Patient Information/ Información Del Paciente

First Name /Primer Nombre	M.I	Last Name/ Apellido	DOB/ Fecha de Nacimiento	Sex/ Sexo	Age/ Edad

Address/ Dirección	City/ Ciudad	State/ Estado	Zip Code/ Código Postal

SSN/ Seguro Social	Cell Number/ Número de Celular	Other Phone #/ Otro # de Tel.	Email Address/ Correo electrónico

Pediatrician Name/ Nombre del Pediatra	Pediatrician's #/ Número de Telefono del Pediatra	Pediatrician's Address/ Dirección del Pediatra

Nearest Relative/ Pariente más cercano	Phone #/ Numero de Teléfono	Relationship to Patient/ Relación con el Paciente

Responsible Party (Mother/ Father) Personas Responsables (Madre/Padre)

Name/ Nombre	DOB/ Fecha de Nacimiento	SSN/ Seguro Social	Relationship to Patient/ Relacion al Paciente

Name/ Nombre	DOB/ Fecha de Nacimiento	SSN/ Seguro Social	Relationship to Patient/ Relacion al Paciente

Patient Medical History/ Historial Médico del Paciente

YES/NO

O O ADHD/ ADD
O O Asthma/ Asma
O O Autism/ Autismo
O O Heart Murmur: If yes, Do you require premedication? Soplo Cardiaco, Si contesta si, ¿Requiere premedicación antes de su tratamiento dental?
O O Heart Surgery/ Cirugía del Corazón
O O Artificial joints or Implants/ Collonturas artificiales o Implantes dentales
O O Excessive Bleeding/ Sangrado excesivo
O O Thyroid/ Tiroides
O O Diabetes/ Diabetes
O O Bone Disorders/ Trastornos óseos
O O Hepatitis or Liver Problems/ Hepatitis o Enfermedad del hígado
O O TB/ Tuberculosis
O O AIDS/HIV VIH/ SIDA
O O Speech Problems/ Problemas del Habla
O O Ulcers/ Úlceras
O O High blood Pressure/ Alta presión
O O Radiation or Chemo Therapy. Tratamiento de radioterapia o quimioterapia
O O Sinusitis
O O Herpes/ Herpes
O O Migraine or headaches/ dolores de cabeza/ migrañas
O O Kidney Problems/ Problemas o condición renal(es)
O O Depression/ Depresión
O O Down Syndrome/ Síndrome de Down
O O Sickle Cell/ Célula Falciforme
O O Epilepsy/ Seizures/ Epilesia o Convulsiones
- If yes, when was the last episode/ Si su contestación es si, cuándo fue el último episodio

_____

O O Do you grind your teeth? ¿Rechina los dientes?
O O Do you suck your thumb, lip, or tongue? ¿Se chupa el dedo, los labios o la lengua?
- O Skin Conditions/ Condiciones de la piel

_____

O O Fever within the last 24 hours/ ¿Ha tenido fiebre en las últimas 24 horas?
O O Other Condition not Listed/ Alguna otra condición no mencionada

_____

O O Allergies to Latex/ Alergias al Latex
O O Allergies to Medications/ Alergias a medicinas

_____

O O Other Allergies/ Alguna otra alergia no mencionada?

_____

○ ○ Is the Patient taking any Medications? ¿Está tomando algun medicamento?

_____

Last Cleaning? Fecha de su última limpieza dental?

_____

Dental Concerns at this time/ ¿Tiene alguna otra condición dental que le preocupa?

_____

Medical Consent/ Para Recibir Atención Médica

I give my consent to needed dental services, local anesthetics, nitrous oxide (laughing gas) and use of proper and acceptable methods to complete same and accept responsibility of the payment of services rendered to _____ (Patient's Name). I also certify that the above information is complete and accurate.

Doy mi consentimiento para recibir los servicios dentales necesarios, anestesia local, óxido nitroso (gas de la risa), y el uso de métodos apropiados y acceptables. Acepto también la responsabilidad del pago de los servicios prestados a _____ (nombre del paciente). También certifico que la información es completa y exacta.

