

Clarksville Pediatric Dentistry, P.C.
K. Jean Beauchamp, D.D.S.
931-245-3333

Fecha _____

Cuéntanos De Su Hijo

Nombre completo del niño: _____

Numero de casa: _____

Apodo: _____

Nombre de Empleador: _____

Hombre: ___ Hembra: ___ Edad _____

Dirección De Trabajo: _____

Fecha de nacimiento del niño _____

Fecha de nacimiento: _____

Otros hermanos/edades: _____

SSN #: _____

Escuela: _____

¿Quién tiene la custodia Legal del niño?

Numero del Hogar del niño: _____

Número de confirmación: _____

Información Madre/tutor

¿Que podamos agradeceremos a enviar?

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

¿Por qué viniste a vernos hoy?

Numero De Trabajo #: _____

Numero de casa: _____

Nombre de Empleador: _____

¿Es la primera visita de su hijo? _____

Dirección De Trabajo: _____

Fecha de última visita: _____

Fecha de nacimiento: _____

SSN #: _____

¿Su hijo a tenido un problema serio/difícil con tratamiento dental? Sí No

Información del padre/tutor

Nombre: _____

Si tuvo un problema , por favor explique:

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Numero De Trabajo #: _____

¿Se alimentaba su niño biberón o pecho?

¿Edad cuando dejó de botella o la lactancia?

¿Toma Agua con Fluoruro? Sí No

¿Toma suplementos de fluoruro? Sí No

¿Su niño tiene cualquiera de los siguientes:

Chupar el dedoPulgar/labio Dolor en el diente

Dientes descoloridos Dientes sensibles

Dolor en la mandibular Dolor de muelas

Diente roto –Fecha____ Dientes torcidos

Caries

Médico del niño: _____

Numero de teléfono del médico : _____

Fecha del última visita medica _____

¿Su hijo actualmente esta bajo el cuidado de un médico? SI NO

Si esta bajo el cuidado medico, por favor explique:

Por favor liste todas las alergias a medicamentos, alimentos, colorantes o látex:

Por favor liste todos los medicamentos está tomando actualmente su hijo:

Problemas de alergias Pnuemothorax-pulmonares

Soplo cardiaco Congénito cardíaco

fiebre reumática Anemia

Hepatitis Convulsiones

Retraso mental Síndrome de Down

Labio leporino y paladar Problemas oculares

Tuberculosis Diabetes

Asma VIH/SIDA

Transfusión de sangre-fecha: ____

Sangrado

¿SU HIJO TUVO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS MÉDICOS?

Pariente más cercano que no viva con usted: _____ relación: _____

Telephone: _____ Direccion: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Pago en su totalidad se requiere en el momento del servicio. Para su comodidad aceptamos: efectivo, cheque, VISA, MasterCard, Discover, Care Credit (Preguntar a un miembro del personal para más detalles).

Seguro dental

Estamos encantados de ayudarle a obtener el máximo beneficio de su plan de seguro dental. Una vez que se ha verificado su plan de cobertura, aceptamos una asignación de pago de su compañía de seguros. Mayoría de los planes cubre una porción de la cuota dental, que significa que usted será responsable de su deducible y la porción estimamos que su plan no cubre. El pago de su porción se espera en el momento en nuestra oficina para el cuidado dental. Por favor proporcione una copia de su seguro a la oficina de negocios. Es su responsabilidad saber la oficina de negocios cuando se produce algún cambio con su seguro dental. Si su compañía de seguros no ha emitido el pago dentro de 45 días, que usted será responsable del pago.

Nombre del asegurado (padre / tutor): _____ relación al paciente: _____

Primaria Compania de seguro dental: _____ Grupo #: _____ poliza # _____

Dirección de la compañía de seguros: _____ Teléfono #: _____

Secundaria Compania de seguro dental : _____ Grupo #: _____ poliza #: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____ Teléfono #: _____

¿TennCare? Sí No Numero de SSN: _____

Yo certifico que la información anterior es correcta y fiel a lo mejor del conocimiento. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Autorizo a Clarksville Pediatric Dentistry, P.C. para proporcionar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mi hijo durante esos cuidados dentales a terceros pagadores o la salud practicantes. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguro primario o secundario a pagar directamente al dentista. Entiendo que mi compañía de seguro dental puede pagar menos que el actual proyecto de ley para los servicios. Doy mi consentimiento para el tratamiento de este niño. Entiendo que Clarksville Pediatric Dentistry, P.C. no facturar un padre ausente y el pago de mi pago estimado es debido en el momento del tratamiento. También estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad financiera total de todos los tratamientos prestados y, si es necesario, colección costos, honorarios de abogados y gastos contingentes a las agencias de colección de no menos del 35%, tal honorario de contingencia a ser añadido y recogidas por la Agencia de cobro inmediato en caso de su incumplimiento y la remisión de su cuenta para dijo Agencia de cobranza. Estás de acuerdo, a fin de que nuestra cuenta de servicio, notificarle a usted de información relacionada con su cuenta o condición médica, o para los propósitos de colección, podremos contactarlo por teléfono

