

**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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

**Información del Adulto Designado**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Licencia de Conducir/ID Válida: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (Si los padres no están disponibles): \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

- Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo al adulto designado mencionado anteriormente a acompañar a mi hijo menor durante las citas dentales en Bethel Kids Dental y proporcionar cualquier consentimiento verbal o escrito necesario con respecto a los procedimientos dentales, tratamientos o decisiones en mi nombre.
- Esta autorización otorga al adulto designado la capacidad de acompañar al menor a las citas dentales, discutir los planes de tratamiento y tomar decisiones si es necesario.
- El adulto designado está autorizado a firmar el consentimiento para cualquier procedimiento dental o decisión de tratamiento durante la cita sin consultar previamente conmigo, el tutor legal.

Esta autorización será válida para las citas dentales hasta que sea revocada por escrito.

Nombre y Firm del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### 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:

- |                                               |                                        |                                         |                                            |                                       |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Caries                  | <input type="radio"/> Dolor            | <input type="radio"/> Dientes Sensibles | <input type="radio"/> Respiración de Boca  | <input type="radio"/> Roce de Dientes |
| <input type="radio"/> Infecciones de Encillas | <input type="radio"/> Color de Dientes | <input type="radio"/> Ortodoncia        | <input type="radio"/> Sonidos de Mandíbula | <input type="radio"/> Trauma          |
| <input type="radio"/> 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:

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

Nombre y firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



531 W. Kettleman Lane  
Lodi, CA 95240  
Tel: 209-400-2018

1660 W. Yosemite Ave. #1  
Manteca, CA 95337  
Tel: 209-500-1910

3633 Bradshaw Rd. #A  
Sacramento, CA 95827  
Tel: 916-810-2025

## POLÍTICAS DE LA OFICINA DE BETHEL KIDS DENTAL

### Política de Padres/Guardianes

En Bethel Kids Dental, se requiere que un padre o tutor legal esté presente en todas las citas dentales. Si alguien que no es el padre o tutor legal acompaña a su hijo, se debe tener un formulario de autorización/consentimiento parental firmado en el archivo. Si no se cumple este requisito, nos reservamos el derecho de reprogramar la cita.

Los padres o tutores deben permanecer en las instalaciones durante el examen o tratamiento dental de su hijo. No se permite que el niño se quede sin acompañante en la oficina ni que se le recoja mediante un servicio de transporte compartido. Los niños no acompañados solo serán entregados al padre o tutor legal registrado.

Si un niño se queda sin acompañante, la oficina no asumirá la responsabilidad por su supervisión, y el padre/tutor renuncia a cualquier responsabilidad por incidentes que ocurran en su ausencia. Si el padre o tutor no puede ser localizado después de varios intentos de contacto, la oficina notificará a las autoridades locales correspondientes para recibir instrucciones adicionales.

### Cancelaciones de Citas y No Presentación

Cuando programa una cita, reservamos una sala de tratamiento, preparamos los registros de su hijo y preparamos los instrumentos especializados. Para garantizar una programación eficiente y disponibilidad para otros pacientes, le pedimos que nos avise al menos con 24 horas de anticipación si necesita reprogramar o cancelar una cita.

Si hay tres citas no asistidas sin el aviso correspondiente, se podrá perder el privilegio de futuras citas. Si anticipa dificultades para cumplir con una cita, por favor llámenos con anticipación al (209) 400-2018, y con gusto reprogramaremos para un horario más conveniente.

### Solicitud de una Nueva Tarjeta BIC o Reemplazo (Para Seguro Dental Medi-Cal)

Si ha perdido su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC), no la ha recibido o la tarjeta que recibió tiene información incorrecta, puede solicitar una nueva a través de su oficina local de servicios sociales del condado.

Para el Condado de San Joaquín, puede solicitar un reemplazo de la BIC contactando la Mesa de Emisión de BIC al (209) 468-1328.

Para el Condado de Sacramento, puede comunicarse con la Mesa de Emisión de BIC al (916) 874-2072.

### Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad de HIPAA – Autorización y Consentimiento

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA. Entiendo y consiento que la información médica de mi hijo sea utilizada de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

Autorizo a Bethel Kids Dental a divulgar los registros dentales de mi hijo a los profesionales involucrados en su atención y a cualquier persona autorizada que designe.

### Hoja de Información sobre Materiales Dentales

Reconozco que he recibido una copia de la Hoja de Información sobre Materiales Dentales (mayo de 2004) y entiendo la información proporcionada.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y Firm del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN DENTAL

Nos comprometemos a brindar el más alto nivel de atención dental para su hijo/a. Lea atentamente el siguiente consentimiento y confirme su acuerdo firmando a continuación.

### Exámenes, Radiografías y Tratamiento con Flúor

Los exámenes dentales regulares, las radiografías necesarias y los tratamientos con flúor son esenciales para mantener una salud oral óptima. La frecuencia de las radiografías depende de la higiene oral de su hijo/a y su riesgo de caries.

- Entiendo y doy mi consentimiento para que un dentista de Bethel Kids Dental realice un examen dental a mi hijo/a. Reconozco que pueden tomarse radiografías como parte de un examen minucioso y completo para evaluar la salud bucal de mi hijo/a.
- Autorizo a Bethel Kids Dental a realizar una limpieza dental a mi hijo/a, que incluye la eliminación de placa, sarro y manchas superficiales para ayudar a mantener su salud oral y prevenir caries y enfermedades de las encías.
- Entiendo que el flúor es un tratamiento preventivo utilizado para fortalecer el esmalte dental y reducir el riesgo de caries. Aunque las reacciones adversas son poco frecuentes, la ingestión excesiva de flúor puede causar náuseas temporales.

### Medicamentos y Fármacos

Entiendo que se pueden recetar o administrar antibióticos, analgésicos y compuestos tópicos según sea necesario para el tratamiento dental de mi hijo/a. Reconozco que los medicamentos pueden causar reacciones alérgicas, incluidas, pero no limitadas a: enrojecimiento, hinchazón, picazón, sarpullido, vómitos y, en casos raros, shock anafiláctico.

Afirmo que he informado al dentista, según mi mejor conocimiento, sobre cualquier alergia o reacción adversa que mi hijo/a haya experimentado con medicamentos.

### Consentimiento para Fotografías Médicas

Autorizo la toma de fotografías digitales y radiografías de mi hijo/a para su documentación en el expediente dental, para fines de diagnóstico y planificación del tratamiento, y para el envío a compañías de seguros según sea necesario.

### Consentimiento Opcional para Fotografías

☐ Autorizo ☐ No autorizo que se tome y exhiba la foto de mi hijo/a dentro de la oficina para concursos, tableros de anuncios o con fines educativos y que la foto de mi hijo/a sea compartida en línea con fines promocionales, incluidos, entre otros, el sitio web de la oficina, blog y redes sociales (Facebook, Instagram, Yelp, etc.).

### Riesgos y Limitaciones Potenciales

Entiendo que, al igual que con cualquier procedimiento dental, existen riesgos potenciales, que incluyen, entre otros:

- Sensibilidad o molestias temporales en los dientes después de la limpieza o aplicación de flúor.
- Posible reflejo nauseoso o incomodidad durante las radiografías.
- Reacciones alérgicas o efectos secundarios de medicamentos o tratamientos tópicos.
- La necesidad de procedimientos dentales adicionales si se detectan problemas durante el examen.

### Responsabilidades del Padre/Madre/Tutor

- Me comprometo a proporcionar información médica y de contacto precisa y actualizada sobre mi hijo/a.
- Entiendo que es mi responsabilidad seguir las recomendaciones de cuidado en el hogar y programar visitas de seguimiento según sea necesario.
- Reconozco que la falta de tratamiento oportuno de los problemas dentales puede provocar problemas de salud bucal más graves que requieran tratamientos extensos.

