



LAKE SIDE

PEDIATRIC DENTISTRY

HISTORIA de SALUD

Creemos que para servir mejor la salud dental de su niño, debemos entender a su hijo en el contexto más amplio en su historia social y médica. Por favor, ayúdenos en contestar las siguientes preguntas. Tenga en cuenta que todas las historias de salud se mantienen en estricta confidencialidad entre nuestro equipo. Llenar ambas páginas del formulario.

Nombre del niño (Apellido, Nombre) _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ Apodo _____ Peso _____

Médico del niño _____ Teléfono _____

Su niño esta bajo cuidado por alguna condición medica? (Si / No) _____

Están sus vacunas al día? (Sí / No / No está seguro) Fecha _____

Algún medicamento (Si / No) _____

Alergias: Látex (Si / No) El metal (Si/ No) Alimentos (Si/No) Lista: _____

Reacción a las alergía anteriores: _____

Alergias a medicamentos (si/no) Lista: _____

Reaccion a las alergies anteriores: _____

Su niño ha tenido o ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes:

(Si) (No)

- ___ ___ Anemia
- ___ ___ Enfermedad de Sangre
- ___ ___ Transfusiones de Sangre
- ___ ___ Moretones Fácilmente
- ___ ___ Hemofilia
- ___ ___ Rasgo de Células Falciformes

(Si) (No)

- ___ ___ Sida / VIH
- ___ ___ Cáncer o Neoplasia
- ___ ___ Enfermedades Crónicas
- ___ ___ Diabetes
- ___ ___ Epilepsia
- ___ ___ Hepatitis, Enfermedad Hepática
- ___ ___ Enfermedad Renal
- ___ ___ Trasplante _____

Dentist's Notes

HEALTH HISTORY REVIEWED

- No Concerns
- Medical Alert
- Allergy

PreMed _____

Call MD _____

Doctor's Initials _____

(Si) (No)

- ___ ___ Asma
- ___ ___ Problemas Respiratorios
- ___ ___ Cirugía de Corazón
- ___ ___ Soplo en el Corazón
- ___ ___ Presión Arterial Alta
- ___ ___ Fiebre Reumática

Ultima visita al Cardiólogo: _____

(Si) (No)

- ___ ___ Defectos de Nacimiento
- ___ ___ Abuso
- ___ ___ Conmoción Cerebral
- ___ ___ Problemas de Crecimiento
- ___ ___ Nacimiento Prematuro
- ___ ___ Cirugía _____
- ___ ___ Síndrome _____

(Si) (No)

- ___ ___ Artritis
- ___ ___ Hueso /Problema TMJ
- ___ ___ Dolores de Cabeza
- ___ ___ Trastorno Metabólico
- ___ ___ Trastorno Muscular

(Si) (No)

- ___ ___ Lesión Cerebral
- ___ ___ Retrasos en el Desarrollo
- ___ ___ Problemas de Audiencia y / o del Habla
- ___ ___ Hiperactividad / TDA / TDAH
- ___ ___ Trastorno Neurológico
- ___ ___ Autismo _____

Existen otras condiciones que necesitamos saber? _____

Su niño ha tenido alguna vez una lesión traumática en la cabeza? _____

Su niño ha tenido alguna vez una lesión traumática de los dientes? _____

Continuación de la Historia de Salud- Por favor, conteste basándose en la edad de su niño:

