

Políticas de la Oficina

Nuestra oficina se encuentra abierta para servirle, responder sus preguntas, o programar sus citas durante el siguiente horario:

Lunes – Jueves 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

Citas

La oficina intentara establecer citas a su conveniencia y cuando haya el tiempo disponible. Por favor tenga en cuenta que es nuestra política programar niños en edad escolar en las horas de la mañana. Hemos encontrado que los niños en edad preescolar están más alerta y menos estresados en la mañana lo cual ayuda a asegurar una experiencia más positiva.

Los horarios de las citas están reservadas exclusivamente para cada paciente, por lo cual le pedimos amablemente una notificación de al menos 24 horas cuando necesite cancelar o re programar la cita de su niño(a). De esta manera le podremos dar esta cita a otro paciente que lo necesite. Estamos conscientes de eventos no previstos, pero pedimos su cooperación al respecto. Inasistencia a las citas (3) pueden ser consideradas causa de cancelación de los servicios. Una Inasistencia es considerada “no asistir a la cita” o cancelación de una cita el mismo día.

Cuando llame a pedir una cita para un Paciente de Primera Vez por favor asegúrese de tener toda la información necesaria incluyendo, nombre del paciente, fecha de nacimiento, seguro médico: (nombre de la persona afiliada al seguro, número de identificación, número de seguro social, fecha de nacimiento, empresa donde labora, nombre de la empresa del seguro, numero de grupo, número telefónico de la compañía de seguro). Esta información es necesaria para verificar y programar sus citas.

Permiso para tomar fotografías de su niño(a)

Sunset Children’s Dentistry le gustaría tomar una fotografía de su niño(a) para anexar a su cuenta con el propósito de anexar a su historia clínica ya que nuestros archivos son electrónicos. Esto le permitirá a nuestros empleados identificar a su niño(a). En algún momento, podremos también tomar fotografías de los dientes de su niño(a) con el propósito de describir procedimientos recomendados. Los procedimientos también pueden ser fotografiados. Nos gustaría tener su permiso para usar estas fotografías si usted está de acuerdo en una de las siguientes maneras. Por favor seleccione una:

Si, Autorizo tomar y usar las fotos de mi niño(a) con el propósito de identificar su cuenta, información de procedimientos, estudio de casos clínicos, información de la página web, artículos, y/o boletines.

Si, autorizo el uso de las fotos de mi niño(a) con el propósito de identificar su cuenta e historia clínica únicamente.

No, por favor no tome o use fotos de mi niño(a).

En Caso de Emergencia

Siempre estamos disponibles para atender una emergencia dental de su niño(a). Por favor comuníquese con la oficina después de las horas regulares para que reciba la información adecuada y como comunicarse con la doctora Kathi Sample y Asociados.

Seguro

Como una cortesía hacia usted, nosotros iniciamos el registro y reclamación al seguro. Por favor le pedimos que entienda que no tenemos un contrato con su compañía de seguro, ese contrato es directamente con usted. Nosotros no podemos garantizar, y no somos responsables de cómo su compañía de seguros tramita las reclamaciones o como autoriza los pagos. Tratamos de la mejor manera de darle un estimado de su porción del costo del tratamiento. Nosotros somos proveedores participantes con las siguientes compañías de seguro, **Met Life, Cigna, United Concordia-(Militar Únicamente) y Delta Dental**. Para más información o para asistencia con cualquier pregunta relacionada a seguros, por favor comuníquese con nuestra oficina durante horas regulares de oficina. Su copago debe ser recibido al momento de recibir los servicios. Por ley, a su compañía de seguro se le exige que realice el pago de cada reclamación dentro de treinta (30) días después de recibido el servicio. Cualquier balance pendiente en su cuenta por más de 30 días será su responsabilidad, así el seguro haya pagado por el servicio o no. Todo balance pendiente por más de 90 días será enviado a una agencia de recolección y usted será responsable por cualquier costo acarreado por la agencia de recolección. **Si usted no tiene seguro, su pago es requerido al momento de recibir los servicios. Aceptamos efectivo, Cheque, Visa, MasterCard, Discover y American Express. Hay un cargo adicional de \$35.00 dólares por todo cheque devuelto.**

***** No Permitimos a las Compañías de Seguro que nos sugieran que recomendaciones dar en cuanto a nuestros tratamientos odontológicos. El tratamiento que nuestros odontólogos recomiendan es basado en la necesidad individual de su niño(a) de acuerdo a las recomendaciones establecidas por la Academia Americana de Dentistería Pediátrica por sus siglas (AAPD).**

