



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 Guardian: _____ 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

	Sí	No
Nombre del Pediatra _____ Teléfono _____		
¿Se encuentra su hijo bajo el 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? _____ ¿Porqué? _____		

¿SU HIJO TIENE O HA TENIDO CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE? DE SER ASÍ 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"/> Úlceras
<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	_____

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.

 Firma del Padre/Guardián

 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 niños nombre

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

**ACUSE DE RECIBO DEL
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Usted Puede Negarse a Firmar Este Acuse de Recibo

He, _____, recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Denomine (por favor Impresión): _____

La firma: _____

La Fecha: _____

For Office Use Only

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 An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment Other (Please Specify)

Name (Please Print) _____

Signature _____ Date _____



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

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y revelada y cómo usted puede acceder a esta información. Por favor revísela cuidadosamente.

La Ley de Responsabilidad y Transferencia de Seguro Médico de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés) requiere que todos los registros sobre el cuidado médico y otra información de salud identificable de manera individual usada o revelada a nosotros de cualquier forma, ya sea en forma electrónica, en papel u oralmente, se mantenga confidencial. Esta ley federal le da a usted, el paciente, nuevos derechos significativos para entender y controlar la manera en que se usa la información sobre su salud. HIPAA proporciona multas para las entidades cubiertas que hacen mal uso de la información de la salud personal. Según lo requerido por la HIPAA, hemos preparado esta información sobre cómo se nos ha solicitado mantener la privacidad de su información médica y cómo podemos usarla y revelarla.

Sin previa autorización específica por escrito, nosotros podemos usar y revelar sus registros de salud para propósitos de tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud.

Tratamiento significa, proporcionar, coordinar o manejar el cuidado de la salud y servicios relacionados por uno o más proveedores del cuidado de la salud. Por ejemplo, podemos necesitar compartir información con otros proveedores o especialistas involucrados en la continuación de su cuidado. Pago significa toda actividad para obtener reembolsos por servicios, confirmación de cobertura, facturación de actividades de recolección y revisión de utilización. Por ejemplo, revelamos información de tratamiento cuando se factura un plan dental para su servicio dental. Las operaciones del cuidado de la salud incluyen los aspectos de negocio para llevar a cabo nuestra práctica. Por ejemplo, la información del paciente puede utilizarse para propósitos de entrenamiento o para una valoración de calidad.

A menos que usted lo solicite de otra manera, podemos usar o revelar la información de salud a un familiar, amigo u otro representante personal en la medida necesaria para ayudar con el cuidado de su salud o con el pago del mismo. Además, podemos usar su información confidencial para recordarle sobre citas por medio del envío de notas recordatorias y/o dejándole mensajes en su casa y/o trabajo. Cualquier otro uso y revelación solo se realizará con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización por escrito y nosotros estamos obligados a cumplir y acatar dicha solicitud, excepto en la medida que ya hayamos tomado acciones dependiendo de su autorización.

Usted tiene ciertos derechos con respecto a la información protegida de su salud, los cuales puede ejercer presentando una solicitud escrita a su funcionario de privacidad.

El derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y revelaciones de información médica protegida, incluyendo el relacionado con la revelación a miembros de la familia, otros familiares, amigos personales cercanos o cualquier otra persona que usted identifique. Nosotros, sin embargo, no tenemos la obligación de aceptar una restricción solicitada. Si aceptamos una restricción, nosotros debemos acatarla a menos que usted acepte eliminarla por escrito.

El derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida de nosotros por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.

El derecho a acceder, inspeccionar y copiar su información médica protegida.

El derecho a solicitar una enmienda a su información médica protegida.

El derecho a recibir un informe de las revelaciones de la información médica protegida fuera de tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud.

El derecho de obtener una copia en papel de este aviso de parte nuestra a su solicitud.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida y a notificarle sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida.

Estamos obligados a acatar los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en efecto. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para hacer efectivas las nuevas provisiones de aviso para toda la información médica protegida que mantenemos. Se publicarán las revisiones a nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y usted puede solicitar una copia por escrito de la revisión del aviso en esta oficina.

Usted tiene el derecho de presentar una queja formal por escrito con nosotros en la siguiente dirección o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles en caso de que sienta que se han violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, favor de contactar a nuestro gerente de oficina.