



FORMULARIO PARA LOS PACIENTES NUEVOS

El tutor legal del niño(a) debe llenar este formulario. Al llenar este formulario completamente, nos está ayudando a proveerle a su hijo(a) la atención dental más agradable, segura y eficiente. ¡Muchas gracias!

¿Cómo se enteró de nosotros? Marque todo lo aplicable y escriba el nombre de quién lo remitió o amigo(a) para darle las gracias. Búsqueda en Google Facebook Doctor que lo remitió
 Familia/amigo: _____ Otro: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL NIÑO(A)

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____
Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono para recordarle las citas: _____ Nombre de la escuela: _____ Grado: _____
Nombres de los hermanos(as) y edades: _____ ¿Con quien vive el niño(a)? _____

Padre o madre/Tutor legal #1: _____ Fecha de nacimiento: _____
Teléfono de la casa: _____ Trabajo: _____ Móvil: _____ Custodia legal Sí No
Relación con el niño(a): _____ Número Seguridad Social: _____
Misma dirección que el niño(a) Sí No → Mi dirección es: _____
Correo electrónico: _____ Empleado por: _____

Padre o madre/Tutor legal #2: _____ Fecha de nacimiento: _____
Teléfono de la casa: _____ Trabajo: _____ Móvil: _____ Custodia legal Sí No
Relación con el niño(a): _____ Número Seguridad Social: _____
Misma dirección que el niño(a) Sí No → Mi dirección es: _____
Correo electrónico: _____ Empleado por: _____

Contacto para emergencias: _____ Teléfono: _____ Relación con el niño(a): _____

Persona responsable del pago de la cuenta: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número Seguridad Social: _____
Empleado por: _____ Relación con el niño(a): _____
Teléfono de la casa: _____ Trabajo: _____ Móvil: _____

Motivo de la visita dental del niño(a): _____
Comentarios adicionales o preguntas que pueda tener: _____

A veces, para entablar conversación con los niños, hablamos de las próximas fiestas, protagonistas de dibujos animados, el Ratón (Pérez). ¿Está de acuerdo? Sí No

¿Hay algo en particular de lo que le guste hablar al niño(a) para que se sienta más cómodo? _____



HISTORIAL DENTAL DEL NIÑO(A)

¿Es ésta la primera visita dental del niño(a)? Sí No → ¿Quién vio al niño? ¿Cuándo? ¿Cómo le fue?

¿Le han hecho al niño(a) radiografías dentales en los últimos seis meses? No Sí

¿Le preocupa algo de la salud dental del niño(a)? No Sí → Describa, por favor: _____

¿En la actualidad, está teniendo el niño(a) problemas dentales? No Sí → _____

¿Con qué frecuencia le cepilla los dientes al niño(a)? _____

¿Usted da el consentimiento para radiografías dentales si es necesario para la visita de hoy? Sí No

¿Usted da el consentimiento para el fluoruro en la visita de hoy? Sí No

¿Usa el niño(a) pasta de dientes con fluoruro? No Sí

¿Le ayuda un adulto al niño(a) a cepillarse los dientes? No Sí → ¿Con qué frecuencia? _____

¿Le ayuda un adulto al niño con la seda dental? No Sí → ¿Con qué frecuencia? _____

¿Le sangran las encías al niño(a) al cepillarse? No Sí

¿Bebe el niño(a) agua de la ciudad? No Sí

¿Fue amamantado el niño(a)? No Sí → ¿A qué edad se le dejó de amamantar? _____

¿Qué bebidas y alimentos consume el niño(a) *diariamente*? Marque todo lo aplicable que aparece abajo:

- Gatorade/Bebidas deportivas Jugo Sodas con gas/energéticas Agua embotellada Agua del grifo
 Leche Leche con sabores Agua con gas Frutos secos/pasas Barras de cereal
 Gomas/Gomas de vitamina Snacks de fruta/roll-ups de fruta Galletas dulces/saladitas

¿Ha experimentado el niño(a) cualquiera de lo que aparece abajo? Si el hábito ha parado, ¿a qué edad fue?

