



WEST VALLEY PEDIATRIC DENTISTRY

Informacion del Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha _____
 Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____
 Numero de Telefono _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo Masculino Femenina
 Numero de cell _____ Correo electronico _____ @ _____

Parfavor ponga sus iniciales si NO le gustaria recibir recordatorios de su cita por via e-mail o texto.

____ No me gustaria recibir textos o email recordatorios de mi cita

Informacion Madre/Padre o de Guardian

Padre

Nombre Completo _____
 Fecha de Nacimiento _____
 Domicilio _____
 Estado _____ C.P. _____
 Empleador _____
 SS# _____ NL# _____
 Nombre de la persona financieramente responsable para pagos _____
 *Contacto de Emergencia _____

Madre

Nombre Completo _____
 Fecha de Nacimiento _____
 Domicilio _____
 Estado _____ C.P. _____
 Empleador _____
 SS# _____ NL# _____

Insurance

(Informacion de seguro medico tiene que ser llenado si quiere que le cobremos al seguro por los servicios)

Primario

Titular de Poliza _____
 Compania del Seguro Medico _____
 Direccion _____
 Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
 Numero Telefonico _____
 Numero de Poliza _____

Secundario

Titular de Poliza _____
 Compania del Seguro Medico _____
 Direccion _____
 Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
 Numero Telefonico _____
 Numero de Poliza _____

Como escucho de nuestra oficina?

- o Google/Internet
- o Amigo/Familiar (Porfavor ponga nombre para poder agradecerlos!) _____
- o Paginas amarillas
- o Copones Mailer
- o Otro _____

A lo mejor de mi conocimiento todas las respuestas son verdad y correctas. Tan pronto hay algun cambio de informacion de mi hijo(a) o la mia yo le informare a esta oficina.

Firma del Padre o Guardian

Fecha



Nombre de paciente _____

INFORMATIVO SOBRE CONSENTIMIENTO

YO COMPRENDO que, en el tratamiento dental a MENORES, existen posibles y riesgos tales como, pero se limitan a los siguientes, incluyendo el entendimiento de que no se han hecho promesas ni garantizamos resultados ni tampoco se esperan dichas promesas o garantías.

1. El tratamiento de menores a menudo presenta problemas especiales: Acaso el problema más difícil es controlar al menor a fin de prevenir una lesión accidental producto de que el niño realice movimientos abruptos o descontrolados durante el tratamiento. En algunos casos, podría recomendarse un medicamento para sedar al niño con anterioridad al tratamiento. Adicionalmente, podrían ser necesarios varios dispositivos restrictivos a fin de asegurar la seguridad del niño antes del tratamiento.
2. Adormecimiento: Se presentará un adormecimiento de la lengua, los labios, dientes, mandíbulas y/o tejidos faciales como resultado de la administración de un anestésico local que podría persistir luego del tratamiento. Durante este periodo de adormecimiento, el niño deberá ser monitoreado constantemente y deberá recordarse evitar mordirse o masticar sus labios o lengua. Si el adormecimiento durara más de 24 horas, deberá notificar a nuestra oficina de inmediato.
3. Rellenos dental: Se disuelve en el Relleno del diente y si no se trata, dará lugar a un absceso dental que cause el dolor y la infección. DR. Bailey removerá la parte podrida y debilitada del diente y reemplazarlo con material del color del diente para fortalecer el diente. Un anestésico local puede ser utilizado para insensibilizar la zona tratada durante uno o dos horas. Al firmar este documento entiende que esta oficina no puede ofrecer empastes de plata, y si el seguro se cobra, el paciente puede ser responsable por cualquier diferencia en el costo.
4. Coronas de Acero Inoxidable: Si un diente está muy destruido por la caries, un relleno no se quedará en su lugar. Por lo tanto, un diente se recorta por los lados y una corona preformada o tapo se coloca sobre el diente para protegerlo de la ruptura. Por otra parte, en cualquier momento una pulpotomía (ver descripción más abajo) se realice una corona de acero inoxidable, tendrá que ser colocada. Al igual que con los rellenos, usualmente se trata con un anestésico local para ayudar al niño a permanecer cómodo por una o dos horas.
5. Susceptibilidad de caries: Debido a la delgadez del esmalte de los dientes caducos del niño, a la tendencia de los niños a consumir dulces en exceso, la dificultad para cepillarse y usar hilo dental con regularidad, etc., a menudo se presentan, en los dientes infantiles, caries de gran tamaño y con gran rapidez. Es necesario un cuidado especial para evitar estos problemas. Como medidas preventivas, están el uso de tratamientos con flúor, de tapaduras, cepillado y uso de seda dental exhaustivos, control de la dieta y revisiones dentales periódicas.
6. Fractura a quebradura: Debido a la fragilidad de los dientes caducos es, a menudo, difícil retener las tapaduras, en especial las más grandes, sin importar qué tan bien hayan sido colocadas. Si el niño tiene problemas reteniendo las tapaduras o si las caries son, en su inicio, demasiado grandes, podría ser aconsejable la colocación de coronas de acero inoxidable en los dientes a fin de preservarlas hasta que puedan ser exfoliadas normalmente.
7. Pulpotomía: Debido a la delgadez del esmalte, las grandes cavidades de pulpa (nervios) y el rápido avance de la caries (decaimiento) en la dentadura caduca, el dentista podría necesitar taladrar al interior de la cavidad de la pulpa durante la remoción de la caries. Al ser expuestas la pulpa o el nervio, la extracción podría a menudo evitarse a través de un tratamiento en que el tejido de la pulpa en la parte superior del diente es removido y reemplazado con varios materiales de relleno, y el diente es preservado para mantener el espacio y la capacidad de masticación hasta que el diente permanente reemplace al diente caduco. Este procedimiento es llamado pulpotomía. En ocasiones, sin importar cuán bien sea realizado, los dientes tratados podrían infectarse y requerir extracción.
8. Abscesos: Los dientes caducos son particularmente susceptibles de ser afectados por una condición llamada absceso. Los abscesos pueden ocurrir si ha existido la invasión de una caries profunda en el diente causando que el tejido de la pulpa se infecte. El diente usualmente está muy adolorido y/o se presenta hinchazón en los tejidos cercanos a la raíz del diente. Usted deberá contactarse con nuestra oficina si ello ocurre. En general no se practican pulpotomías como se describió más arriba en dientes con absceso y se consideraran otras alternativas.
9. Extracción y mantenimiento del espacio: En ocasiones es imposible salvar un diente. En tales casos, la única alternativa es la extracción. Dependiendo de la necesidad de mantener el espacio para la erupción de los dientes permanentes, podría ser necesario insertar unos aparatos llamados mantenedores de espacio. Dichos mantenedores de espacio podrían ser fijos o removibles.
10. Responsabilidad: Yo reconozco que es mi responsabilidad contactar inmediatamente a esta oficina si cualquiera de los resultados adversos antes mencionados u otros ocurriesen como consecuencia del tratamiento. Es también mi responsabilidad establecer citas y cumplirlas, y seguir las instrucciones que se me han dado a fin de mantener la salud dental apropiada de mi hijo.