### Autorización y Liberación

He leído y entiendo el consentimiento informado descrito anteriormente. Confirmando que la información que he proporcionado es precisa según mi mejor conocimiento. Autorizo a Bethel Kids Dental a realizar los procedimientos dentales necesarios para mi hijo/a, incluidos, entre otros, exámenes, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor.

Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y recibir información adicional sobre la atención dental de mi hijo/a.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y Firm del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## POLÍTICA FINANCIERA

Estamos comprometidos a brindar la atención dental de la más alta calidad para su hijo(a) y hacer que su experiencia sea lo más sencilla posible. Esta política explica sus responsabilidades financieras. Al firmar, usted acepta los términos que se detallan a continuación.

### 1. Cobertura de Seguro y Responsabilidades Generales

- Su seguro dental (incluyendo Medi-Cal) es un contrato entre usted y su proveedor de seguros; Bethel Kids Dental no es parte de este contrato.
- Presentaremos reclamaciones a su seguro o a Medi-Cal como cortesía; sin embargo, no se garantiza el pago.
- Usted es responsable de cualquier cargo que no esté cubierto por su plan, incluyendo deducibles, copagos, coaseguro, servicios no cubiertos y reclamaciones denegadas.
- Si su seguro/Medi-Cal no responde dentro de 30 días, usted será responsable del saldo restante.
- Notifíquenos de inmediato sobre cualquier cambio en su cobertura o elegibilidad de seguro.

### 2. Responsabilidades de Pago

- Cualquier saldo restante después del pago del seguro/Medi-Cal se debe pagar al recibir su estado de cuenta.
- Los copagos se deben pagar en el momento del servicio.
- Los deducibles (si aplican) deben pagarse antes o en el momento del servicio.
- Para los servicios no cubiertos, el pago completo se debe realizar en el momento del tratamiento.
- Si la cobertura es incierta, hable con nosotros antes del tratamiento para conocer los posibles costos de su bolsillo.

### 3. Políticas Específicas de Medi-Cal

- Tenemos contrato con Medi-Cal para brindar servicios dentales, pero no todos los tratamientos pueden estar cubiertos.
- Usted es responsable de mantener actualizada la elegibilidad de su hijo(a) en Medi-Cal y su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC).
- Debemos tener una BIC válida en el expediente; si no se presenta, usted será responsable de cualquier cargo no pagado.  
Condado de San Joaquín: Llame al (209) 468-1328 para solicitar un reemplazo.  
Condado de Sacramento: Llame al (916) 874-2072 para solicitar un reemplazo.
- Si Medi-Cal deniega una reclamación o el servicio no está cubierto, usted será responsable del pago.

### 4. Servicios No Cubiertos

- Algunos tratamientos pueden no estar cubiertos por su plan.
- Se le informará con anticipación si un servicio no está cubierto y usted será responsable de su pago.

### 5. Citas Perdidas

- Avísenos con al menos 24 horas de anticipación para cancelaciones.
- Las citas perdidas o canceladas tarde pueden generar un cargo y podrían afectar su capacidad para programar futuras citas.

### 6. Asistencia Financiera

- Si no puede pagar su saldo, hable con nuestro personal.
- Podrían estar disponibles planes de pago para ciertos procedimientos.

### 7. Métodos de Pago

Aceptamos: Efectivo, Tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, American Express, Discover), Tarjeta de débito, y Cheque

### 8. Cumplimiento con HIPAA

Protegemos la información de salud de su hijo(a) de acuerdo con las regulaciones de HIPAA. Usted autoriza su uso y divulgación para tratamiento y procesamiento de reclamaciones.

### 9. Cesión de Beneficios

Al firmar, usted:

- Cede todos los beneficios de seguro/Medi-Cal directamente a Bethel Kids Dental por los servicios prestados.
- Autoriza la divulgación de la información necesaria para procesar las reclamaciones.
- Acepta la responsabilidad de todos los cargos no cubiertos por su plan.

### Reconocimiento:

He leído, entendido y acepto la Política Financiera de Bethel Kids Dental, incluyendo los términos aplicables de Medi-Cal o seguro privado.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_