1. Historia de la alimentación (edad 0- 2.5 años)
Mi niño fue: ____ alimentados con pecho ____ alimentados con biberón ____ combinación
El biberón se presento a la edad de ____
Uso del biberón: ____todavía lo usa ____lo dejo de usar (A que edad?____)
2. Higiene Bucal (edades 0-9 años):
Ha recibido instrucciones sobre cómo limpiar los dientes de su niño? ____Si, __No
Mi niño se cepilla ____veces al día. Un adulto (____supervises, ____ayuda, ____cepilla, ____ninguno).
Mi niño usa el hilo dental (____ todos los días, ____ de vez en cuando, ____ ninguno).
3. El uso de fluoruro (todas las edades):
Cuándo comenzó a utilizar pasta de dientes?_____ ¿Cuántas veces al día? _____
Quién aplica la pasta de dientes al cepillo? ____ niño, ____ adulto
Nuestra fuente principal de agua (Sí / No / No está seguro) contienen fluoruro.
4. Hábitos (todas las edades):
Mi niño (____ hace, ____ no hace) chupar (____ dedos, ____ chupón).
Cuándo, dónde y con qué frecuencia? _____ Detenido a la edad: _____
5. Historia Dental (todas las edades):
Hay algún antecedente en su familia de:
____ maloclusiones (mala mordida), ____ falta de dientes, ____dientes adicionales, ____Otro (explique _____
6. La historia familiar (todas las edades):
La madre y el padre viven juntos? ____ Sí ____ no
Es su niño adoptado? ____ Sí ____ no En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
Favor de explicar cualquier situación de la familia los cambios recientes (divorcio, separación, muerte, etc.), y tener en cuenta cuando su hijo ha presentado este cambio: _____
Está su niño recibiendo alguna terapia o ayuda adicional en cualquier área? _____
7. Referencia (todas las edades):
Cómo se enteró de nuestra oficina? (Nombre o los medios de comunicación responsables de referencia):

Cuál es la razón principal de la visita de hoy? _____

CONSENTIMIENTO: Es necesario, porque su hijo es menor de edad, obtener autorización de un padre / madre / tutor legal antes de que el tratamiento se lleve a cabo. La firma del padre o tutor da continuación autoriza la realización de todos de acuerdo sobre el tratamiento dental y el uso de esos métodos al mismo caso. Este consentimiento permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que se cancele por cualquiera de las partes. Además, firmante se compromete a ser responsable de cualquier pago por este niño para el tratamiento dental, independientemente de la cobertura de seguros.

Asimismo, el firmante consiente el uso de acuerdo a las radiografías, modelos de compro, fotografías o cualquier otra ayuda de compromiso utilizados para los propósitos educativos. Entiendo perfectamente este consentimiento y no tienen más preguntas.

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS: Mi firma indica que he dado autorización a Lakeside para usar fotos o videos de mi hijo(os) en su material educacional y promociona. También entiendo lo siguiente 1.) La persona en la fotografía no será identificada por nombre en ninguna publicación. 2.) No espero ningún pago por el uso de la fotografía. Por favor marque los medios siguientes que no nos autoriza a usar: La pagina Web Facebook Pared de fotos de Lakeside La aplicación de Lakeside

CONCENTIMIENTO PARA MESSAGE: Mi firma indica que le he dado permiso a Lakeside a (por favor marque todas las que apliquen)
 Mensajes de voz (en todos los números proveídos) Mensaje de texto Mensajes electrónico acerca de la cita dental de sus hijos.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

COMPROMISO ALA CITA

Para mejor responder alas necesidades de nuestros pacientes y sus familias, somos un "consultorio dental puntual" cuando hace una cita para su hijo, dos eventos ocurren: 1) Sostenemos la hora de la cita en nuestro libro de citas y 2) Confiamos en que llegara a tiempo para esa cita. Si usted llega tardea una cita, haremos nuestro mejor esfuerzo para acomodarlos en nuestro calendario. Sin embargo puede ser necesario reprogramar su cita. Por favor tenga en cuenta que si pierde 3 o más citas puede resultar en la destitución de nuestra practica.
Nuestras horas de oficina son Lunes a Jueves 8:00- 5:00 PM y Viernes 8:00 al medio día. (Nuestra oficina está cerrada de 12:00- 1:55 PM de Lunes a Jueves) Si tiene alguna necesidad para hacer una cita, preocupaciones o preguntas en relación con su cuenta, por favor no dude en llamarnos: (970) 223-8687.

Información del Padre o Tutor legal

Fecha: _____

Persona responsable (Tutor financiero de la cuenta)

Padre/ guardián que trae al niño alas citas & firma el papeleo. Esta no necesariamente es la persona que tiene la seguridad.