- Chupón Chuparse el dedo Chuparse el dedo gordo Comerse las uñas Otro: _____

Edad: _____

¿Ha llevado puesto el niño(a) alguna vez un aparato de ortodoncia? No Sí

¿Tiene el niño crujidos o chasquidos en la mandíbula? (TMJ/TMD)? No Sí

¿Se pone el niño(a) un protector de boca para hacer deporte? No Sí

¿Le salen a su niño(a) úlceras o fuegos en la boca? No Sí *Explique:*

¿A alguien de la familia le salen úlceras o fuegos en la boca? No Sí → _____

¿A alguien de la familia le falta algún diente? No Sí → _____

¿Ha heredado el niño(a) algún problema dental que usted sepa? No Sí → _____

¿Ha tenido el niño alguna lesión dental (por golpe/diente fracturado, labio magullado, etc.)? No Sí → _____



HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO(A)

¿En la actualidad, está su hijo(a) recibiendo atención médica de un médico? No Sí → Último examen médico: _____ Nombre del pediatra/Clinica: _____

¿Están las vacunas del niño(a) al día? Sí No

¿Ha sido hospitalizado su hijo(a) alguna vez? No Sí →

¿Ha recibido su hijo(a) anestesia general? No Sí →

¿Ha necesitado su hijo(a) tratamiento especial por haber sangrado excesivamente? No Sí →

¿Ha sido diagnosticado su hijo(a) con un problema o soplo cardíacos que necesitara un tratamiento especial? No Sí →

Si ha contestado "sí" a cualquiera de las cuatro preguntas anteriores, describa la razón o procedimiento y complicaciones: _____

¿Usa su hijo(a) productos de tabaco? No Sí

¿Es su hijo(a) adoptado(a)? No Sí → ¿A qué edad? _____

¿Tuvo un embarazo y parto sin complicaciones? Sí No → Explique, por favor: _____

¿Sufre de **alergias** su hijo(a)? Marque lo aplicable:

A alimentos Ibuprofeno/Motrin Lanolina Penicilina Caucho/Latex Estacionales Plata Sulfa Lana Otro: _____

Por favor, haga una lista de los **medicamentos** que su hijo(a) está tomando actualmente, incluidas las vitaminas y suplementos o remedios holísticos: _____

¿En los últimos dos años, ha tomado su hijo(a) medicamentos o drogas? No Sí → _____

¿Tiene su hijo(a) alguno de estos **problemas médicos**? Marque lo aplicable:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Déficit de atención e hiperactividad | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Espina bífida |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad riñón | <input type="checkbox"/> Problemas estómago |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio | <input type="checkbox"/> Enfermedad hígado | <input type="checkbox"/> Úlceras en estómago |
| <input type="checkbox"/> Trastorno espectro autista | <input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre | <input type="checkbox"/> Problema cardíaco | <input type="checkbox"/> Respiración por la boca | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad corazón | <input type="checkbox"/> Trastorno nervioso | <input type="checkbox"/> Deficiencia visual |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Deficiencia nutritiva | <input type="checkbox"/> Embarazada: ¿Fecha del parto? _____ |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Trastorno siquiátrico | <input type="checkbox"/> Cáncer: ¿Tipo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Paladar hendido | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Problema respiratorio | <input type="checkbox"/> Quimioterapia: ¿Cuándo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Discapacidad mental | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica | <input type="checkbox"/> Radiación: ¿Cuándo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Mareos/desmayo | <input type="checkbox"/> Latidos irregulares | <input type="checkbox"/> Problemas sinusitis | <input type="checkbox"/> Embolia cerebral: ¿Cuándo? _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Ronquidos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Epilepsia o ataques: ¿Último ataque? _____ ¿Frecuencia? _____ ¿Medicamento? _____

Asma: ¿Último ataque? _____ ¿Uso frecuente del inhalador? _____ ¿Tiene inhalador de rescate con usted? _____

Carolina Pediatric Dentistry



E. LaRee Johnson, DDS, MS, FAAPD & Clark L. Morris, DDS
Diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry

North Raleigh/Wake Forest **Downtown Raleigh**
2800 Wakefield Pines Dr, Ste 110 510 Glenwood Ave, Ste 110
Raleigh, NC 27614 Raleigh, NC 27603

www.CarolinaPedo.com · T 919-570-0180 F 919-570-0280 · L-V 6:45am-5pm

Entiendo que aportar información imprecisa puede ser peligroso para la salud de mi hijo(a). Certifico que he leído y entendido la información que aparece arriba. Reconozco haber contestado correctamente las preguntas que aparecen arriba y que las he contestado lo mejor posible y que todas las preguntas que he tenido me han sido contestadas satisfactoriamente. No haré responsable ni a mi dentista ni a ningún miembro del personal de la clínica de errores u omisiones que yo haya podido hacer al llenar este formulario.

