrá un consentimiento separado.

Drogas y Medicamentos

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y tópicos de compuestos pueden causar reacciones alérgicas, incluso sin antes conocer la historia. Las reacciones alérgicas pueden causar enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, prurito, vómitos y/o shock anafiláctico. He informado al dentista, al mejor de mi conocimiento, de cualquier reacción adversa que mi hijo ha tenido.

Entiendo que todos los tratamientos mencionados son el estándar de atención en odontología pediátrica. Es mi responsabilidad informar al personal durante el proceso de registro si elijo rechazar cualquiera de los tratamientos mencionados.

Fotografía opcional consentimiento

Doy mi consentimiento para tomar fotos de mi hijo(a) y se muestran en la oficina, en el marco de concursos o tableros de anuncios. Doy mi consentimiento para tomar fotos de mi hijo(a) y publicarlas como parte de medios sociales en línea, incluyendo pero no limitado a: la oficina web y blog; Instagram y Facebook.

Marque uno:

Doy mi consentimiento

No consiento

Autorización y liberación

Autorizo a Dr. Paquin y/o su personal para liberar cualquier información, incluidos el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen prestados a mi hijo(a) durante el período de tal cuidado dental a terceros pagadores, profesionales de la salud y como requerido por la ley.

Nombre del niño

Nombre del responsable

Relación con el niño

Firma

Fecha

Consentimiento de óxido nitroso

Podemos recomendar el óxido nitroso para hacer que su niño se sienta más cómodo y aumentar nuestra probabilidad de completar con éxito el tratamiento. El óxido nitroso, más conocido como gas hilarante, hará que el niño este más relajado y algo menos conscientes de su entorno lo que pueden ayudar a aliviar molestias menores. El óxido nitroso no eliminan la necesidad de anestesia local, lo que produce una sensación de entumecimiento en la zona tratada.

El óxido nitroso es aspirado a través de una máscara nasal y es fácilmente valorado a un nivel deseado.

- Óxido Nitroso sólo proporcionará relajación; el paciente está despierto y plenamente consciente, capaz de responder a preguntas y direcciones.
- El objetivo es hacer que el paciente se sienta más cómodo para recibir la necesaria atención odontológica con menos ansiedad.
- Efectos secundarios de óxido incluyen, pero no están limitados a la transpiración excesiva, el aumento de la producción de saliva, cambios de comportamiento, escalofríos, náuseas, vómitos, y "sensación de marco.
- Alternativas para el óxido nitroso son: ausencia de óxido nitroso, sedación oral consciente o anestesia general.

Doy mi consentimiento para el uso de óxido nitroso para complementar la anestesia local para el procedimiento previsto.

Nombre del responsable

Relación con el niño

Firma

Fecha



La política financiera

Asumo la responsabilidad financiera de todo tratamiento odontológico y medicamentos proporcionados para mi hijo. Tengo entendido que el pago se espera a la fecha se prestan los servicios. Aunque nuestra oficina estará encantada de e-file para presentar reclamaciones de seguro dental como una cortesía para usted, cualquiera y todos los saldos de las cuentas son finalmente su responsabilidad. Los planes de seguros pueden variar enormemente y algunas empresas seleccionar arbitrariamente determinados servicios que no van a cubrir. Póngase en contacto con nosotros si necesita hacer cambios a su cobertura dental, de modo que podamos mantener registros precisos y actualizados de su cuenta. 60 días es lo máximo que podemos esperar a su compañía de seguros para pagar el saldo de la cuenta. Después de este tiempo, tendremos que pagar cualquier saldo restante. Estaremos encantados de reembolsarle cualquier exceso que se producen después de que usted ha pagado su factura. El padre o tutor que trae el niño es responsable de realizar el pago, independientemente de lo que un decreto de divorcio puede ordenar. Los reembolsos deben efectuarse entre las partes y divorciados no pueden implicar a la oficina.

Reconocimiento de HIPAA

Reconozco que he recibido una copia de Rhode Island Odontología Infantil del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA.

Política de padre/madre/tutor

Reconozco que la política de Rhode Island Children's Odontología es legalmente responsable por un padre o tutor para estar presente en todas las citas dentales. Si alguien que no sea el padre, madre o tutor legal acompaña a su hijo a su visita nos reservamos el derecho a cambiar la fecha de la cita. Si se da aviso con antelación (mínimo 48 horas) y podemos obtener el papeleo necesario antes de la visita programada, podemos acomodar sus necesidades sobre una base de caso por caso. Ciertos tipos de tratamiento de las visitas (incluyendo la sedación) siempre requieren de un padre o tutor legal para estar presentes durante la totalidad de la visita. Consulte información adicional sobre nuestras políticas en la sección formularios adicionales.

Cancelaciones Y No-shows

Con el fin de ser respetuosos de las necesidades de los pacientes, por favor sea cortés y llame a nuestra oficina inmediatamente si usted es incapaz de atender su cita. Esto nos permitirá ofrecer su cita reservada a un paciente en la urgente necesidad de tratamiento inmediato y reprogramar su hijo para otra cita. Cualquier cita(s) no cancela da al menos con 24 horas de antelación, está sujeta a una cuota de cancelación de \$50. No se puede reprogramar su cita hasta hecho este pago. Cancelaciones continuas y no-shows puede resultar en el despido de la práctica.

