

# HISTORIA DE SALUD DEL NIÑO/A

Nombre completo del niño /a: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ Cantidad de niños en la familia \_\_\_\_\_

## Historia Dental

Es esta la primera visita de su hijo/a a un dentista? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si no lo es, nombre del dentista anterior \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo/a miedo al dentista o experiencias desagradables? Si \_\_\_ No \_\_\_

## Ha tenido su hijo/a cualquiera de los siguientes:

\_\_\_ Dolor de dientes                      \_\_\_ Trauma Dental                      \_\_\_ Tratamiento dental con Sedación Oral

\_\_\_ Hinchazón en la Cara                      \_\_\_ "Fuego" Infección en los labios                      \_\_\_ Tratamiento dental con Anestesia General

## Su Hijo/a tiene algún hábito:

\_\_\_ chupa el dedo                      \_\_\_ usa chupón                      \_\_\_ toma biberón                      \_\_\_ morderse las uñas

\_\_\_ ronca                      \_\_\_ chupa el labio                      \_\_\_ respira por la boca durante la noche                      \_\_\_ Otro

Cuántas veces se cepilla los dientes su Hijo/a \_\_\_ 1/día \_\_\_ 2/día \_\_\_ Más seguido.. Con asistencia de adulto \_\_\_ Si \_\_\_ No

Cuántas veces usa el hilo dental \_\_\_ Nunca \_\_\_ 1/día \_\_\_ Más seguido.. Con asistencia de adulto \_\_\_ Si \_\_\_ No

Usa su Hijo alguno de los siguientes \_\_\_ Pasta dental con fluoruro \_\_\_ Gotas/Pastillas de fluoruro \_\_\_ Enjuague de fluoruro

Toma su hijo/a agua de la llave? \_\_\_ Si \_\_\_ No.. Fuente de Agua \_\_\_ Agua de Ciudad \_\_\_ Agua de Noria \_\_\_ Otro

## Historia Médica

Nombre del Doctor del niño/a \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Su Hijo/a usa medicamentos? \_\_\_ Si \_\_\_ No.. Si es Si, Nombres \_\_\_\_\_

Sufre de alergias su hijo/a? \_\_\_ Si \_\_\_ No.. Si es Si, Nombres \_\_\_\_\_

Ha sido hospitalizado su hijo/a? \_\_\_ Si \_\_\_ No.. Si es Si, \_\_\_\_\_

Ha tenido cirujías su hijo/a? \_\_\_ Si \_\_\_ No.. Si es Si, Nombres \_\_\_\_\_

## Tiene su hijo/a historia de :

\_\_\_ Problemas de Sangrado                      \_\_\_ Quimio o Radioterapia                      \_\_\_ Enfermedad del Riñón                      \_\_\_ Asma

\_\_\_ Desorden de Aprendizaje (ADD o ADHD)                      \_\_\_ Diabetes                      \_\_\_ Enfermedad del Corazón                      \_\_\_ SIDA/VIH

\_\_\_ Dificultades del oído                      \_\_\_ Retraso en el Desarrollo                      \_\_\_ Síndrome de Down                      \_\_\_ Autismo

\_\_\_ Problemas Emocionales/Mentales                      \_\_\_ Dificultad de Habla                      \_\_\_ Desórdenes Epilépticos                      \_\_\_ Hepatitis

\_\_\_ Enfermedad del Hígado                      \_\_\_ Condiciones Cerebrales                      \_\_\_ Ronca al dormir                      \_\_\_ Otro

Si otro, por favor, Explique: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Información del Familia

**Figura Materna:**     Madre Biológica     Madre Adoptiva     Tutora Legal     Madre Temporal

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Seg. Soc. # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal #: \_\_\_\_\_ CELL/CASA    Teléfono Secundario #: \_\_\_\_\_ CELL/CASA

Idioma Preferida: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Figura Paterna:**     Padre Biológico     Padre Adoptivo     Tutor Legal     Padre Temporal

