

### Informacion del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Apellido, Primer Nombre Inicial (Nombre de Preferencia)

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono (Casa): \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirreccion: \_\_\_\_\_  
Calle # de apartamento

\_\_\_\_\_ Ciudad Estado Codigo Postal

### Informacion de Salud

Ultima fecha de la ultima limpieza dental: \_\_\_\_\_ Motivo de esta visita: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? Por favor marque TODO lo que aplique:  Ninguno aplica

<b>Si</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sida/VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nefropatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de higado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estomago
		Artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desordenes mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos nerviosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heridas en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de Parto: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Venerea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia Codeina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia Penicillina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTRO:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertnesion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sinusales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

• Indique cualquier medicamento que el paciente este tomando actualmente: \_\_\_\_\_

• Ha tenido alguna complicacion despues del tratamiento dental?  Si  No  
 En caso afirmativo, expliquelo porfavor: \_\_\_\_\_

• Ha sido admitido en un hospital o ha necesitado atencion de emergencia durante los ultimos dos años?  Si  No  
 En caso afirmativo, expliquelo porfavor: \_\_\_\_\_

• Esta ahora bajo el cuidado de un medico?  Si  No  
 En caso afirmativo, expliquelo porfavor : \_\_\_\_\_

• Nombre del Medico: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

• Tiene algun problema de salud que necesite mayor aclaracion?  Si  No  
 En caso afirmativo, expliquelo porfavor: \_\_\_\_\_

• Fuma o usa algun product de tabaco?  Si  No

Hasta donde yo se, todas las respuestas anteriores y la informacion proporcionada son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algun cambio en mi salud, informare a los medicos en la proxima cita sin falta.

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del paciente, padre o tutor

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Iniciales del Doctor

### Informacion Referencial

A quien podemos agradecer por recomendarlo a nuestra oficina?  Otro paciente, amigo/a  Otro paciente, familiar

Oficina dental  Paginas amarillas  Periodico  Escuela  Trabajo  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona o oficina que lo remite a nuestra practica: \_\_\_\_\_

### Informacion del Padre o Parte Responsable

Lo siguiente es para:  Tutor legal del paciente o padre/madre  Persona responsable del pago

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Masculino  Femenino  Casado  Soltero  Niño/a  Otro \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
Calle # de Apartamento  
Cuidad Estado Codigo Postal

### Informacion de Empleo

Lo siguiente es para:  Paciente  Persona responsable del pago

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad, Estado Codigo Postal Telefono

### Informacion del Seguro

#### Primaria

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Esta asegurada el paciente?  Si  No

Fecha de Nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Iniciales

Direccion del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Calle Cuidad Estado Codigo Postal

Nombre del Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
Calle Cuidad Estado Codigo Postal

Relacion del paciente con el seguro:  Individual  Esposo/a  Niño/a  Otro \_\_\_\_\_

Nombre y direccion del plan de seguro: \_\_\_\_\_

#### Secundaria

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Esta asegurada del paciente?  Si  No

Fecha de Nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Iniciales

Direccion del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Calle Cuidad Estado Codigo Postal

Nombre del Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
Calle Cuidad Estado Codigo Postal

Relacion del paciente con el seguro:  Individual  Esposo/a  Niño/a  Otro \_\_\_\_\_

Nombre y direccion del plan de seguro: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para Servicios

Como condicion para su tratamiento en esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse con anticipacion. La practica depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su atencion y la responsabilidad financier por parte de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento.

Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos, deben pagarse en efectivo en el momento en que se realizan los servicios.

Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales prestados se cobran directamente al paciente y que el o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudara a preparar los formularios de seguro de los pacientes o ayudara a realizar cobros de las companias de seguros y acreditara dichos cobros a la cuenta del paciente. Sin embargo, este consultorio dental no puede brindar servicios bajo el supuesto de que nuestros cargos seran pagados por una compania de seguros.

Se cobrara un cargo por servicio del 1 1/2% mensual (18% annual) sobre el saldo impago en todas las cuentas que excedan los 60 dias, a menos que se cumplan acuerdos financieros previamente escritos.

Entiendo que la tarifa estimada indicada para esta atencion dental solo se puede extender por un period de seis meses a partir de la fecha del examen del paciente..

En contraprestacion por los servicios profesionales prestados a mi, o a mi solicitud, por el Doctor, acepto pagar por lo tanto el valor razonable de dichos servicios a dicho Doctor, o su cesionario, en el momento en que se presten dichos servicios, o dentro de los cinco (5) dias de facturacion si se desea extender el credito. Ademas, acepto que el valor razonable de dichos servicios sera el facturado a menos que yo lo objete por escrito, dentro del plazo para el pago de los mismos. Ademas, acepto que una renuncia a cualquier incumplimiento de cualquier momento o condicion a continuacion no contituira una renuncia a cualquier termino o condicion adicional y, ademas, acepto pagar todos los costos y honorarios razonables de abogados si se inicia una demanda en virtud del presente.

Le doy permiso a usted o a su cesionario para que llamen por telefono a mi casa o a mi trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario.

He leído las condiciones de tratamiento y pago anteriores y acepto su contenido..