Nombre del niño

Nombre del responsable

Relación con el niño

La firma

Fecha



840 Tiogue Avenue
Coventry, RI 02816
phone 401-828-1171

2358 South County Trail
East Greenwich, RI 02818
fax 401-828-4704

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

State and Federal laws require us to maintain the privacy of your health information and to inform you about our privacy practices by providing you with this Notice. We must follow the privacy practices as described below. This Notice will take effect on March 1, 2003 and will remain in effect until it is amended or replaced by us.

It is our right to change our privacy practices provided law permits the changes. Before we make a significant change, this Notice will be amended to reflect the changes and we will make the new Notice available upon request. We reserve the right to make any changes in our privacy practices and the new terms of our Notice effective for all health information maintained, created and/or received by us before the date changes were made.

TYPICAL USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION

We will keep your health information confidential, using it only for the following purposes:

Treatment: We may use your health information to provide you with our professional services. We have established "minimum necessary or need to know" standards that limit various staff members' access to your health information according to their primary job functions. Everyone on our staff is required to sign a confidentiality statement.

Disclosure: We may disclose and/or share your healthcare information with other health care professionals who provide treatment and/or service to you. These professionals will have a privacy and confidentiality policy like this one. Health information about you may also be disclosed to your family, friends and/or other persons you choose to involve in your care, only if you agree that we may do so.

Payment: We may use and disclose your health information to seek payment for services we provide to you. This disclosure involves our business office staff and may include insurance organizations or other businesses that may become involved in the process of mailing statements and/or collecting unpaid balances.

Emergencies: We may use or disclose your health information to notify, or assist in the notification of a family member or anyone responsible for your care, in case of any emergency involving your care, your location, your general condition or death. If at all possible we will provide you with an opportunity to object to this use or disclosure. Under emergency conditions or if you are incapacitated we will use our professional judgment to disclose only that information directly relevant to your care. We will also use our professional judgment to make reasonable inferences of your best interest by allowing someone to pick up filled prescriptions, x-rays or other similar forms of health information and/or supplies unless you have advised us otherwise.

Healthcare Operations: We will use and disclose your health information to keep our practice operable. Examples of personnel who may have access to this information include, but are not limited to, our medical records staff, outside health or management reviewers and individuals performing similar activities.

Required by Law: We may use or disclose your health information when we are required to do so by law. (Court or administrative orders, subpoena, discovery request or other lawful process.) We will use and disclose your information when requested by national security, intelligence and other State and Federal officials and/or if you are an inmate or otherwise under the custody of law enforcement.

Abuse or Neglect: We may disclose your health information to appropriate authorities if we reasonably believe that you are a possible victim of abuse, neglect, or domestic violence or the possible victim of other crimes. This information will be disclosed only to the extent necessary to prevent a serious threat to your health or safety or that of others.

Public Health Responsibilities: We will disclose your health care information to report problems with products, reactions to medications, product recalls, disease/infection exposure and to prevent and control disease, injury and/or disability.

Marketing Health-Related Services: We will not use your health information for marketing purposes unless we have your written authorization to do so.

National Security: The health information of Armed Forces personnel may be disclosed to military authorities under certain circumstances. If the information is required for lawful intelligence, counterintelligence or other national security activities, we may disclose it to authorized federal officials.

Appointment Reminders: We may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders, including, but not limited to, voicemail messages, text messages, emails, postcards or letters.

HIPAA Notice of Privacy Practices

This form does not constitute legal advice and covers only federal, not state, law.



840 Tiogue Avenue
Coventry, RI 02816
phone 401-828-1171

2358 South County Trail
East Greenwich, RI 02818
fax 401-828-4704

YOUR PRIVACY RIGHTS AS OUR PATIENT

Access: Upon written request, you have the right to inspect and get copies of your health information (and that of an individual for whom you are a legal guardian.) There will be some limited exceptions. If you wish to examine your health information, you will need to complete and submit an appropriate request form. Contact our Office Manager for a copy of the Request Form. You may also request access by sending us a letter to the address at the end of this Notice. Once approved, an appointment can be made to review your records. Duplications of records, if requested, will be \$100.00. If you want the copies mailed to you, postage will also be charged. If you prefer a summary or an explanation of your health information, we will provide it for a fee. Please contact our Privacy Officer for a fee and/or for an explanation of our fee structure.

Amendment: You have the right to amend your healthcare information, if you feel it is inaccurate or incomplete. Your request must be in writing and must include an explanation of why the information should be amended. Under certain circumstances, your request may be denied.

Non-routine Disclosures: You have the right to receive a list of non-routine disclosures we have made of your health care information. (When we make a routine disclosure of your information to a professional for treatment and/or payment purposes, we do not keep a record of routine disclosures: therefore these are not available.) You have the right to a list of instances in which we, or our business associates, disclosed information for reasons *other than* treatment, payment or healthcare operations.

Restrictions: You have the right to request that we place additional restrictions on our use or disclosure of your health information. We do not have to agree to these additional restrictions, but if we do, we will abide by our agreement. (Except in emergencies.) Please contact our Privacy Officer if you want to further restrict access to your health care information. This request must be submitted in writing.

QUESTIONS AND COMPLAINTS

You have the right to file a complaint with us if you feel we have not complied with our Privacy Policies. Your complaint should be directed to our Office Manager. If you feel we may have violated your privacy rights, or if you disagree with a decision we made regarding your access to your health information, you can complain to us. In writing. Request a Complaint Form from our Office Manager. We support your right to the privacy of your information and will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or with the U.S. Department of Health and Human Services.
