



### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_  
Fecha Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer  
Dirección: \_\_\_\_\_

#### Información del Padre

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación con Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Email del Guardián: \_\_\_\_\_  
Hogar/Celular: \_\_\_\_\_ 2<sup>ndo</sup> Teléfono: \_\_\_\_\_

#### Información del seguro

Seguro Dental: \_\_\_\_\_ SSN #/ ID: \_\_\_\_\_  
Nombre del Titular de la Póliza/Parte Responsable: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Seguro secundario?  Si  No

Seguro Dental: \_\_\_\_\_ SSN #/ ID: \_\_\_\_\_  
Nombre del Titular de la Póliza/Parte Responsable: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

#### Contacto de Emergencia

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación con Paciente: \_\_\_\_\_  
Hogar/Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Periódicamente, puede haber ocasiones en las que no pueda llevar a su hijo a la oficina para una cita y necesite depender de un familiar o amigo. Entendemos estas circunstancias; sin embargo, debemos tener una autorización que permita que esta persona acompañe a su hijo. La persona que traiga a su hijo deberá presentar una identificación con foto al momento del servicio. Si elige autorizar a un adulto designado para que acompañe a su hijo a sus citas, complete la sección a continuación o puede elegir no designar a alguien en este momento.

#### Autorización de un adulto designado para acompañar al paciente

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación con Paciente: \_\_\_\_\_  
Hogar/Celular: \_\_\_\_\_ 2<sup>ndo</sup> Teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a los mencionados anteriormente a tomar decisiones médicas y dentales, incluido el acompañamiento de mi hijo a las visitas clínicas y dar mi consentimiento para cualquier cambio en el plan de tratamiento, ya que pueden surgir en el momento del tratamiento, donde el menor no está acompañado por ninguno de los padres o tutores legales, y puede no ser factible o práctico contactarlos. Acepto pagar mi parte de los servicios prestados a mi hijo el mismo día, si corresponde, a medida que se brinda el tratamiento.

No deseo asignar un adulto designado para que acompañe a mi hijo a las citas en este momento.

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## POLÍTICA DE OFICINA

### POLÍTICA DE PADRES/TUTORES

Reconozco que la política de Bethel Kids Dental es que un padre o tutor legalmente responsable esté presente en todas las citas dentales. Si alguien que no sea el padre o tutor legal acompaña a su hijo a su visita, debe tener una autorización / consentimiento de los padres firmado en el archivo o nos reservamos el derecho de reprogramar la cita.

### CANCELACIONES E INASISTENCIAS

Cuando hacemos su cita, estamos reservando una consulta para sus necesidades particulares. Le pedimos que, si tiene que cambiar una cita, necesitamos un aviso con al menos 24 horas de anticipación. Esta cortesía hace posible dar su consulta reservado a otro paciente que lo desea. Las cancelaciones repetidas con un máximo de tres citas perdidas sin previo aviso resultarán en la pérdida de los privilegios de citas futuras. Creemos que el tiempo de nuestro paciente es valioso. Cuando se hace su cita, se reserva una consulta, se preparan sus registros y se preparan instrumentos especiales para su visita. Nosotros, por supuesto, agradeceríamos la misma cortesía de usted. Si tiene alguna pregunta o problema que le impida asistir a sus citas, llámenos con anticipación al (209) 400-2018 y con mucho gusto reprogramaremos su cita para un horario más conveniente.

### RECONOCIMIENTO HIPAA

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA. Entiendo y consiento que la información médica de mi hijo se use dentro de las pautas de La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA). Entiendo los términos y autorizo a Bethel Kids Dental a divulgar la información dental de mi hijo a los profesionales involucrados en el cuidado de mi hijo y a las partes que autorizo a recibir la información dental de mi hijo.

### HOJA DE MATERIALES DENTALES

Copias de la Hoja de datos de materiales dentales, con fecha de mayo de 2004, se encuentran en el quiosco de la recepción y están disponibles para recoger en cualquier momento.