Nombre: _____
Apellido Nombre segundo nombre

Estado civil _____ Relación al Paciente: _____

Residencia: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ # SS: _____ - _____ - _____ Ocupación: _____

Empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Personas autorizadas por el Tutor de tener acceso a la información financiera protegida con respecto a su cuenta y/o buscar tratamiento para su hijo.

Todas las personas autorizadas deben identificarse al personal

Nombre del otro padre: _____
Apellido Nombre Segundo

Estado civil _____ Relación al Paciente: _____

Correo electrónico al: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Otros: _____ Número de Teléfono: _____
Apellido Nombre Segundo Relación al Paciente: _____

Otros: _____ Número de Teléfono: _____
Apellido Nombre Segundo Relación al Paciente: _____

Firma: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del seguro _____ Número de Teléfono _____

Número de identificación del suscriptor _____ Número de grupo _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección de la Compañía de Seguro _____

Nombre de Empleador _____ Es un seguro primario _____ o Secundaria _____

INFORMACION DE EMERGENCIA

A quién debemos contactar en caso de una emergencia (que no sea padre o tutor): _____

Relación al Paciente: _____ Teléfono de casa: _____

Celular: _____ Otro: _____

Dirección: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Por favor lea la información cuidadosamente si tiene alguna pregunta, por favor pregunte a uno de los administradores financieros.

Como condición para el tratamiento por esta oficina, todas las cuotas se deben pagar en el momento del servicio. Con mucho gusto aceptamos efectivo, cheques personales y tarjetas de crédito para el pago de su cuenta. Habrá un cargo de \$25 en todos los cheques devueltos. Para su comodidad, también trabajamos con Care Credit.

Por favor pregunte a un administrador financiero acerca de este plan de financiación externos.

_____ Explicación sobre los seguros Dentro de la Red y cómo manejarlo:

Inicial Estamos en la red con Anthem Blue Cross Blue Shield Dental Completa el 100, 200 y 300, Cigna, Delta Dental, MetLife, Principal / Ameritas, Medicaid de Colorado y CHP+.

Usted tiene dos opciones de pago.

La primera opción: Usted paga en su totalidad, con efectivo, cheque o tarjeta de crédito o débito. (No aceptamos cheques con fechas posteriores). Lakeside lo someterá a su seguro como una cortesía a usted y la aseguradora le reembolsara directamente.

Opción dos: estimaremos lo más cerca posible su parte, la que paga el día de servicio y dejar una tarjeta de crédito / débito en los archivos de nuestro Chequeo Expreso. Su tarjeta de crédito o débito, será usada para pagar la porción estimada el día del servicio y si hay algún balance después de recibir el pago de su a seguridad. Le pediremos que mantenga una tarjeta actualizada en nuestro sistema. Usted recibirá una explicación de beneficios, mostrando cuanto cubrió su seguro, nosotros recibimos un cheque de su aseguradora, si necesitamos reembolsar o cobrar algún balance, lo haremos en la tarjeta en nuestros archivos.

En Lakeside sabemos de la sensibilidad del problema que envuelve el robo de identidad. Nuestro nivel de seguridad está a la altura y excede los requerimientos de HIPPA y nuestro sistema de computadoras está equipado con lo último en tecnología anti virus. Cuando procesamos la información de su crédito, su tarjeta solo muestra los últimos 4 dígitos, de acuerdo a la ley estatal. Nuestra tecnología al día nos permite rastrear su pago efectivamente y con exactitud asiendo todo mucho más simple y sencillo para usted y su familia.