Su nombre en letra de imprenta: _____ Su relación con el niño(a): _____

Firma del tutor legal: _____ Fecha: _____

Doctor Signature: _____ Date: _____



ASESORAMIENTO AL PACIENTE Y SU CONSENTIMIENTO: RECIBIR TRATAMIENTO DENTAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

He visitado Carolina Pediatric Dentistry para recibir servicios dentales durante la pandemia de COVID-19. Por favor, tenga en cuenta lo siguiente: Nuestra oficina sigue las recomendaciones de control de infecciones hechas por la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés), los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los EE. UU. (CDC, por sus siglas en inglés) y la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA, por sus siglas en inglés). Estamos considerados como un servicio esencial y siempre seguimos la estricta guía de la Junta de Examinadores Dentales del Estado de Carolina del Norte. Nuestro equipo efectúa, a su leal saber y entender, no han estado expuestos al virus. Todos los uniformes se lavan en el área y los zapatos permanecen dentro de las instalaciones. Estamos minimizando el número de personas y las interacciones entre ellas en todo momento para mejores prácticas en mitigación de riesgos. Sin embargo, dado que somos un lugar de acceso al público, otras personas (incluidos otros pacientes) podrían estar infectados, con o sin su conocimiento.

Por favor, conteste estas preguntas de evaluación para garantizar la salud y la seguridad de su hijo(a), los niños y las familias a las que servimos, así como a nuestro equipo en Carolina Pediatric Dentistry:

1. ¿Se siente mal, con CUALQUIERA de los siguientes síntomas: fiebre en las últimas 24-48 horas, tos seca, dolor de garganta, dificultad para respirar, secreción nasal, náuseas / vómitos, diarrea, dolores de cabeza inexplicables, erupción?

- | | |
|--------------------------|---|
| a. ¿Usted (tutor legal)? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| b. ¿Su hijo(a)? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

2. ¿Ha estado en contacto cercano* con una persona con síntomas o con una infección confirmada de gripe o coronavirus, COVID-19?

- | | |
|--------------------------|---|
| a. ¿Usted (tutor legal)? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| b. ¿Su hijo(a)? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

*El contacto cercano se define como estar, por más de unos minutos, a 6 pies o menos de un paciente con síntomas que tosa o estornude.

Entiendo que los esfuerzos de Carolina Pediatric Dentistry están orientados a minimizar la propagación de COVID-19. **Entiendo** que mi propio riesgo de exposición y el de mi hijo(a) al coronavirus no pueden eliminarse cuando salimos de la seguridad de nuestro hogar. **Me comprometo** a contactar a Carolina Pediatric Dentistry si mi hijo o yo desarrollamos síntomas consistentes con COVID-19 o confirmamos positivo a COVID-19 dentro de las 48 horas posteriores a nuestra visita.

Padre/Madre/Tutor legal

Fecha



POLÍTICA FINANCIERA Y DE PROGRAMACIÓN DE CITAS DE NUESTRA CLÍNICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor, tenga en cuenta las guías financieras de la Clínica Dental Pediátrica de los doctores Johnson y Morris.

Por favor, no se ponga en contacto con su compañía de seguros para verificar la cobertura. Usted es responsable del saldo total. El padre/madre o tutor legal que trae al niño(a) a sus citas dentales es responsable del pago de la cuenta. Por favor, hable con nuestro especialista en seguros dentales o con nuestro encargado de la clínica, si tiene alguna pregunta.

Necesitará presentar su tarjeta del seguro en su primera visita dental y en las visitas siguientes. Se le pedirá que pague la cantidad completa, si no tiene la tarjeta del seguro en su primera visita. Aceptamos dinero en efectivo, Visa, MasterCard, Discover, Care Credit y cheques personales. Si nos devuelven su cheque personal porque no tiene suficientes fondos, tendrá que pagar la cantidad de \$25 por carga de servicio.

He leído y entiendo esta política del seguro. Asimismo, autorizo a mi compañía de seguros a que envíe los pagos directamente a Johnson & Morris PLLC y entiendo que soy responsable de todos los saldos restantes. Si no dispongo de cobertura de seguro dental, entiendo que soy responsable del pago completo en cada visita.