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## POLÍTICA FINANCIERA

Aunque nuestra oficina con mucho gusto presentará electrónicamente las reclamaciones de seguro dental como cortesía, todos y cada uno de los saldos de las cuentas son, en última instancia, su responsabilidad. Debe proporcionar la información más actualizada sobre su seguro antes de cada visita y según sea necesario durante la atención. **Los planes de seguro pueden variar mucho y algunas compañías seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubren.** Autorizo a Bethel Kids Dental a cobrar el pago de la compañía de seguros. Entiendo que la compañía de seguros puede reembolsar solo una parte de mi factura y que, en última instancia, soy responsable del pago total. Si la compañía de seguros niega un reclamo por cualquier motivo en cualquier momento, entiendo que soy directamente responsable del pago del monto pendiente. Comuníquese con nosotros si realiza algún cambio en su cobertura dental, para que podamos mantener registros precisos y actualizados de su cuenta. Si después de 60 días la compañía de seguros no ha pagado el reclamo, entiendo que soy totalmente responsable por el saldo total impago. Un miembro de nuestro Departamento de Facturación le notificará si hay algún saldo pendiente en su cuenta. Entendemos que muchos pueden experimentar dificultades financieras en cualquier momento. Si este es el caso, comuníquese con nuestro Departamento de Facturación para que podamos ayudarlo a hacer arreglos de pago. Bethel Kids Dental acepta pagos en efectivo o con tarjeta de crédito únicamente.

### **SALDO NO PAGADO / NO COBRADO**

Cualquier saldo impago y no cobrado más allá de los 90 días se remitirá a una agencia de cobranza externa después de que se envíe la notificación de falta de pago y el saldo adeudado. En el caso de que su cuenta sea entregada para cobros, la parte responsable se compromete a pagar todos los cargos adicionales incurridos en el cobro de la deuda. Estos honorarios incluyen el saldo y los honorarios asociados con el cobro del pago y los honorarios del abogado. Durante este tiempo, no podremos ver a sus hijos para servicios adicionales en nuestra oficina hasta que se pague el saldo no pagado / no cobrado o se hagan arreglos de pago.

### **CONDICIONES DE PAGO PARA EL AUTOPAGO**

En el caso de que no tenga seguro médico, o sepa con anticipación que un servicio específico no será cubierto por su compañía de seguros, será responsable de realizar un pago previo a la prestación de los servicios durante ese día en nuestra oficina. Debe pagar el monto total en cada visita.

### **SEGURO DENTAL MEDI-CAL**

Nuestro consultorio es un proveedor participante de Medi-Cal Dental y le facturaremos a Medi-Cal Dental. Debe presentar una tarjeta de emisión de beneficios (BIC) válida en cada visita y según sea necesario. Si no tiene una tarjeta BIC en el momento de la visita, es responsable de solicitar una tarjeta nueva o de reemplazo. **Si no tenemos una tarjeta BIC válida o no tenemos elegibilidad en el archivo, usted será responsable de cualquier tarifa que quede sin pagar o que Medi-Cal Dental no pague.** En el caso de que Medi-Cal Dental no haya pagado dentro de los 90 días posteriores a la presentación del reclamo o haya pagado menos de lo anticipado por la atención, uno de los miembros de nuestro equipo se comunicará con usted con respecto a la situación.

### **SOLICITUD DE UNA TARJETA BIC NUEVA O DE REEMPLAZO (PARA EL SEGURO DENTAL MEDI-CAL)**

Si no recibió su tarjeta, perdió su tarjeta, le robaron la tarjeta o la tarjeta que recibió por correo tiene información incorrecta, puede solicitar un BIC en la oficina local de servicios sociales del condado. Para el condado de San Joaquín, puede llamar y solicitar una tarjeta de identificación de beneficios (BIC) comunicándose con el mostrador de emisión de BIC al 209-468-1328.

*Asumo la responsabilidad financiera de todos los tratamientos dentales y medicamentos que se le proporcionen a mi hijo. Entiendo que se espera el pago en la fecha en que se brindan los servicios. He leído, comprendido y aceptado la política financiera anterior para los pagos de los servicios prestados a nuestra oficina.*

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Exámenes/Rayos X/Tratamiento con Flúor

Para la primera visita y el examen periódico, realizamos exámenes integrales, tomamos las radiografías necesarias y brindamos tratamientos con flúor para garantizar que nuestros pacientes gocen de la mejor salud oral. La frecuencia de las radiografías que se toman depende de la higiene oral del paciente y de la evaluación del riesgo de caries. Entiendo que mi hijo recibirá un examen dental del Dr. Opinga y/o a los miembros de su personal. Entiendo que se pueden tomar radiografías de los dientes de mi hijo como parte de los requisitos necesarios para completar un examen completo y exhaustivo.

### Limpieza Dental

Autorizo al Dr. Opinga y/o a los miembros de su personal a limpiar los dientes de mi hijo hoy.

### Consentimiento de Fotografía Médica

Doy mi consentimiento para que las fotografías digitales y las imágenes de rayos X de mi hijo se usen exclusivamente dentro de su registro médico para fines de identificación y tratamiento dental.