NOMBRE \_\_\_\_\_ Seg. Soc. # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal #: \_\_\_\_\_ CELL/CASA    Teléfono Secundario #: \_\_\_\_\_ CELL/CASA

Idioma Preferida: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Figura Paternal Adicional (so aplica):**     Madrastra     Padrastro     Otro \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ Seg. Soc. # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal #: \_\_\_\_\_ CELL/CASA    Teléfono Secundario #: \_\_\_\_\_ CELL/CASA

Idioma Preferida: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, aparte de los mencionados arriba, a quien se puede contactar?**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono #: \_\_\_\_\_ CELL/CASA

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Como una cortesía a usted, estaremos encantados de cobrar a su seguro dental siempre y cuando haya completado este formulario

**Por favor marque todas las que apliquen:**

<input type="checkbox"/> Cupón Medico # _____	<input type="checkbox"/> No Hay Seguro: Pago en Efectivo
<input type="checkbox"/> Seguro Dental Primario Suscriptor: _____ Compañía de Seguro: _____ # de Grupo: _____ Seg. Soc #: _____	<input type="checkbox"/> Seguro Dental Secundario Suscriptor: _____ Compañía de Seguro: _____ # de Grupo: _____ Seg. Soc #: _____

**La Dra. Ashley tiene reglas EXTREMADAMENTE estrictas si falta a su cita:**

Nos esforzamos por mantener nuestro horario a tiempo. Como una cortesía a nuestros pacientes, con mucho gusto les haremos otra cita si nos avisa 24 horas antes. Sin embargo, si no se presenta o da menos de 24 horas de aviso para cancelar su cita, un cargo de \$50.00 se le cargara a su cuenta por falta o cancelación tarde. Varias faltas o cancelaciones tardes, resultara en el DESPIDO PERMANENTE de la FAMILIA ENTERA.  
 No hay excepciones.

He leído la poliza de esta oficina y estoy de acuerdo. Entiendo que la información que les he dado hoy es correcta. Notificare a la oficina de cualquier cambio relacionado a mi hijo/hija, incluyendo pero no limitado a: cambio de domicilio, números de contacto o información sobre mi seguro. Autorizo a la Dra. Ashley o personal dental para realizar los servicios necesarios que mi hijo/hija pueda necesitar. Esto incluye exámenes, radiografías, limpiezas, aplicación de fluoruro, restauraciones dentales o cirugía oral. Entiendo que soy responsable financieramente por los servicios no cubiertos, así como cualquier saldo restante después de que mi compañía de seguro ha pagado.

Firma de Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

## POLIZA FINANCIERA

Nuestra misión es entregar odontología compasiva, centrada en calidad y económica. Nos esforzamos en atenderlo a tiempo. Como cortesía a nuestros pacientes, con mucho gusto les haremos otra cita si cancela su cita 24 horas antes. Si falta o cancela su cita con menos de 24 horas de aviso resultará en un cargo de cita rota. Citas múltiples rotas resultará en el despido de la familia.

**Pago por el tratamiento dental se deberá pagar el día del tratamiento.** Ofrecemos varias opciones de pago:

- 1) Efectivo o Cheque
- 2) Tarjeta Visa, MasterCard, American Express, o Discover
- 3) Financiamiento Care Credit – Si está interesado, por favor pida una solicitud.
- 4) Financiamiento con Tarjeta de Salud Citi – Si está interesado, por favor pida una solicitud.

### **MULTAS POR CITAS FALTADAS, INTERESES Y CARGOS POR PAGOS ATRASADOS, CHEQUES**

- Reconozco que un cargo de \$50 será determinado por una cita faltada o cancelación fuera de plazo (menos de 24 horas de anticipación). También entiendo que si llego más de diez minutos tarde a una cita, puede resultar en una falta o cita rota y posiblemente habrá un cargo de \$50.
- Reconozco que habrá un cargo de 1.0% mensual, a una tasa del 12% anual, con un cargo mínimo de \$1.00 por mes, en todos los saldos sin pagar que estén más de 30 días vencidos.
- Reconozco que evaluará un cargo de \$25 por cualquier cheque vencido o sin fondos.
- Reconozco que si no mantengo mi cuenta al corriente, puede causar que esta oficina no ofrezca servicios dentales adicionales para mi familia. En el caso de que esta cuenta sea enviada a una agencia de colección, estoy de acuerdo en pagar todos los costos de la agencia de cobranza, honorarios razonables de abogados y gastos legales incurridos para coleccionar el saldo atrasado.