en cualquier cantidad proporcionada por usted, incluyendo números de teléfono móvil. También podremos contactarlo vía correo electrónico o mensaje de texto utilizando cualquier dirección de correo electrónico que usted proporciona. Métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados y artificiales y/o uso de un dispositivo de marcación automática.

Firma del paciente: _____ **Fecha** _____

Firma del padre/tutor responsable: _____ **Fecha** _____

(Si el paciente es menor de 18)

1. Cualquier persona de 18 años o mayores y mentalmente competente pueden firmar su consentimiento informado.
2. Si una persona se denomina incompetente por el sistema judicial y un guardián legal ha sido nombrada que el guardián legal firmará el consentimiento informado. Una copia de la orden de otorgar tutela a los tutores debe colocarse con la ficha dental legal.
3. Los menores de edad definición como diecisiete años de edad y bajo tendrá su consentimiento firmado por sus padres o tutor legal.
4. Los menores de edad cuyos padres han terminado sus derechos legales y un tutor ha sido nombrado por el sistema judicial puede haber su consentimiento informado firmado por su tutor. Una copia de la orden de otorgar tutela debe colocarse con el cuadro legal.
5. Menores que son guardianes del estado, incluyendo pendientes de adopciones tienen su consentimiento informado firmado por el trabajador social asignado legalmente por el tribunal. Esta trabajadora social será a través del Departamento de recursos humanos. Se colocará una copia de la orden de concesión de autorización legal para el trabajador social con la ficha dental legal.
6. Cualquier persona que firma el consentimiento informado para una persona de edad debe tener una copia de poder darles permiso para firmar por ellos. Una copia de esta forma jurídica debe colocarse en la ficha dental legal

A: Nuestros padres/tutorías

RE: Póliza de la oficina para todos aseguradores

Para alojar las necesidades y solicitudes de nuestros pacientes aceptamos casi todos los seguros. Archivamos seguro dental como una cortesía a nuestros pacientes.

Mientras estamos contentos proveer esta servicia a usted, es muy difícil para nosotros recordar todos los requisitos de cada plan. Cada tiene estipulaciones diferentes en relación con cuántas veces se puede usar los servicios y el porcentaje que cada plan puede pagar.

También las mismas empresas de seguro tienen planes diferentes, depende de cual tipo de contrato tu empleador ha negociado.

Proveyendo cuidados dentales de calidad es nuestra preocupación primaria. Queremos proveer estos cuidados con las reglas generales de su seguro si usted nos notifica CADA vez del servicio exactamente lo que estas reglas generales son.

Desafortunadamente, si usted no nos notifica de los requisitos especiales en contrato y desempeñamos un servicio que no cobra su seguro o el límite de frecuencia no se ha pagado, no tenemos otra opción que facturar directamente para los débitos.

Con su cooperación y ayuda, debería recibir todos los beneficios que le ofrecemos y podemos concentrar en cuidar para las necesidades dentales de su niño.

Firma del padre/tutor

Date

Nombre del paciente

Fecha del nacimiento

Número de seguro social

Si es aplicable, provee instrucciones especiales para archivar el seguro abajo:

Clarksville Pediatric Dentistry, P.C.
Jeannie Beauchamp, D.D.S.

CONSENTIMIENTO PARA EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO

En nuestra oficina, intentamos obtener la cooperación de los niños usando refuerzo positivo y una estrategia que se llama “decir – mostrar - hacer.” Decimos al niño cual procedimiento desempeñaremos, lo mostramos al niño y después lo hacemos.

Si usted tiene preguntas o cuestiones en relación con las técnicas que usamos en esta oficina, por favor nos pregunte. Usamos estas siguientes técnicas de comportamiento, si es necesario, para obtener la cooperación del niño y para desempeñar procedimientos dentales sin riesgo para el niño.

1. Soporte de la boca (Almohada del diente) – Usamos estos soportes para ayudar al niño a mantener la boca abierta.
2. Óxido nitroso (Gas de la risa) – Una máscara repartiendo gas de la risa se pondrá sobre la nariz del niño, que relajará el paciente y reducirá ansiedad.
3. Restricción física – Un asistente restringe el niño y agarra los brazos o las piernas del niño. En ocasiones raros se usa una envoltura pediátrica. En esta instancia, solicitáramos la permisión de la tutoría legal.
4. Control de la voz – Una voz firme puede ser necesario para comunicar en una manera positiva a obtener la cooperación del niño. Indignación o una voz enojada no utilizará en esta oficina.
5. Sedación consciente – Varias medicinas y técnicas puede ser utilizados para sedación, si es necesario. Las discutiremos con la tutoría legal, si es adecuado para el tratamiento del paciente.

