

## 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:**

- 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 ¿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: \_\_\_\_\_

**¿Su hijo(a) tiene alguna alergia?**

- Medicamento(s)  Látex  Anestésicos  Bifosfonatos  Alimentos  
 Por favor especifique: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

## POLÍTICAS FINANCIERA

Bethel Kids Dental and Orthodontics está comprometido a brindar atención dental de alta calidad para su hijo(a). Esta Política Financiera describe sus responsabilidades con respecto al pago de los servicios. Al firmar abajo, usted reconoce y acepta los siguientes términos y condiciones.

### 1. Cobertura de Seguro y Responsabilidad Financiera

- El seguro dental, incluyendo Medi-Cal Dental, es un contrato entre usted (el suscriptor) y su compañía de seguros. Bethel Kids Dental and Orthodontics no es parte de este contrato.
- Como cortesía, presentaremos reclamaciones a su compañía de seguros y/o Medi-Cal Dental; sin embargo, no garantizamos el pago ni la cobertura de los servicios.
- Usted es financieramente responsable de todos los cargos incurridos por los servicios proporcionados a su hijo(a), excepto cuando lo prohíba la ley aplicable, incluyendo, entre otros, deducibles, copagos, coaseguros, servicios no cubiertos y reclamaciones denegadas.
- Los copagos, deducibles, coaseguros y cualquier porción estimada del paciente deben pagarse al momento de prestar los servicios, a menos que la oficina haya aprobado previamente otros arreglos.
- Si su compañía de seguros no remite el pago dentro de los treinta (30) días posteriores a la presentación de la reclamación, el saldo pendiente será facturado y se convertirá en responsabilidad del padre, madre o tutor legal.
- Usted es responsable de proporcionar información de seguro precisa y actualizada y debe notificar inmediatamente a nuestra oficina sobre cualquier cambio en cobertura o elegibilidad.
- Cualquier estimado de tratamiento proporcionado se basa en la información disponible en ese momento y no constituye una garantía de pago del seguro ni del costo final. La responsabilidad real del paciente puede cambiar si cambian las necesidades del tratamiento, los beneficios del seguro, la elegibilidad o el procesamiento de reclamaciones.

### 2. Coordinación de Beneficios (Cobertura Dual):

- Cuando un paciente está cubierto por más de un plan dental, las reclamaciones deben procesarse de acuerdo con las reglas de coordinación de beneficios.
- La compañía de seguro primaria debe facturarse primero.
- Si Medi-Cal Dental es secundario, solo será facturado después de que el seguro primario haya procesado la reclamación y solo considerará los saldos elegibles restantes.
- El orden de las reclamaciones está determinado por las regulaciones del seguro y no puede ser alterado, reasignado ni omitido.

### 3. Políticas de Medi-Cal Dental

- Medi-Cal Dental proporciona beneficios dentales limitados y no todos los servicios o tratamientos pueden estar cubiertos o aprobados.
- Si Medi-Cal Dental niega la cobertura, solicita reembolso, determina que el paciente no era elegible en la fecha del servicio o el tratamiento no está cubierto, el padre, madre o tutor legal puede ser financieramente responsable del saldo pendiente, excepto cuando lo prohíba la ley.
- Usted es responsable de mantener actualizada la elegibilidad de Medi-Cal Dental y la Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de su hijo(a), y una BIC válida debe estar registrada en nuestra oficina. **(Para reemplazo de tarjetas BIC:** Condado de San Joaquín: (209) 468-1328 o Condado de Sacramento: (916) 874-2072).
- Si la elegibilidad no puede verificarse al momento del servicio, los servicios pueden ser reprogramados o el padre, madre o tutor legal puede optar por continuar como paciente de pago privado.

### 4. Servicios No Cubiertos y Electivos

- Algunos servicios pueden no estar cubiertos por su plan de seguro o Medi-Cal Dental.
- Usted será informado por adelantado sobre cualquier servicio conocido como no cubierto y los costos asociados.
- Al continuar con el tratamiento, usted acepta ser financieramente responsable de dichos servicios, salvo restricciones legales aplicables.

### 5. Arreglos de Pago

- Si no puede cumplir con sus obligaciones financieras, debe comunicarse con nuestra oficina antes de la fecha de vencimiento.
- Los planes de pago pueden ofrecerse a discreción exclusiva de Bethel Kids Dental and Orthodontics y deben acordarse por escrito.
- Para continuar programando futuras citas, solicitamos que las cuentas permanezcan al corriente o que se establezcan y mantengan arreglos de pago aprobados con nuestra oficina.

### 6. Pagos y Formas de Pago Aceptadas

- Aceptamos: efectivo, tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, American Express, Discover), tarjeta de débito y cheque.
- Los pagos realizados por servicios y tratamientos dentales ya proporcionados no son reembolsables.

### 7. Cesión de Beneficios y Autorización

Al firmar abajo, usted:

- Autoriza el pago directo y/o la cesión de beneficios del seguro y/o Medi-Cal Dental a Bethel Kids Dental and Orthodontics.
- Autoriza la divulgación de la información necesaria para el procesamiento de reclamaciones.
- Acepta ser financieramente responsable de los cargos no pagados por el seguro, excepto según lo limitado por la ley aplicable.

### Reconocimiento y Acuerdo

Certifico que soy el padre, madre o tutor legal del paciente y que he leído, entiendo y acepto los términos de esta Política Financiera. Reconozco mi responsabilidad financiera de acuerdo con las leyes aplicables del estado de California y las leyes federales.

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

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