_____ Explicación sobre los seguros fuera de la Red y cómo manejarlo:

Inicial Fuera de la Red simplemente significa que Lakeside no tiene contrato con su compañía de seguro y consecuentemente no están bajo contrato para pagar de acuerdo con nuestros honorarios programados. Usted será responsable a pagar por el porcentaje restante al igual que algún balance no cubierto por los honorarios programados. **La opción anterior también aplica a los seguros fuera de la Red.**

Inicial Su compañía de seguros es requerida por el Comisionado de Seguros de Colorado para procesar los pagos o rechazar todas las reclamaciones dentro de 30 días. Le garantizamos la presentación precisa basada en la información que usted nos proporciona. Después de 60 días, si su compañía de seguros no ha reembolsado a nuestra oficina, la responsabilidad vuelve a usted para pagar en los siguientes 10 días después de recibir nuestro estado de cuenta. Los saldos no pagados dentro de 60 días será objeto de colección. **Nota: Nuestra relación es con usted, no su compañía de seguros. Por lo tanto, todos los cargos son en última instancia su responsabilidad, independientemente de su estatus de seguro.**

Trabajar con compañías de seguro puede ser difícil. Después de 30 días si la compañía de seguros no a pagado nosotros. Los contactaremos en su representación y reenviaremos lo que sea necesario. Después de 60 días todos los cargos se vuelven responsabilidad del padre o tutor del niño. Si la aseguradora necesita alguna acción de su parte, nosotros los contactaremos inmediatamente.

En consideración de los servicios profesionales prestados a mi hijo, estoy de acuerdo en aceptar responsabilidad por el pago de tales servicios, y estoy de acuerdo en pagar todos los costos legales, incluyendo gastos de cobranza y honorarios de abogado si no puedo pagar mi cuenta. Le concedo el permiso a usted, o su asignado, llamar por teléfono a mi casa o en mi trabajo para discutir asuntos relacionados con esta forma. He leído y estoy de acuerdo con las condiciones anteriores de tratamiento.

(Firma del padre o tutor)

(Fecha)

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE QUE HA RECIBIDO EL A VISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

He recibido el Aviso Sobre Las Practicas de Privacidad de esta consulta escrito en lenguaje claro. El aviso provee en detalle los usos y las revelaciones de la informacion protegida de mi salud que puede ser hecha por esta consulta, mis derechos individuales y las tareas legales de la consulta con respecto a la informacion protegida de mi salud. El Aviso incluye:

- Una declaracion de que esta consulta es requerida por ley a mantener la privacidad de la informacion protegida de mi salud.
- Una declaracion que esta consulta es requerida acatarse a los mandates del aviso que actualmente esta en vigor.
- Tipos de usos y revelaciones que esta consulta es permitida hacer para cada una de los siguinetes propositos: tratamiento, pago y operaciones de salud.
- Una descripcion de cada uno de los otros propositos para lo cual esta consulta es permitida o requerida hacer.
- Una descripcion de otros usos y revelaciones que seran hechas solamente con mi autorizacion escrita y que puedo revocar tal autorizacion.
- Mis derechos individuales con respecto a la informacion protegida de salud y una descripcion breve de como puedo ejercitar estos derechos con relacion a:
 - El derecho de denunciar a esta consulta y al Secretario de Servicios de Salud y Humanos si creo que los derechos de mi privacidad han sido violados, y que ninguna accion de represalia sera usado contra mi en el evento de tal denunciacion.
 - El derecho de pedir restricciones sobre ciertos usos y revelaciones de la informacion protegida de mi salud, y que esta consulta no es requerida de estar de acuerdo a un pedido de restriccion.
 - El derecho de recibir comunicaciones confidenciales de la inforacion protegida de mi salud.
 - El derecho do inspeccionar y copiar la informacion protegida de mi salud.
 - El derecho de enmendar la informacion protegida de mi salud.
 - El derecho de recibir un informe o revelaciones de la informacion protegida de mi salud.
 - El derecho de obtener una copia del Aviso sobre las Practicas de Privacidad de esta consulta si lo pido.

Esta consulta reserva el derecho de cambiar los terminos de este Aviso Sobre las Practicas de Privacidad y hacer nuevas provisiones que entraran en vigor para toda la informacion protegida de salud y sus mantenimientos. Entiendo que puedo obtener este Aviso actual Sobre las Practicas de Privacidad de esta consulta si lo pido.

FIRMA _____ **FECHA** _____

Relacion al paciente (si es firmado por un representante personal del paciente)