

Sunshine Pediatric Dentistry
5000 Hollywood Blvd. Suite 1
Hollywood, FL, 33021

Registro de Pacientes e Historia Médica

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____
Nombre de la Madre: _____ Nombre de Padre: _____
Motivo de la visita de hoy: _____ última visita Dental: _____
Nombre de seguro: _____ Numero de Seguro: _____

- 1: El paciente tiene alguna condición médica específica?
En caso afirmativo, especifique _____ SÍ NO
- 2: El paciente tiene alguna limitación física o mental?
En caso afirmativo, especifique _____ SÍ NO
- 3: El paciente ha tenido alguna vez una cirugía?
En caso afirmativo, especifique _____ SÍ NO
- 4: Al paciente se le ha dicho por un médico que él/ella
necesita tomar antibióticos antes del tratamiento dental? SÍ NO
- 5: ¿el paciente tiene asma o problemas respiratorios? SÍ NO
- 6: El paciente tiene antecedentes de convulsiones? SÍ NO
- 7: El paciente tiene historia de Hepatitis o VIH?
En caso afirmativo, especifique _____ SÍ NO
- 8: ¿el paciente tiene alguna alergia? Medicación SÍ NO
Látex SÍ NO
Otro SÍ NO
- En caso afirmativo, especifique qué y la reacción _____
- _____
- ¿9: Es el paciente toma alguna medicación?
Si responde sí, indíquelo, _____ SÍ NO
- 10: el paciente alguna vez ha tenido alguna lesión en los dientes, boca,
¿cabeza o el cuello? SÍ NO
- 11: ¿existen otras condiciones o problemas no mencionados?
En caso afirmativo, especifique _____ SÍ NO
- 12: ¿el paciente necesita asistencia de comunicación? ¿(Lengua de signos Braille, TTY,)? SÍ NO
- ¿13: Lengua primaria pacientes? _____ SÍ NO
- 14: ¿tiene el paciente alguna condición del corazón o un soplo cardíaco? SÍ NO

Certifico que he leído y entiendo el anterior. Reconozco que las anteriores preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. No tengo mi dentista, o a otros miembros de su personal, responsable de cualquier acción que toman debido a errores u omisiones que pueda haber hecho en la cumplimentación del presente formulario. He recibido información por escrito acerca de las Directivas avanzadas. (si corresponde)

Firma del Padre / Guardián

fecha de impresión

Sunshine Pediatric Dentistry
5000 Hollywood Blvd. Suite 1
Hollywood FL, 33021

Las Políticas de Oficina

- Todas las cancelaciones deben hacerse dentro de las 48 horas de la cita original.
- Entendemos que las emergencias ocurren. Tenemos una estricta política de cancelación para el mismo día. Sólo se reprograma el mismo día una vez.
- Si cancela su cita en el mismo día más de una vez, ya no podremos verlo más la oficina.
- Todas las responsabilidades financieras son entre usted y su seguro. Si hay un problema USTED es el responsable de pagar el tratamiento.
- Si está retrasado más de 10 minutos de a su cita programada posiblemente tendremos que reprogramar su cita.

Firma

Fecha

SUNSHINE PEDIATRIC DENTISTRY,

5000 Hollywood Blvd.,

HOLLYWOOD, FL 33021

ACUSO DE RECIBO DEL AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION DE LA SALUD PROTEGIDA.

TENGO EL DERECHO DE REVISAR LA NOTIFICACION SOBRE LA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO. SE ME HA DADO EL DERECHO DE LEER Y RECIBIR UNA COPIA DE LA LEY DE PRIVACIDAD DE LA PRACTICA DE SUNSHINE PEDIATRIC DENTISTRY.

Con mi consentimiento, la práctica de SUNSHINE PEDIATRIC DENTISTRY, puede utilizar y divulgar mi información de la salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) para efectuar tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de la salud (TPO por sus siglas en inglés). Favor de referirse al Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad de para una descripción más completa sobre dichos usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de revisar el Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad de la práctica de SUNSHINE PEDIATRIC DENTISTRY, antes de firmar este Consentimiento. La práctica de SUNSHINE PEDIATRIC DENTISTRY, se reserva el derecho de modificar, en cualquier momento, su Aviso sobre las Prácticas de Privacidad. Un Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad enmendado puede obtenerse al dirigirse por escrito a la Oficial de la Privacidad del la Practica de SUNSHINE PEDIATRIC DENTISTRY.

Con mi consentimiento, él/ella puede llamar a mi casa o a otra ubicación designada y dejar un mensaje en el buzón de voz o con una persona respecto a cualquier asunto que les ayude en desempeñar sus TPO, tales como recordarme la citas, asuntos de seguro, y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros. También entiendo que tengo derecho de restringir con quien y donde dejar estos mensajes, si así lo deseara. **Si deseara ejercer este derecho tengo que pedirlo por escrito y designar o restringir la persona a la que deseo se dejen los mensajes.**

Tengo el derecho a pedir a la práctica de SUNSHINE PEDIATRIC DENTISTRY, que limiten cómo utilizan o divulgan mis PHI para desempeñar sus TPO. Sin embargo, la consulta no está obligada a CONSENTIR a mi solicitud para limitar la divulgación, pero si lo hace, está sujeta a este convenio. Al firmar este contrato, estoy consintiendo que utilice y divulgue mi PHI para desempeñar su TPO. Con mi consentimiento, puede mandarme cartas que les ayuden a desempeñar sus TPO a mi casa o a otra ubicación designada, recordarme citas, y estados de cuenta, siempre y cuando estén marcadas Personal y Confidencial. **Entiendo que tengo derecho a elegir donde enviar las comunicaciones si fuesen contraria a mi hogar, si deseara ejercer este derecho entiendo que tengo que pedirlo por escrito.**

Entiendo que, la práctica de SUNSHINE PEDIATRIC DENTISTRY, , puede enviarme correos electrónicos y por texto a un correo electrónico o teléfono que yo designe en una orden por escrito, sobre cualquier asunto que le ayude a la consulta a desempeñar sus TPO, tales como recordarme de citas y estados de cuenta; y entiendo que esta comunicación no es segura en el transcurso de transmisión, y corre el riesgo de que sea violada por malintencionados, también entiendo que corre el riesgo, dicha transmisión, de ser enviada equivocadamente a una persona no intencionada, aun así estoy de acuerdo a que me envíen textos telefónicos y correos electrónicos por estas vías; también entiendo que tengo el derecho de revocar en cualquier momento dicha autorización.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en el caso que la consulta ya haya hecho divulgaciones por atenerse a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, puede que SUNSHINE PEDIATRIC DENTISTRY, se niegue a darme tratamiento.

Firma del Paciente o Guardián Legal

Nombre del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente o Guardián Legal en letras de imprenta