### Drogas y Medicamentos

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y compuestos tópicos pueden causar reacciones alérgicas incluso sin antecedentes conocidos. Las reacciones alérgicas pueden causar enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico. He informado al dentista, hasta donde tengo conocimiento, de cualquier reacción adversa que mi hijo haya tenido.

### Consentimiento de Fotografía Opcional

Doy mi consentimiento para que se tome y muestre la foto de mi hijo en la oficina como parte de concursos o tableros de anuncios.

Doy mi consentimiento  No doy mi consentimiento

Doy mi consentimiento para que se tome y publique la foto de mi hijo como parte de las redes sociales en línea, que incluye, entre otras cosas, el sitio web y el blog de la oficina; Facebook, Yelp e Instagram.

Doy mi consentimiento  No doy mi consentimiento

### Autorización y Liberación

Por la presente certifico que he leído y entiendo el formulario de consentimiento. Afirmo que la información que he proporcionado es correcta hasta donde tengo conocimiento. Se llevará a cabo con la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi información de contacto personal y del estado médico de mi hijo. Autorizo al equipo dental a realizar el servicio dental necesario que mi hijo necesita, que incluye, entre otros, exámenes, profilaxis, radiografías y tratamiento con flúor. Por la presente certifico que entiendo y he sido informado de los riesgos, beneficios y alternativas de los procedimientos dentales provistos.

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## ACUERDO DE ARBITRAJE

**Acuerdo para Arbitrar:** Se entiende que cualquier disputa relacionada por negligencia médica, es decir si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios o no autorizados o fueron prestados de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinarán mediante sumisión al arbitraje según lo dispuesto por la ley de California, y no por una demanda o recurrencia a un proceso judicial, a menos que la ley de California prevea la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este Contrato, al participar en él, renuncian a su derecho constitucional a que se decida en un tribunal ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje.

**Todas las Reclamaciones Deben Ser Arbitradas:** Es de intención y acuerdo de las partes que este acuerdo de arbitraje cubrirá todos los reclamos o controversias relacionadas con los asuntos descritos en el Artículo 1 anterior, excepto los reclamos dentro de la jurisdicción del Tribunal de Demandas Menores, ya sea por agravio (intencional o negligente), o de otra manera, incluyendo, entre otros, los juicios relacionados con los asuntos descritos en el Artículo 1 y también los reclamos por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, discriminación, angustia emocional o daños punitivos. El arbitraje de conformidad con los términos de este Contrato obligará a todas las partes cuyas reclamaciones según lo descrito anteriormente puedan surgir o se relacionen con el tratamiento o los servicios provistos o no proporcionados por Bethel Kids Dental o cualquier empleado o agente o proveedores de Bethel Kids Dental, incluyendo cualquier cónyuge o herederos del Paciente y cualquier niño, ya sea nacido o no nacido, en el momento del incidente que da lugar a cualquier reclamo. El abajo firmante entiende y acuerda que si el suscrito firma este Contrato en nombre de otra persona por la cual el abajo firmante tiene responsabilidad, entonces, además del abajo firmante, dicha persona también estará obligada, junto con cualquier otra persona que pueda tener un reclamo que surja del tratamiento o servicios prestados a esa persona. La referencia a Bethel Kids Dental incluye a la corporación y sus empleados, agentes y proveedores. La presentación de cualquier acción en cualquier tribunal por parte de Western para cobrar cualquier tarifa al Paciente no eximirá del derecho de exigir el arbitraje de ningún reclamo descrito anteriormente. Sin embargo, después de la afirmación de cualquier reclamo en contra de Bethel Kids Dental, cualquier disputa de honorarios, ya sea o no el tema de cualquier acción judicial existente, también será resuelta por el mismo arbitraje.

**Procedimientos y Ley Aplicable:** El paciente iniciará el arbitraje presentando una Demanda de Arbitraje sobre Bethel Kids Dental y cada demandado. El reclamo se enviará por correo de EE. UU., con franqueo prepagado, a: Bethel Kids Dental, 531 W. Kettleman Lane, Lodi, CA 95240. Una Demanda de Arbitraje debe ser comunicada por escrito a todas las partes, identificar a cada demandado, describir el reclamo contra cada parte, y la cantidad de daños solicitados, y los nombres, direcciones y números de teléfono del Paciente y su abogado. El Paciente y Bethel Kids Dental acuerdan que cualquier arbitraje conforme al presente será conducido por un árbitro único y neutral seleccionado por las partes y se resolverá utilizando las reglas de la Asociación Americana de Arbitraje. (El arbitraje, sin embargo, no debe ser realizado por la Asociación Americana de Arbitraje). El paciente perseguirá sus reclamos con diligencia razonable, y el arbitraje se regirá de conformidad con el Código Civil §§3333.1 y 3333.2, el Código de Procedimiento Civil §§ 340.5, 667.7, 1281-1295 y la Ley Federal de Arbitraje (9 U.S.C. §§ 1-9), según rijan periódicamente.