Signature (firma) _____ Relationship to patient (relación al paciente) _____ Date(fecha) _____

FOR OFFICE USE ONLY

I have reviewed the patient's information form and did not find any discrepancies

Dentist Signature _____ Date_____

SIX MONTH RECALL UPDATE

PLEASE REVIEW THE ABOVE INFORMATION AND IF THERE ARE NO CHANGES IN THE MEDICAL HISTORY, PLEASE SIGN BELOW
(Revise la información anterior, si no hay ningún cambio en el historial medico por favor firme abajo)

Signature_____ **Relationship to patient** _____ **Date**_____ **Dentist Initial**_ _____ **Hygienist Initial** _____
Firma Relación con el Paciente Fecha

Signature_____ **Relationship to patient** _____ **Date**_____ **Dentist Initial**_ _____ **Hygienist Initial** _____

Firma Relación con el Paciente Fecha

Signature_____ **Relationship to patient** _____ **Date**_____ **Dentist Initial**_ _____ **Hygienist Initial** _____
Firma Relación con el Paciente Fecha

Vital Smiles GA 1030 A WEST GORDON AVE, ALBANY GA, 31701 TELÉFONO: 229-432-9555 FAX: 229-432-0907

Vital Smiles GA 60000 SINGLETON RD. SUITE 315, NORCROSS GA, 30093 TELÉFONO: 770-248-9069 FAX: 470-552-1864

AVISO PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ENTIENDO QUE BAJO LA LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MÉDICO DE 1996 (HIPPA, por sus siglas en inglés), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica.

Derechos del paciente

Acceso: usted tiene derecho a revisar u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este Aviso, para obtener una explicación completa de tiempo y tarifas correspondientes.

Registro de divulgación: usted tiene derecho a recibir un registro de las veces en que nosotros o nuestros asociados han divulgado su información de salud con la excepción de información sobre tratamiento, pagos, cirugías y otras actividades durante los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si usted solicita este registro mas de una vez en un periodo de 12 meses, nosotros podemos hacerle un cargo razonable basado en el costo por proveer copias adicionales.

Restricciones adicionales: usted tiene derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero acataremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

Enmiendas: Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su información de salud (su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información). Bajo ciertas circunstancias su solicitud puede ser denegada.

Aviso electrónico: Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, usted tiene el derecho a recibir este Aviso también por escrito.

He recibido, leído y entiendo este Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que, de tiempo en tiempo, esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento para obtener una copia actual del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente: **_____ Relación con el paciente_____**
Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Preguntas y Quejas

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica, puede presentarnos una queja utilizando la información de contacto que se encuentra al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si usted lo solicita, le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Reconocemos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja.

Funcionario de contacto: Shianna Scruggs Oficina: 229-432-9555 Fax: 229-432-0907
Oficina en Albany: 1030 A West Gordon Ave, Albany, GA 31701

Funcionario de contacto: Hetal Patel Oficina: 770-248-9059 Fax: 770-248-9130
Oficina en Norcross: 6000 Singleton R. Norcross, GA 30093

Autorización para divulgación adicional: Certifico que soy el "representante personal de" (generalmente el padre o tutor) y tengo autoridad legal para tomar decisiones de atención médica sobre el siguiente menor:
Nombre del paciente: _____
Como el "representante personal" de (el paciente mencionado anteriormente), autorizo a las siguientes personas para que acompañen a mi hijo y tengan acceso a la información de salud y tomen decisiones con respecto al tratamiento.
Nombre: _____Relación: _____
_____ _____
_____ _____

_____ _____
Representante personal (padre/madre/tutor legal) Fecha

FOR OFFICE USE ONLY
I have reviewed the patient information form and did not find any discrepancies.
Front Desk initials _____Date_____Hygienist Initials_____Date_____Dentist Initials_____Date_____

En Vital Smiles Georgia PC, nos complace el tener la oportunidad de satisfacer las necesidades dentales de su hijo. Para que su hijo sea aceptado como paciente en nuestra oficina, le pedimos que lea cuidadosamente y firme el siguiente acuerdo.