### **AUTORIZACIÓN, LIBERACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE LA POLIZA FINANCIERA**

1. Yo autorizo a su oficina para liberar cualquier información relacionada con el tratamiento dental de mi familia, incluyendo cualquier diagnóstico, registro o radiografía de cualquier tratamiento o examen rendido durante el periodo del cuidado dental, para cualquier pagador, agencia de seguro, profesionales dentales o de salud.
2. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguro, si alguno, a pagarle directamente a su oficina. Entiendo que su oficina está proporcionando una cortesía a mí por haberme permitido asignar beneficios de seguro a su consultorio dental, y que su oficina puede terminar esta cortesía en cualquier momento.
3. Entiendo que mi compañía de seguro dental puede pagar menos de la totalidad de los servicios recibidos. Me comprometo a ser el único responsable por el pago total de todos los servicios prestados en nombre de mis dependientes si por alguna razón mi compañía de seguro no paga o paga menos de lo cobrado por los servicios recibidos.
4. Reconozco que he revisado y acepto la póliza financiera de Yakima Pediatric Dentistry.

X \_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

GRACIAS por llenar este formulario completamente y revisar las pólizas de nuestra oficina. La información que usted ha proporcionado nos ayudará a servir las necesidades de salud dental de su familia más eficaz y eficiente. Si usted tiene cualquier pregunta en cualquier momento, por favor pregúntenos. Siempre estamos encantados de ayudarle!

## Reconocimiento de Las Prácticas De Privacidad

Yakima Pediatric Dentistry  
3909 Creekside Loop # 140  
Yakima, WA 98902

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad con respecto a información protegida de salud, bajo la ley de portabilidad y responsabilidad de seguro de salud de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y será usado para:

- Proporcionar y coordinar el tratamiento de mi hijo entre un número de prestadores de salud que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores para mis servicios de salud.
- Realizar operaciones de atención medica normales como actividades de evaluación y mejora de la calidad.

He sido informado del aviso de prácticas de privacidad de Yakima Pediatric Dentistry que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de la información protegida de salud. Se me ha dado el derecho a revisar y recibir una copia de tal aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que Yakima Pediatric Dentistry tiene el derecho a modificar el aviso de prácticas de privacidad y que puedo contactar a esta oficina en la dirección de arriba para obtener una copia actualizada de la notificación de prácticas de privacidad, incluyendo la versión actualizada 9-23-13 de la NOPP reflejando la regla OMNIBUS.

Yo entiendo que puedo pedir por escrito que limiten como la información privada de mi o de mi hijo sea usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, las operaciones de pago o atención de la salud, comprendo que usted no está obligado a aceptar, pero si usted está de acuerdo entonces está obligado a acatar las restricciones.

Nombre del Paciente(s): \_\_\_\_\_

### Autorización de Autoridad Adicional

Además de las divulgaciones permitidas en la declaración de prácticas de privacidad, Yo autorizo la divulgación de la información protegida de salud a la persona o personas identificadas a continuación.

Padres/Tutor Legal (como se indica en el formulario azul de "Información al paciente")  YES  NO

Cualquier miembro de la familia inmediata  YES  NO

Otro: \_\_\_\_\_  YES  NO  
(Por favor especifique: Nombre/ Relación al Paciente)

Tutor Legal (Por favor oprima): \_\_\_\_\_ (Relación al paciente)

Firma de Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---

#### For Office Use Only:

We were unable to obtain the patient's written acknowledgement of our Notice of Privacy Practices due to the following reason:

- No reason offered  Needed more time to review Statement of Privacy Practices  
 Emergency Situation  Other: \_\_\_\_\_