**Efecto Retroactivo:** El paciente tiene la intención de que este Contrato cubra los servicios prestados por Bethel Kids Dental no solo después de la fecha en que se firmó (incluido, entre otros, el tratamiento de emergencia), sino también antes de que se firmara también.

**Divisibilidad:** Si alguna disposición de este Acuerdo de Arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en plena vigencia y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este Contrato. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia. AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED SE COMPROMETE A QUE CUALQUIER PROBLEMA DE MALA PRÁCTICA MÉDICA SEA DECIDIDO POR ARBITRAJE NEUTRAL Y USTED RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O TRIBUNAL. VEA EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



### Historial Dental

- Si  No ¿Alguna vez ha ido su hijo al dentista? ¿Si es así, cual es la fecha de la última limpieza dental y radiografías? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Ha experimentado su hijo una reacción desfavorable de la atención dental previa? Si es así, explíquelo por favor \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Su niño se chupa el dedo, el pulgar o el chupete? ¿Si sí, cuándo? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Se acuesta su hijo con un biberón o una taza para sorber? Si es así, ¿qué contiene? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Su hijo come bocadillos con frecuencia? ¿Cuáles son sus bocadillos favoritos? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Ha tenido su hijo anestesia local? Si es así, ¿hubo algún problema? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Ha sido sedado su hijo para tratamiento dental? ¿Hubo algún problema? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Alguna vez se lesionaron los dientes de su hijo? Si es así, ¿qué dientes? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Alguna vez su hijo o alguien de su familia inmediata ha tenido una úlcera bucal u otra úlcera en la boca? Por favor describa: \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Su hijo usa una pasta dental con fluoruro? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Su hijo comienza a fumar cigarrillos o usa algún producto de tabaco? \_\_\_\_\_

**Por favor verifique si su hijo tiene problemas con alguno de los siguientes:**

- Caries  Dolor  Dientes Sensibles  Respiración de Boca  Roce de Dientes
- Infecciones de Encillas  Color de Dientes  Ortodoncia  Sonidos de Mandíbula  Trauma
- Otro: \_\_\_\_\_

### Historial Médico

- Doctor del Niño/Pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Cuándo fue la última visita de su hijo al médico y cuál fue el motivo de la visita? \_\_\_\_\_
  - Si  No ¿Ha tenido su hijo alguna vez un problema de salud? Si es así, explíquelo por favor. \_\_\_\_\_
  - Si  No ¿Su hijo ha sido hospitalizado, ha tenido anestesia general o visitas a la sala de emergencias? Si es así, explíquelo por favor. \_\_\_\_\_
  - Si  No ¿Está su hijo actualmente tomando algún medicamento? Si es así, indique los medicamentos. \_\_\_\_\_
  - Si  No ¿Su hijo es alérgico a algún alimento? Si es así, indique qué comida. \_\_\_\_\_
  - Si  No ¿Están al día las vacunas de su hijo? \_\_\_\_\_
  - Si  No ¿Alguna vez le han dicho que su hijo necesita tomar antibióticos antes del tratamiento dental? \_\_\_\_\_

Por favor marque si su hijo ha sido tratado por alguno de los siguientes:

- Abuso  Cancer/Tumores  Soplo Cardíaco  Células falciformes/rasgo
- ADHD  Parálisis Cerebra  Hepatitis  Lesiones significativas
- Reacciones a Drogas Adversas  Defectos congénitos  HIV/SIA  Ronquidos
- Anemia  Diabetes  Enfermedad Hígado/IG  Problemas de Habla/Escucha
- Asma/Respiración  Endocrino/Crecimiento  Retrasos Mentales  Espina bífida
- Autismo  Problemas de Vista  Problemas Sociales/Personalidad
- Sangrado/transfusiones  Infecciones Frecuentes  Dolores de Cabeza  Problemas Amígdala/Adenoides
- Trastornos de la sangre  Enfermedad del Corazón  Convulsiones  Tuberculosis (TB)
- Otro: \_\_\_\_\_

Hasta donde sé, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental cualquier cambio en el estado médico de mi hijo.

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_