Nombre de paciente _____

Padre/Guardian iniciales _____ Fecha _____



WEST VALLEY PEDIATRIC DENTISTRY

Oficina Financiera Politicas y de la verdad en la declaracion federal de prestamos

Como condicion para su tratamiento en esta consulta, los arreglos financieros deberan realizarse de antemano. Nuestra oficina depende, para mantenerse viable, de los reembolsos de nuestros pacientes por los costos incurridos durante su tratamiento. Por lo tanto, la responsabilidad financiera de parte de cada paciente debera ser determinada antes del tratamiento. Todos los servicios de emergencia dental o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos, deberan ser pagados en efectiva al momento de la rendición de dichos servicios.

SEGURO DENTAL: Es su responsabilidad conocer la cobertura de su seguro. Los pacientes que tienen seguro dental comprenden que todos los servicios proporcionados son cobrados directamente al paciente y que él o ella son personalmente responsables por el pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar las formas para el seguro de nuestros pacientes o asistirá en la recolección de parte de las compañías de seguro y pandrá el resultado de tales cobros en la cuenta del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no podrá brindar servicios bajo la suposición de que nuestros costos serán pagados en su totalidad por la compañía de seguro. Los balances de mas de 60 dias seran exigidos a usted directamente, y sus reembolsos deberan ser solicitados a su seguro por sus propios medios.

CARGOS: Un cargo de \$50.00 se le aplicara por cambio de cita o cancelacion hecho con menos de 48 horas de aviso. Nos reservamos el derecho de no admitir a pacientes en nuestra práctica luego de dos (2) modificaciones o cancelaciones en sus citas. Un recargo por servicio de 5% mensual se aplicará a cuentas impagas a partir de (30) freita días luego de la fecha del servicio. Un recargo de \$30.00 se le aplicará por los cheques o débitos rebotados.

COLECCIÓN: Como acto de consideración hacia los servicios profesionales entregados a mi hijo de parte del dentista, o por petición más, estoy de acuerdo en pagar la tarifa por dichos servicios al dentista o su personal asignado, al momento de la entrega de aquellos. Además estoy de acuerdo con pagar el balance remanente más los recargos por costos legales razonables, costos de la corte y la comisión de 40% del balance en mora para la agencia de cobros, si la cuenta fuese asignada a una agencia de cobros o a un abogado. Autorizo la publicación de información identificable respecto a mi cuenta, incluyendo cargos facturados, pagos hechos y los recargos tasados por interés, etc. a la agencia de cobros del dentista o su abogado, si ocurriese que dichos procedimientos de cobro fuesen necesarios.