Fecha: \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor

Fecha: \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_  
Firma del garante del pago/responsable

## Formulario de Consentimiento para Tratamiento Dental Pediátrico

Como profesionales de la salud, es necesario que informemos a nuestros pacientes y padres de todos los posibles tratamientos y técnicas que utilizamos en nuestra consulta. Lea este formulario detenidamente y haga cualquier pregunta que no le quede clara o que no comprenda.

***Esto es solo para informarle sobre los tipos de servicios que brindamos, que varían de un niño/a otro según sus necesidades. SIEMPRE le informaremos sobre todos y cada uno de los tratamientos que se completarán antes de prestar CUALQUIER servicio. El cuidado de su hijo/a es nuestra principal prioridad.***

1. Marque sus iniciales al lado de cada elemento para confirmar que ha leído y comprendido cada elemento que se enumera a continuación y que se consciente de que estos son solo servicios que ofrecemos y que estos servicios y técnicas NO SON NECESARIAMENTE algo que su hijo/a necesitara:

- Limpieza dental, aplicación de fluor y radiografías, según sea necesario.
- Aplicación de selladores a fisuras dentales.
- Restauración de dientes rotos o empastes
- Tratamiento de dientes o encías infectados
- Extracción de 1 o más dientes
- Uso del “control por voz” para captar la atención de su hijo durante los procedimientos dentales
- Uso de una “manta de seguridad” para proteger a su hijo/a de lesiones durante ciertos procedimientos
- Uso de anestésicos locales
- Uso de fármacos sedantes para el control del nerviosismo o comportamiento negativo
- Uso de óxido nítrico para ayudar a reducir la ansiedad
- Uso de sedación oral y riesgos asociados a este tipo de anestesia
- Sensibilidad, hematomas, náuseas, vómitos, aspiración, hinchazón, sangrado, infección, entumecimiento, reacción alérgica, accidente, cerebrovascular, ataque cardíaco, y muerte son posibles complicaciones de CUALQUIER procedimiento dental. Algunas de estas complicaciones pueden requerir hospitalización. Las complicaciones graves son EXTREMADAMENTE raras.

Aunque siempre se esperan los mejores resultados, no hay forma razonable de anticipar complicaciones. Por lo tanto, no es posible garantizar los resultados, ni la curación, del tratamiento. Aunque la ocurrencia es remota, se sabe que algunos riesgos están asociados con los procedimientos dentales. Debemos mencionar lo siguiente: daño al Sistema nervioso central, reducción o pérdida de función de órganos internos y extremidades, así como cicatrices desfigurantes. Entiendo y acepto que ciertas complicaciones pueden ser fatales o requerir intervención médica y que el personal de Wild West Children’s Dentistry antepone la seguridad de nuestros pacientes a cualquier otra cosa.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor

## Política de Procedimientos de Seguridad Infantil

**Muy frecuente los padres preguntan porque no pueden permanecer con sus hijos durante el procedimiento dental. Para que usted pueda entender un poco mejor, le damos estas cinco razones:**

1. El comportamiento del niño es más controlable sin la presencia de los padres.
2. Un niño que esta sedado requiere la atención completa del Doctor y los asistentes. Si hay personas en el cuarto pueden distraer al paciente y al Doctor.
3. Si están los padres en el cuarto, muchas veces hacen más despacio el tratamiento con las preguntas, preocupaciones, y sugerencias. Debido a algunos procedimientos, muchas personas llegan a vomitar o a desmallarse por lo que ven.
4. El niño debe saber que el doctor es una figura autoritaria. Cuando hay otros adultos o padres en el cuarto, no le hacen caso al doctor y a los asistentes.
5. Los cuartos son chicos y contienen equipos muy sensibles y costosos.

Permitiremos que **uno** de los padres esté presente con el paciente para exámenes / limpiezas y algunas citas de tratamiento. No permitiremos que los padres estén presentes para sedación o anestesia general (sin excepciones). Si el padre tiene otros hijos que no se pueden dejar desatendidos en la sala de espera, tendremos que pedirle a los padres que esperen con ellos.

Somos una oficina dedicada al trato de calidad de los niños; Por favor, sepa que nuestra misión de oficina es tratar a cada niño como si fueran nuestros. Seguimos los mismos procedimientos parentales independientemente del nivel de sedación requerido.

*Gracias por entendernos.*

*“Wild West Children’s Dentistry”*

Su firma significa que usted ha leído y entendido la póliza mencionada arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

# Política Financiera

## Seguros y pagos de pacientes

Si nos ha informado a "Wild West Children's Dentistry" de la póliza de seguro que tiene, con gusto procesaremos sus formularios por usted. En su primera cita con nosotros, con gusto le daremos una **estimación** de lo que cubrirá su seguro y cuál será su parte de desembolso. Su porción **estimada** vencerá en el momento en que se presten los servicios. Su **compañía de seguros** deja muy claro que **no garantizará ningún pago** hasta que los servicios se hayan facturado y revisados. Recuerde que nuestros contratos para los servicios dentales de su hijo/a son con usted y no con su compañía de seguros. Permitimos 45 días a partir de la fecha del servicio para que su compañía de seguros realice el pago. Después de este período, esperaremos el pago total de cualquier servicio dental impago. Si tiene más de una póliza dental, proporcione todas o todas las pólizas dentales. Como su seguro podría denegar las reclamaciones si no se presentan todas las pólizas en el momento del servicio.