• Entiendo que debo tener un formulario vigente de VITAL SMILES GA PC en cada visita para que se pueda atender a mi hijo.

• Entiendo que, si no cancelo o cambio una cita con 24 horas de anticipación, es posible que no pueda reprogramar la cita con Vital Smiles Georgia PC.

• Si no me pueden contactar porque el teléfono está desconectado o hubo un cambio de dirección, yo soy responsable de confirmar mi cita con Vital Smiles Georgia PC 24 horas antes de la misma; de lo contrario, se le asignará mi espacio a otro paciente.

• Entiendo que soy responsable de notificar a Vital Smiles Georgia PC de cualquier cambio en mi dirección o número de teléfono.

• Entiendo que un padre o tutor debe acompañar a mi hijo.

• Entiendo que se requiere mi presencia en la oficina mientras mi hijo recibe tratamiento y que debo permanecer en el edificio en TODO MOMENTO.

• Entiendo que soy responsable de notificar a Vital Smiles Georgia PC de cualquier otra cobertura de seguro para mi hijo.

• Entiendo que soy responsable de cualquier cargo que no esté cubierto por mi seguro debido a la frecuencia, a cualquier procedimiento no aprobado o falta de cobertura.

o Ejemplos:

No se cubrirá una radiografía panorámica (de boca completa) si se realizó una toma en otro consultorio dental en los últimos tres años.

Los exámenes de emergencia, durante el horario de oficina, solo se cubren dos veces al año. El padre o tutor será responsable del pago de cualquier otro examen de emergencia durante el resto del año.

Cualquier procedimiento que no esté cubierto debe ser pagado en cada visita antes de someterse al mismo, pero no sin antes ser discutido con usted.

Al firmar, estoy de acuerdo y entiendo completamente los términos establecidos en este contrato. Si en algún momento no cumplo con estos términos, mi hijo no podrá recibir los servicios dentales de Vital Smiles Georgia PC.

Padre o tutor: _____ Fecha: _____

Nuestra intención es que toda la atención brindada a cada niño que se someta a nuestros procedimientos dentales sea de la mejor calidad posible. El brindar una atención de alta calidad a veces puede ser muy difícil, o incluso imposible, debido a la falta de cooperación de algunos pacientes. Entre los comportamientos que pueden interferir con la provisión adecuada de atención dental de calidad están: hiperactividad, movimientos de resistencia, negarse a abrir la boca, el no mantener la boca abierta por el tiempo necesario para realizar el tratamiento dental e incluso resistencia agresiva y/o física al tratamiento, como patear, gritar y agarrar la mano del dentista/higienista, o los instrumentos afilados. Se hará todo lo posible para obtener la cooperación de los niños/infantes mediante la demostración de afecto, amistad, persuasión, humor, encanto, amabilidad, dulzura y comprensión.

Métodos utilizados:

1. **Explique/muestre/acción**: el dentista o asistente le explica al niño lo que debe hacer usando terminología simple y repetición. Luego, se le demuestra al niño cómo va a ser el procedimiento utilizando los instrumentos en un modelo o en el dedo del niño o del dentista. Luego, el procedimiento se realiza en la boca del niño como se describe. Se utiliza el elogio para reforzar el comportamiento de cooperación.
2. **Refuerzo positivo**: esta técnica premia al niño que muestra cualquier comportamiento que sea el deseable. Las recompensas incluyen felicitaciones, elogios, palmaditas en la espalda, un abrazo y un premio.
3. **Control de voz**: cambiar el tono o aumentar el volumen de la voz se obtiene la atención de un niño que está alterado. El contenido de la conversación es menos importante que la naturaleza abrupta o repentina del comando.
4. **Accesorios para la boca**: se coloca un dispositivo de goma o plástico en la boca del niño para evitar que se cierre cuando el niño se niega o tiene dificultades para mantener la boca abierta.
5. **Mano sobre la boca**: al niño que está inquieto y gritando se le dice que se colocará una mano sobre su boca. Cuando la mano está en su lugar, el dentista habla directamente al oído del niño y le dice que, si deja de gritar, se le retirará la mano. Entonces se elogiará al niño por su cooperación. Si se reanuda el mismo comportamiento, la mano se coloca nuevamente sobre la boca del niño y se repite el ejercicio.
6. **Restricción física por el dentista**: el dentista impide que el niño se mueva manteniendo presionada la mano o la parte superior del cuerpo del niño, estabilizando la cabeza del niño entre el brazo y el cuerpo del dentista o colocando al niño firmemente en el sillón dental.
7. **Restricción física por el asistente**: el asistente impide que el niño se mueva sujetando la mano del niño, estabilizando la cabeza o controlando los movimientos de las piernas.
8. **Uso de camisa de fuerza**: los niños se envuelven como en una “sábana” para limitar el movimiento de las manos del niño y prevenir lesiones. Esto permite que el dentista pueda administrar el tratamiento necesario. El niño se envuelve y se coloca en una silla dental reclinada.
9. **Óxido nitroso**: el óxido nitroso es un agente sedante seguro y efectivo que se mezcla con oxígeno y se inhala a través de una pequeña máscara que se coloca sobre la nariz para ayudarlo a relajarse. El óxido nitroso, también conocido como el "gas de la risa", se ofrece para ayudar a que su hijo se sienta más cómodo durante los procedimientos dentales.
10. **Cámara fotográfica digital**: el uso de la cámara es para fines de diagnóstico y evaluación adicionales y para procedimientos. A veces, los hallazgos de los rayos-X no son suficientes para mostrarnos cuál sería el mejor tratamiento preventivo.

* TENGA EN CUENTA QUE SÓLO UNO DE LOS PADRES PUEDE ACOMPAÑAR AL NIÑO / NIÑO.

Nota: si no está de acuerdo con los métodos mencionados anteriormente, déjenos saber para que podamos hablar con usted acerca de ellos, pero tenga en cuenta que es posible que no se pueda completar ningún trabajo dental en su hijo si no tomamos las medidas necesarias para asegurar un entorno seguro.

He leído la información anterior y entiendo las técnicas de manejo de los pacientes de odontología pediátrica y doy mi consentimiento para su uso.

Firma: _____ Fecha_____

FORMULARIO DE AUTORIZACION
USO DE SELLADORES DENTALES

ES NUESTRO OBJETIVO EL PROPORCIONAR UN SERVICIO EXCELENTE CUMPLIENDO CON LAS NECESIDADES DENTALES DE SU HIJO, INCLUYENDO LOS TRATAMIENTOS PREVENTIVOS.

¡LOS SELLADORES DENTALES SON UN TRATAMIENTO PREVENTIVO QUE OFRECEMOS A NUESTROS PACIENTES!

¿QUÉ ES UN SELLADOR DENTAL? ES UNA BARRERA PROTECTORA QUE ES COLOCADA EN LOS SURCOS Y FISURAS EN LOS DIENTES DE LOS NIÑOS. ESTAS EVITAN QUE LA COMIDA Y LAS BACTERIAS PUEDAN CAUSAR CARIES.

SU HIJO PUEDE SER ELEGIBLE PARA ESTOS SELLADORES DENTALES DESPUÉS DE SU LIMPIEZA EN LOS MOLARES PERMANENTES Y SI NO TIENE CARIES O RESTAURACIÓN DENTAL (EMPASTES).

POR FAVOR SELECCIONE UNO DE LOS SIGUIENTES:

o SÍ, OTORGO PERMISO PARA COLOCAR SELLADORES DENTALES A MI HIJO(A), SI ES ELIGIBLE.
o NO, NO DESEO SELLADORES DENTALES EN LOS DIENTES DE MI HIJO(A).

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: _____

FECHA: _____