



24 Commerce St., 11th Floor
Newark, NJ 07102
Tel: 973-639-1000
Fax: 973-639-1006
info@dentalkidz.com
www.dentalkidz.com

INFORMACION PARA REGISTRACION DE LO PACIENTE

Nombre de Escuela: _____

Nombre de Paciente(nino): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F (Circule Uno) SSN: _____

Quien te a referido aqui? : _____

Parent/Guardian Information

Nombre de lo Responsable: _____ Relacion con el Nino: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F (Circule Uno) SSN: _____

Direccion Postal: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Telefono de la Casa: _____ Telefono de lo Trabajo: _____ Celular: _____

Dental Insurance Information

Nombre del Asegurado: _____ Relacion con el Nino: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F (Circule Uno) SSN: _____

Nombre del Empleador: _____

Direccion del Empleador: _____

Nombre de la Compañía de Seguro Dental: _____

Numero de identificacion del seguro: _____ Numero de Grupo: _____

A lo mejor de mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido correctamente contestadas. Yo doy mi permiso para que el Dr. Levene Harvell y el personal supervisado por el Dr. Levene Harvell para realizar los exámenes, radiografías, limpieza, fluoruro, selladores, técnicas de manejo de la conducta, y alguno o todos los tratamiento que se estime necesario para el niño mencionado arriba.

He leído y entiendo este formulario de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento. Entiendo que tengo el derecho a contar con las respuestas a las preguntas que puedan tener durante el curso del tratamiento de mi hijo. Entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento.

Le asigno directamente al Dr. Levene Harvell todos los beneficios del seguro, en su caso, de otro modo pagadero a mí para los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier examen o tratamiento a mi hijo para garantizar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro.

La firma de lo Guardiano: _____ Fecha: _____



24 Commerce St., 11th Floor
 Newark, NJ 07102
 Tel: 973-639-1000
 Fax: 973-639-1006
info@dentalkidz.com
www.dentalkidz.com

Historia Médica del Niño

Nombre del Pediatra: _____ Teléfono: _____

	Si	No
¿Se encuentra su hijo bajo del cuidado de un médico actualmente?	_____	_____
¿Desde cuándo y por qué razón?: _____		
¿Su hijo toma algún medicamento, vitaminas o tabletas de fluoruro?	_____	_____
Favor de listar: _____		
¿Su hijo es alérgico a algo? ¿Medicamentos, látex, alimento, otro?	_____	_____
Favor de listar: _____		
¿Ha estado su hijo hospitalizado alguna vez?	_____	_____
¿Cuándo?: _____ ¿Por qué?: _____		

¿SU HIJO TIENE O HA TENIDO CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE? FAVOR DE MARCAR

<input type="checkbox"/> TDA/TDA-H	<input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo	<input type="checkbox"/> Enfermedad en el Riñón	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad en el Hígado	<input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas de Prendizaje	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas en la Visión	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Problemas Biliares	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Problemas de Conducta	<input type="checkbox"/> Problemas de Audición	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Estacional Alergias
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón	<input type="checkbox"/> Tos Persistente	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos	<input type="checkbox"/> Hemorragia Prolongada	_____
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico	_____
<input type="checkbox"/> Convulsiones			_____

La información que he proporcionado es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Dental Kidz sobre cualquier cambio en el estado médico.

La firma de lo Guardiano: _____ Fecha: _____



24 Commerce St., 11th Floor
Newark, NJ 07102
Tel: 973-639-1000
Fax: 973-639-1006
info@dentalkidz.com
www.dentalkidz.com

Reconocimiento de las reglas de la Sala de tratamiento

En Dental Kidz, para los exámenes, los padres se invita para irse con los niños. Sin embargo, para el seguimiento del tratamiento, pedimos que los padres permanezcan en la sala de espera. No se alarme si el niño llora o presenta alguna forma de ansiedad de la separación ya que son respuestas normales para un niño.

El médico y las asistentes están bien capacitados para calmar los niños aprensivos. Encontramos que los padres en la sala de tratamiento son una distracción para el niño, el médico y las asistentes. Muchos niños se comportan de manera diferente cuando saben que sus padres están mirando y pueden sentir que los padres van a “salvar-los”. Además, la ansiedad de los padres aumenta la ansiedad del niño. Queremos hacer la visita lo más cómoda posible para su hijo. Por estas razones, pedimos que usted respete esta regla.

Yo entiendo QUE NO PUEDO, por cualquier razón, entrar en la sala de tratamiento con mi hijo. También entiendo QUE NO VOY a ser capaz de caminar a mi hijo a la sala de tratamiento.

Imprimir nombre del niño

Fecha de Nacimiento

Imprimir su nombre

Relación con el paciente

Firma

Fecha



24 Commerce St., 11th Floor
Newark, NJ 07102
Tel: 973-639-1000
Fax: 973-639-1006
info@dentalkidz.com
www.dentalkidz.com

AUTORIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

[Si desea que otras personas para poder dar su consentimiento para el tratamiento del paciente, esta autorización es requerida por la ley estatal]

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN:

Nombre del Paciente: _____

Paciente Fecha de nacimiento: _____

Al firmar este formulario, usted autoriza a la siguiente persona(s) para acompañar su niño para tratamiento y dar consentimiento para el tratamiento de los paciente mencionados anteriormente. (NOTA: A menos que los padrastros, abuelos, tías, tíos, vecinos u otras personas sean legalmente nombradas como tutor del paciente, debe ser incluido sus nombres aquí si desea que tengan acceso a la información del paciente).

Nombre del Individuo: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección del Individuo: _____
Número de Teléfono: _____

Nombre del Individuo: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección del Individuo: _____
Número de Teléfono: _____

Nombre del Individuo: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección del Individuo: _____
Número de Teléfono: _____

Nombre del Individuo: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección del Individuo: _____
Número de Teléfono: _____

Firma de la persona que autoriza otras personas el derecho de dar consentimiento a lo tratamiento de lo paciente:

Firma del Padre/Tutor

Relación con el Paciente

Fecha

*****NOTA: Si hay un acuerdo de custodia, esta persona debe ser la persona que tiene lo derecho de hacer decisiones para lo niño.**

Nombre del Testigo (impreso): _____ Firma del Testigo: _____



24 Commerce St., 11th Floor
Newark, NJ 07102
Tel: 973-639-1000
Fax: 973-639-1006
info@dentalkidz.com
www.dentalkidz.com

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*** Usted puede negarse a firmar este reconocimiento ***

Yo, _____, entiendo que una copia del aviso de esta oficina de Prácticas de Privacidad me puede ser solicitado a cualquier momento que yo lo requiera.

Nombre del paciente: _____

Padre / Tutor Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Sólo para uso oficial - NO FIRMAR ABAJO

We attempted to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgment could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgment
- Emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment

Other (Please Specify): _____

Name (Please Print) _____

Signature _____ Date _____