## Empastes

Los empastes compuestos o "blancos" son el único tipo de empastes que se realizan en Wild West Children's Dentistry. Es posible que su seguro solo le brinde el beneficio de los empastes de amalgama o "plata". Esto significa que usted será responsable de la diferencia, o la diferencia de costo en dólares, entre los dos. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre esta cobertura.

## Citas canceladas/perdidas

Nos reservamos el derecho de cobrar \$25.00 por citas canceladas o perdidas sin previo aviso con 24 horas de anticipación.

## Cargos Financieros

Nos reservamos el derecho de cobrar un cargo financiero del 1.5% mensualmente sobre cualquier saldo pendiente impago durante 30 días.

## Política de Cobranza

Nos reservamos el derecho de asignar cualquier cuenta dental impaga durante más de 90 días a una agencia de cobranza. Al garante, o padre, se le permiten 3 declaraciones escritas y al menos una llamada, por ley. Si no se llega a un acuerdo de pago después de los intentos de contacto, todos los cargos impagos, incluidos los cargos por pagos atrasados o financieros, se asignarán a una agencia de cobranza. Es posible que se aplique una tarifa de cobro adicional del 37%. Además, se acuerda que el garante, o el padre, será responsable de todos los cargos financieros, costos de cobranza, honorarios de abogados y cualquier otro costo en el que se pueda incurrir para hacer cumplir el cobro de cualquier monto pendiente.

## Política de devolución de Cheques

Nos reservamos el derecho de cobrar \$35.00, o el monto máximo permitido por la oficina del Fiscal General del Estado de Arizona, por todos los cheques NSF devueltos a Wild West Children's Dentistry.

**Al firmar a continuación, acepto haber leído y comprendido claramente todas las políticas anteriores.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo

Fecha: \_\_\_\_\_

## **Aviso de Practicas de Privacidad**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.

Nuestro compromiso aqui en Wild West Children's Dentistry es server a nuestros pacientes con profesionalismo y atencion, asegurandonos en todo momento de PROTEGER la privacidad y seguridad de toda la informacion medica protegida.

Durante el trancurso de la prestacion de servicios a sus intereses, puede ser necesario compartir informacion con otros proveedores de atencion medica o socios comerciales. Los siguientes son ejemplos de casos en los que se puede compartir informacion.

Durante el tratamiento, podemos considerer necesario consultar con un laboratorio dental. Para fines de pago, podemos utilizar el servicio de faturacion. Durante el cuidado dental, es possible que necesitemos consultar con su medico o dentist anterior. Para fines de pago, debemos proporcionar la informacion solicitada a su compaÑia de seguro dental.

Aqui en Wild West Children's Dentistry estamos comprometidos a obedecer todas las leyes y regulaciones federales, estatales y locales con respeto a las practicas de privacidad. Si se necesita algun uso de la divulgacion, distinto de los enumerados anteriormente, la informacion solos se divulgara con la autorizacion por escrito de las personas en cuestion. El individuo, segun lo dispuesto por la ley, podra revocar escrita autorizacion escrita en cualquier momento.

Si tiene preguntas o comentarios sobre su informacion medica protegida, no dude en comunicarse con nuestro gerente de oficina al (602) 418-1599.

**He leído y entiendo el AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD anterior.**

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor



### **Consentimiento De Sellador**

Los selladores ayudan a prevenir la carie (caries) en las fosas y surcos de los dientes posteriores.

No previenen las caries en todas las superficies del diente. El cepillado y el uso de hilo dental adecuados siguen siendo necesarios, o se pueden desarrollar caries. Utilizamos material (sellador) que se adhiere química y micromecánicamente a la estructura dental. También libera pequeñas cantidades de flúor que aumenta la resistencia de los esmaltes a las bacterias y tiene propiedades antibacterianas.

#### **Beneficios potenciales de los selladores:**

1. Prevención de caries en superficies de mordida de dientes posteriores.

#### **Los riesgos incluyen, entre otros, los siguientes:**

1. Reemplazo cada pocos años, que comúnmente se necesita pero que puede no estar cubierto por el seguro dental.
2. Rotura de selladores, lo cual es común con ciertos hábitos como masticar hielo u otros alimentos duros.
3. Pérdida prematura de selladores, que puede ser causada por bruxismo (rechinar los dientes).
4. Daño a los dientes y/o tejidos adyacentes.

**En la visita dental de hoy, se evaluará al paciente y, si es candidato para los selladores, se completarán en este momento. Entiendo que la dieta y la higiene bucal de mi hijo influirán en la longevidad de los selladores dentales. Se pueden formar caries alrededor de los selladores. Es posible que mi Seguro dental no cubra el reemplazo.**

Nombre del padre/tutor:

Nombre del paciente:

---

---

Firma del padre/tutor:

Fecha:

---

---