

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^{ndo} Teléfono: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Relación con Paciente: _____
Fecha Nac.: ____/____/____ Email del Guardián: _____
Hogar/Celular: _____ 2^{ndo} 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: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Bethel Kids Dental se compromete a brindar atención dental de alta calidad a su hijo(a). Esta Política Financiera describe sus obligaciones con respecto al pago de los servicios. Al firmar a continuación, 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 no es parte de este contrato.
- Como cortesía, presentaremos reclamaciones a su compañía de seguros y/o a 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 prestados a su hijo(a), excepto cuando esté prohibido por la ley aplicable, incluyendo, entre otros, deducibles, copagos, coaseguro, servicios no cubiertos y reclamaciones denegadas.
- Si su compañía de seguros no emite el pago dentro de los treinta (30) días posteriores a la presentación de la reclamación, el saldo pendiente puede pasar a ser responsabilidad del padre/madre o tutor legal.
- Usted es responsable de proporcionar información de seguro precisa y actualizada, y debe notificar a nuestra oficina de inmediato cualquier cambio en la cobertura o elegibilidad.

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.
- El seguro primario debe facturarse primero.
- Si Medi-Cal Dental es secundario, solo se facturará después de que el seguro primario haya procesado la reclamación y solo considerará los saldos restantes elegibles.
- 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 (Denti-Cal)

- Estamos contratados con Medi-Cal Dental para proporcionar servicios dentales; sin embargo, no todos los tratamientos pueden estar cubiertos.
- Usted es responsable de mantener actualizada la elegibilidad de Medi-Cal Dental de su hijo(a) y la Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC). Se debe tener una BIC válida en archivo. Para reemplazo de la BIC: Condado de San Joaquín: (209) 468-1328 o Condado de Sacramento: (916) 874-2072
- Si no se puede verificar la elegibilidad en el momento del servicio, los servicios pueden ser reprogramados o el padre/madre o tutor puede optar por continuar como paciente de pago directo.
- Si Medi-Cal Dental niega una reclamación o el servicio no está cubierto, usted es responsable del pago.

4. Servicios No Cubiertos y Electivos

- Algunos servicios pueden no estar cubiertos por su plan de seguro o Medi-Cal Dental.
- Se le informará con anticipación sobre cualquier servicio no cubierto y los costos asociados.
- Al continuar con el tratamiento, usted acepta ser financieramente responsable de dichos servicios, salvo que la ley disponga lo contrario.

5. Política de Citas

- Se requiere un aviso mínimo de veinticuatro (24) horas para cancelar o reprogramar una cita.
- Las citas perdidas o canceladas con poca anticipación pueden resultar en un cargo, según lo permita la ley, y pueden afectar la programación de futuras citas.

6. Acuerdos 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 y deben acordarse por escrito.

7. Formas de Pago Aceptadas

- Aceptamos: efectivo, tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, American Express, Discover), tarjeta de débito y cheque.

8. Cumplimiento de HIPAA

- La información médica protegida de su hijo(a) será utilizada y divulgada de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

9. Asignación de Beneficios y Autorización

Al firmar a continuación, usted:

- Autoriza el pago directo y/o la asignación de beneficios del seguro y/o Medi-Cal Dental a Bethel Kids Dental.
- 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 limite 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 la responsabilidad financiera de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables de California.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre y Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