Yo, el padre/la madre (o tutoría legal), de _____, admito que he leído y yo entiendo la descripción de las técnicas de manejo de comportamiento. Yo consiento que se puede usar estas técnicas para mi niño.

También, yo doy mi consentimiento a los servicios dentales y el uso de procedimientos adecuados y aceptables para completar el mismo, con la excepción de (si no hay, por favor deje o en blanco).

Nombre del padre: _____ Parentesco con el paciente: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

USAMOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACION DE SALUD

Usamos y divulgamos su información de salud para tratamiento, pago, y operaciones de asistencia médica.

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información de salud al médico u otro prestador de servicios médicos que proporciona tratamiento a usted.

Pago: Podemos usar o divulgar su información de salud para obtener pago por los servicios que le proveemos.

Operaciones de asistencia médica: Podemos usar o divulgar su información de salud en conexión con nuestras operaciones de asistencia médica. Operaciones de asistencia médica incluyen evaluación de calidad y actividades de mejora, repasar la competencia o cualificaciones de los profesionales de asistencia médica, valorar el desempeño del médico y prestador de servicios médicos, dirigir programas de entrenamiento, acreditación, certificación, actividades de autorización y credenciales.

Su autorización: En adición al uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de asistencia médica, pueda darnos autorización escrita para usar su información de salud o divulgarla a alguien por algún propósito. Si nos da una autorización, pueda revocarla en cualquier momento. A menos que nos da una autorización escrita, no podemos usar o divulgar su información de salud por algún propósito excepto los que describimos en esta noticia.

A su familia y sus amigos: Debemos divulgar su información de salud a usted, como describimos en la sección de Derechos del Paciente de esta noticia. Podemos divulgar su información de salud a un miembro de su familia, un amigo u otra persona si es necesario ayudar con su asistencia médica o pago de asistencia médica, pero solo si usted consiente que podemos hacerlo.

Las personas interesadas en los cuidados: Podemos usar o divulgar información de salud para notificar o ayudar en la notificación de (incluyendo identificar o localizar) un miembro de la familia, su representante personal u otra persona que es responsable de sus cuidados, de su dirección, su condición general, o muerte. Si estás presente, antes del uso o divulgación de su información de salud, se proveeremos con la oportunidad objetar a estos usos o divulgaciones. En el evento de circunstancias de incapaz o emergencia, divulgaremos información de salud se basa en una determinación usando nuestro juicio profesional, divulgaremos solo la información de salud que es directamente relevante al participación de la persona en su asistencia médica. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con el ejercicio común hacer inferencias razonables que se beneficia cuando permitimos una persona recoger prescripciones llenas, suministros medicales, rayos, u otras maneras similares de información de salud.

Anunciando servicios de salud: No usaremos su información de salud para comunicaciones de marketing sin su autorización escrita.

Requerido por la ley: Podemos usar o divulgar su información de salud cuando es obligatorio por la ley.

Abuso o Negligencia: Podemos divulgar su información de salud a autoridades adecuadas si creemos razonablemente que sea una víctima posible de abuso, negligencia, o violencia doméstica o posible víctima de otro crimen. Podemos divulgar su información de salud si es necesario evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o seguridad de otras personas.

La seguridad nacional: Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las fuerzas armadas bajo circunstancias específicas. Podemos divulgar a oficiales federales autorizados información de salud que se requiere para inteligencia de leyes, contraespionaje, y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar la institución penal u oficiales de cuerpos policiales que tienen detención de protegido, información de salud de un preso o paciente bajo de circunstancias especiales.

Notificaciones de citas: Podemos usar o divulgar su información de salud para proveer a usted con notificaciones de la cita (por ejemplo un mensaje de voz, mensajes, postales, o cartas).

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene el derecho mirar u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede solicitar que proveemos copias en otra forma de fotocopias. Usaremos el formato que solicita a menos que

no podamos hacerlo practicablemente. (Tenga que solicitar una solicitud escrita para obtener acceso a su información de salud. Tenga que obtener un impreso para solicitar acceso; usa la información del contacto al final de esta noticia. Cobraremos a usted un pago por los gastos como copias y tiempo del personal. También pueda solicitar acceso si nos envía una carta a la dirección al final de esta noticia. Si solicita copias, le cobraremos \$0 por cada página, \$15 por hora por tiempo del personal a localizar y copiar su información de salud y franqueo si quiere formato alterativo, cobraremos un pago para proveer su información de salud para un pago. Si prefiere, prepararemos un repaso o explicación de su información de salud para un pago. Nos contacte de la información al final de esta noticia para una explicación completa de nuestra estructura de pagos.