Firma _____ Fecha _____

**Bienvenido a nuestra Oficina! En orden de conocerle y su niño(a), por favor complete la información requerida de la forma más completa posible.
Si tiene alguna pregunta, por favor pida asistencia. Gracias!**

Información del Paciente

Nombre del Nino(a) _____

Apellido Primer Nombre Inicial Sobrenombre

Sexo M ___ F ___ Fecha de Nacimiento: _____ SSN# Nino(a) _____

Pasatiempos/Mascotas: _____

Nombres y edades de otros niños en la familia: _____

Los padres viven juntos? ___ Si ___ No Si no, con quien vive el niño(a)

Información del Padre/Guardián

Madre ___ Madrastra ___ Guardián _____

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad, Estado,

Zip _____

Teléfono Casa _____ Cell _____ Trabajo _____

Fecha de Nacimiento _____ SSN# _____ Estado

Civil _____ Ocupacion _____

Email _____

Tiene esta persona el derecho legal de hacer decisiones de salud por el paciente listado anteriormente? ___ Si ___ No Relación con el niño(a)

Información del Padre/Guardián

Padre ___ Padrastra ___ Guardián _____

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad, Estado,

Zip _____

Teléfono Casa _____ Cell _____ Trabajo _____

Fecha de Nacimiento _____ SSN# _____ Estado

Civil _____ Ocupacion _____

Email _____

Tiene esta persona el derecho legal de hacer decisiones de salud por el paciente listado anteriormente? ___ Si ___ No Relación con el niño(a)

Por favor liste a continuación la persona(s) que usted no quiere que la información del paciente/familia sea entregada: _____

Liste cualquier persona (s) a la que usted le permita traer al paciente a las citas y hacer decisiones dentales/financieras con respecto al paciente: _____

Como fue usted referido a nuestra práctica/oficina: _____

Quien es el Dentista de su familia: _____

INFORMACION DE SU SEGURO PRIMARIO

Nombre del Asegurado _____ Relación con el niño(a) _____

SSN # del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleador _____ * Compañía de Seguro _____

ID # _____ * # Póliza y Grupo _____

Teléfono Compañía de Seguro _____

POLITICA FINANCIERA

El costo del tratamiento de su niño(a) debe ser pagado el mismo día de su cita. Por favor entienda que el seguro dental puede cubrir únicamente una parte del tratamiento dental de su niño(a), basado en los beneficios específicos de su plan dental. Nosotros haremos lo posible por proveer un estimado del tratamiento dental basado en su plan. Por favor entienda que el contrato de su seguro dental es entre la compañía de seguro y usted. Cualquier desacuerdo en cuanto a la cobertura debe ser manejado a través de la compañía de seguro directamente por el asegurado. Al dar la firma a continuación, Yo acepto que soy responsable por cualquier costo incurrido sobre esta cuenta por cualquier acción o servicio de recolección y/o pagos atrasados por la parte responsable y/o compañía de seguro.

Firma del
Padre/Guardián _____ Fecha _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historia Médica

Pediatra del Niño(a): _____ Número de Teléfono _____

Fecha última visita: _____

Su niño(a) ha sido hospitalizado o ha tenido alguna cirugía desde que nació? Si No

Si ha tenido alguna cirugía, por favor explique: _____

ADD/ADHD	SI	NO	Hepatitis	SI	NO
SIDA/HIV	SI	NO	Riñón/	SI	NO
Anemia/			Desórdenes del Estómago		
Otro Desorden de la Sangre	SI	NO	Problemas de Aprendizaje	SI	NO
Asma	SI	NO	Enfermedad de Hígado	SI	NO
Autismo/Asperger	SI	NO	Enfermedad de Pulmón	SI	NO
Anormalidad de Sangrado	SI	NO	Sarampión/Paperas	SI	NO
Problemas de Vejiga	SI	NO	Desórdenes Mentales/Emocionales	SI	NO
Cáncer/Tumores	SI	NO	Desorden de Nariz o Garganta	SI	NO
Parálisis Cerebral	SI	NO	Fiebre Reumática	SI	NO
Varicela	SI	NO	Virus Respiratorio Sincitial (RSV)	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Fiebre de Escarlatina	SI	NO
Epilepsia/ Convulsiones	SI	NO	Alergias Estacionales	SI	NO
Problemas de Oídos	SI	NO	Sinusitis	SI	NO
Tubos en Oídos	SI	NO	Desórdenes de la Piel	SI	NO
Hemofilia	SI	NO	Problemas del Habla	SI	NO
Condiciones del Corazón/Murmur	SI	NO	Tiroides	SI	NO
Premed Needed	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO

Si cualquiera de las respuestas anteriores fue SI por favor explique o de detalles adicionales:

Por favor liste todos los medicamentos que está consumiendo actualmente, con o sin prescripción médica, y vitaminas:

Alergias

Ninguna Penicilina/Amoxicilina Sulfas Latex Aspirina Anestésicos
 Otros (Por favor Liste) _____

HISTORIA DENTAL

Es la primera visita de su niño(a) al Dentista? SI NO Si su respuesta es NO, por favor de la fecha de su última visita al dentista: _____

Tiene una copia de los records dentales de su niño(a)? Si NO

Su niño(a) toma líquidos en tetero? SI NO Si no, A qué edad dejo de usarlo? _____

Su niño(a) se chupa el dedo o utilizo anteriormente? Chupo/Mamila SI NO

A qué edad dejo de usarlo? _____

Es su primera fuente de agua por Pozo? SI NO

Su niño(a) recibe Fluoruro en alguna forma? Pasta dental Rinse dental

Pastillas Agua de la Ciudad/Agua de la guardería

Su niño(a) ha tenido algún problema con tratamientos dentales anteriormente? SI NO Si su respuesta es SI, por favor explique:

Autorización

Por lo mejor de mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido contestadas con la mayor exactitud. Yo soy el padre/Guardián o Representante personal de este paciente y tengo la autoridad legal para autorizar el tratamiento médico y dental de este menor. Yo entiendo que al proveer información incorrecta puedo poner en peligro la salud de mi niño(a). Es mi responsabilidad informar a Sunset Children's Dentistry de cualquier cambio en la condición del estado de salud o dental de mi niño(a). Yo autorizo a los dentistas de Sunset Children's Dentistry y sus empleados a entregar cualquier información incluyendo tratamientos realizados o diagnósticos de cualquier tratamiento para mi niño(a) a terceras partes y/o practicantes de la salud.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Nombre de la Persona que Firma: _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE LA INFORMACION DE SALUD DEL PACIENTE

Padre/Guardián Dando el Consentimiento

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Por favor lea la siguiente declaración cuidadosamente.

Propósito del Consentimiento: Al firmar este formulario, usted dará consentimiento para el uso de su información con el fin de llevar a cabo su tratamiento, actividades de pago y operaciones de salud.

Notificación de Practicas de Privacidad: Usted está en el derecho de leer nuestra Notificación de Practicas de Privacidad antes de decidir si va a firmar este consentimiento. Nuestra Notificación provee una descripción de su tratamiento, actividades de pago, y operaciones de salud, del uso que le podamos dar a su información, y de otros tópicos importantes relacionados con la protección de su información de salud. Le aconsejamos que lea cuidadosa y completamente antes de firmar este consentimiento.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como están descritas en nuestra Notificación de Practicas de Privacidad. Si nosotros cambiamos nuestras prácticas de privacidad, nosotros expediremos una Revisión de la Notificación de Prácticas de Privacidad, la cual contendrá los cambios. Dichos cambios pueden aplicar a cualquiera de la información de salud que nosotros conservaremos.

Yo permito a la siguiente persona(s) traer a mi niño(a) a su cita(s) dental, para acceder al tratamiento necesario y para confirmar cualquier cambio / no cambio con respecto a su historia médica.

- 1.
- 2.
- 3.

Derecho de Revocación: Usted tendrá el derecho de revocar este Consentimiento en cualquier momento, al dar una notificación por escrito a Sunset Children's Dentistry. Por favor entienda que la revocación de este Consentimiento no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada en relación con este Consentimiento antes de haber recibido su revocación, y nosotros podemos declinar el tratamiento de su niño(a) o continuar con el tratamiento en caso de que usted revoque este Consentimiento.

Firma

Yo, _____, he tenido completa oportunidad de leer y considerar el contenido de este Consentimiento y su Notificación de Prácticas de Privacidad. Yo entiendo que, al firmar este Consentimiento, Estoy dando mi consentimiento para el uso de mi información de salud para llevar a cabo tratamiento, actividades de pago, y operaciones de salud.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si este Consentimiento es firmado por un representante personal a favor del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: _____

Relación con el Paciente: _____