Concedo permiso para que uste o su persona asignada me telefonen a mi hogar o al trabaja para discutir asuntos relacionados con este formulario. Además estoy de acuerdo con dejar que esta oficina deje mensajes sobre mis citas y en mi contestadora o con un miembro de mi familia.

Este acuerdo sustituye cualquier otro acuerdo previo, incluyendo toda mediación o acuerdos de mediacion/arbitramiento. You reconozco que cualquier acuerdo de mediacion o mediación/arbitramiento firmado previamente en relación con arreglos financieros o con la calidad del servicio serán nulos o inválidos.

Yo autorizo al dentista o sus designados la publicación de información financiera identificable, descripciones e información sobre tratamientos, ya sea en forma electronica, a través de un fax o en papel havia mi compañía de seguro o cualquier entidad relacionada que requiera de tal información.

You reconozco que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de esta oficina. Estoy de acuerdo con revelar al dentista los nombres de todos los individuos a quienes he autorizado para que él discuta mi cuidado dental con ellos. Por la siguiente, acato las condiciones descritas en este documentos.

X _____
Firma del Padre o Guardian

Fecha

TECNICAS PARA MANEJAR EL COMPORTAMIENTO

Yo autoriza al Dr Bailey a que use su juicio para decidir cuando una técnica de manejo del comportamiento en particular send necesaria para obtener la cooperación de mi hijo. La cooperación es necesaria a la hora de realizar procedimientos dentales para obtener un resultado seguro en el tratamiento. Yo entrego mi consentimiento escrita para la práctica de los siguientes procedimientos cuando sean necesarios.

Explicar-Mostrar-Hocer

Esta técnica es usada para explicar lo que se espera de cada visita. Explicomos lo que será practicado, mastramos cómo se horá y luego hacemos lo que se ha explicado. Se utilizan premoios para reforzar el comportamiento positivo.

Control de la Voz

Ganamos la atencion de un niño con comportamiento disruptivo mediante el cambio o incremento en el tono de la voz por parte del dentista, sin que ello llegue al enajo.

Restricció

Activa: restricció por parte del personal a fin de proteger al niño de lesionarse durante el procedimiento dental. El dentista o su equipo sostienen al niño tomándole de las manos, la cabeza, los brazos o las piernas a fin de prevenir movimientos peligrosos.

Pasiva: se restringe al niño con un "Pedi-wrap" para prevenir lesiones si éste no quiere cooperar, de modo que reciba el tratamienta necesario.

Óxido Nitroso

Rutinariamente se administra Óxido Nitroso (gas hilarante) a los niños que sufren de ansiedad a través de una mascara de gas que se coloca sobre la nariz del niño. Ella le permitirá a su hijo relajarse pera na la hara dormir. Los efectos de dicho tratamiento se disiparán luego de que la mascara es removida, en aproximadamente 5 minutos.

Sedación/Sala de Operaciones

Si no podemos obtener la cooperacion de su hi jo mediante los procedimientos descritos, el Dr. Bailey recomendará tratamiento bajo sedtivos o anestesia general. Ello se hará en una visita diferente y será discutido con usted en mayor detalle, de ser recomendado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas en relación con el tratamiento de mi hi jo y he recibido respuestas satisfactorias. Voluntariamente asumo todos los riesgos posibles, incluidos pero sin limitarse a a aquellos explicados más arriba, e incluido el riesgo de daño sustancial de haberlo, el cual padría asociarse con cualquier fase de este tratamiento, cuya intención es la de obtener los resultados potenciales deseados. Que pueda que si o no puedan ser logrados. Promesas ni garantías se dan sobre resultados. Los costos por este servicio me han sido explicados y son satisfactorios. Al firmar este documenta, Yo declaro que he leído y entendido toda la información expresada mas arriba y que doy mi consentimiento escrito e implicito para ser tratado por la oficina de West Valley Pediatric Dentistry del doctor Samuel B. Bailey o asiados.

Consentiminto de Usa y divulgacion De Informacion de Salud de Privacidad HIPP

He tenido la opertunida de leer y considerado el contenido de este consentimiento y aviso de la oficina de privacidad. You entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, le estoy dado mi consentimiento para el uso de esta oficina y divulgación de mi información de salud protegida por llevar a cabo el tratamiento actividades de pagos, y las ociones de cuidado de salud.

X _____
Firma del Padre/Guardian Legal

Fecha