Contabilidad de divulgación: Tiene el derecho recibir una lista de instancias en que nosotros o nuestros asociados de empresa divulgamos su información de salud por propósitos, aparte de tratamiento, pago, operaciones de asistencia médica y otras actividades, por los 6 años recientes, pero no antes de 14 de abril 2003. Si solicita esta contabilidad más que una vez en un año, podemos cobrarle un pago para responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Tiene el derecho solicitar que ponemos restricciones adicionales en nuestro uso o la divulgación de su información de salud. No estamos obligados agradecer a estas restricciones adicionales, pero si agradecemos, obedeceremos nuestro acuerdo (excepto en emergencia).

Comunicación alternativa: Tiene el derecho solicitar que comunicamos contigo sobre su información de salud de medios alternativos o lugares alternativos. **{La solicitud tiene que estar escrito.}** Su solicitud tiene que especificar los medios alternativos o lugares alternativos y provee una explicación satisfactoria como los pagos se encargarán.

Enmienda: Tiene el derecho solicitar que modificamos su información de salud. (Su solicitud tiene que estar escrito y tiene que explicar por qué la información debe cambiar.) Podemos negar su solicitud bajo de circunstancias específicas.

Noticia electrónica: Si recibe esta noticia en nuestra página de web o por e-mail, tiene derecho a reclamar esta noticia en forma escrita.

Preguntas o quejas: Si quiere más información sobre los ejercicios de privacidad o tiene preguntas o quejas, por favor nos contacte.

Si preocupa que violara sus derechos de privacidad o difiere con una decisión hiciera sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a la solicitud hiciera modificar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o tenga que comunicarnos por medios alternativos o lugares alternativos, pueda quejar a nosotros usando la información de contacto que está al final de esta noticia. También, pueda entregar una queja escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Se proveeremos con la dirección para archivar su queja con el

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. cuando se solicita.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No contraatacaremos si elija presentar una queja contra nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Oficial de contacto: RUBY BATSON

Número de teléfono: 931-245-3333

Fax: 931—245-3334

E-mail: info@clarksvillepediatricdentistry.com

Dirección: 2297 Rudolphtown Rd. Clarksville, TN 37043

Derechos de autor 2002 Asociación Dental Americana

Reservados todos los derechos

Reproducción y uso de esta forma por dentistas y su personal se permite. Cualquier otro uso, duplicación o distribución de esta forma o cualquier otro partido requiere la aprobación escrita de Asociación Dental Americana.

CLARKSVILLE PEDIATRIC DENTISTRY P.C.

NOTICIA DE EJERCICIOS PRIVADOS

ESTA NOTICIA DESCRIBE COMO INFORMACION DE SALUD SOBRE USTED PUEDA ESTAR USADO Y DIVULGADO Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO AL ESTA INFORMACION.

POR FAVOR LA REPESE CON CUIDADO.

LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACION DE SALUD ES IMPORTANTE A NOSOTROS.

NUESTRO RESPONSABILIDAD LEGAL

Estamos obligados por leyes federales y estatales mantener la privacidad de su información de salud. Tenemos que darse esta noticia sobre nuestro ejercicios privados, nuestros responsabilidades legales y sus derechos en relación al su información de salud. Tenemos que seguir los ejercicios privados que están descritos en esta noticia mientras está en efecto. Esta noticia tiene efecto (16/10/2003), y quedará en efecto hasta lo recolocará.

Reservamos el derecho cambiar nuestros ejercicios privados y los términos de esta notica en cualquier momento, proveyendo que estos cambios se permiten por ley. Reservamos el derecho hacer los cambios en nuestros ejercicios privados y los términos nuevos de nuestra noticia para toda la información de salud que mantenemos, incluyendo la información de salud hemos creído o hemos recibido antes de hemos hecho los cambios. Antes de hagamos un cambio significante en

nuestros ejercicios privados, cambiáremos esta noticia y hagamos la noticia nueva disponible cuando solicita.

Pueda solicitar una copia de nuestra noticia en cualquier momento. Para más información sobre nuestros ejercicios privados, o para copias adicionales de esta noticia, por favor nos contacte de la información que está al final de esta noticia.

Por favor, firmar para decir que has leído esta información.

Nombre de paciente: _____

Nombre de padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor responsable: _____

Fecha: _____