Firma

Fecha

Numero de licencia y Estado

Por favor, tenga en cuenta las normas de programación de citas de la Clínica Dental Pediátrica de los doctores Johnson y Morris. Le pedimos que cancele o vuelva a programar la cita, por lo menos, con 24 horas de antelación. Como gesto de cortesía por nuestra parte, generalmente llamamos para confirmar todas las citas y enviamos tarjetas para recordárselo, pero no se lo podemos garantizar. Si el niño(a) falta a una cita o si usted no vuelve a programarla o a cancelarla, por lo menos, con 24 horas de antelación, recibirá una carta para recordárselo. Si el niño(a) falta a una tercera cita, no se le podrá ver más en nuestra clínica.

Firma del padre/madre/Tutor legal

Fecha



SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Un tutor legal debe llenar este formulario. Por favor lea este formulario cuidadosamente. Si no entiende algo a su satisfacción, por favor pida una aclaración.

1. Solicito y autorizo tratamiento dental para mi hijo(a) por la Dra. Johnson, y el Dr. Morris, y equipo.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

2. Soy el tutor legal del niño(a) mencionado(a) arriba. _____ (Iniciales)
3. **Entiendo** que tendré la suficiente oportunidad para hablar la afección/problema(s) dental(es) del paciente, los procedimientos y el tratamiento planificados, y los beneficios que se esperan razonablemente de este plan de tratamiento, en comparación con enfoques alternativos y/o ningún tratamiento por parte de la Dra. Johnson, el Dr. Morris, y equipo.

3a. Además, solicito y autorizo la toma de radiografías dentales, el uso del anestésico local y tópico, el uso de fluoruro y el uso de óxido nitroso/oxígeno, según se considere necesario para tratar la(s) necesidad(es) dentales de mi hijo(a).

3b. **Entiendo** que todas mis preguntas serán respondidas a mi satisfacción, y consiento el tratamiento y los procedimientos prescritos para el paciente en el plan de tratamiento. **Entiendo** que puedo revocar este consentimiento para el tratamiento en cualquier momento, y que no se iniciará ninguna otra acción basada en este consentimiento, excepto en la medida en que el tratamiento y los procedimientos ya se hayan realizado o iniciado.

4. Es inusual, pero es posible que ocurra cualquiera de los siguientes riesgos o complicaciones, que incluyen, entre otros: la posibilidad de dolor o molestias durante el tratamiento, inflamación, infección, sangrado, lesión a los dientes adyacentes y tejido circundante, desarrollo de un trastorno de la articulación temporomandibular, entumecimiento temporal o permanente y reacciones alérgicas.
5. **Entiendo** que, durante el curso del tratamiento dental del paciente, puede surgir algo inesperado que tal vez requiera procedimientos adicionales o diferentes a los indicados en el plan de tratamiento del paciente y que seré consultado antes de iniciar los procedimientos de tratamiento no indicados. Estoy consciente de que la práctica de la odontología no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han garantizado los resultados concernientes al tratamiento dental que mi hijo(a) recibe en este consultorio de CPD.
6. **Entiendo** que el objetivo de este consultorio dental es llevar a cabo el tratamiento dental a través de calidez, amabilidad, persuasión, humor, encanto, gentileza, amabilidad y comprensión. **Entiendo** que el tratamiento para niños incluye esfuerzos para guiar su comportamiento ayudándoles a comprender el tratamiento en términos apropiados para su edad. El comportamiento se guiará usando elogios, explicaciones y demostraciones de procedimientos e instrumentos utilizando un tono de voz y volumen variables.
7. **Entiendo** que si mi hijo(a) no coopera durante los procedimientos dentales con movimiento de la cabeza, brazos y/o piernas, el tratamiento dental no se puede proporcionar de manera segura. Durante dicho comportamiento disruptivo, puede ser necesario que el/los asistentes(s) y/o el médico sostengan las manos del paciente, establezcan la cabeza y/o controlen los movimientos de las piernas para su seguridad. También entiendo que el uso rutinario de las "almohadas dentales" (accesorios para la boca) puede ser necesario para asegurar que un niño no cierre accidentalmente sus dientes mientras tiene un instrumento en la boca que podría dañarlos. También entiendo que los accesorios para la boca a veces son necesarios si un niño(a) se niega a abrir su boca. _____ (Iniciales)



- 7a. **Entiendo** que llorar es una respuesta común para los niños antes o durante el tratamiento dental o en cuanto ven a sus padres. **Entiendo** que la única forma en que puedo garantizar que mi hijo no llorará o estará descontento durante el tratamiento dental es si yo elijo que su tratamiento se complete en la sala de operaciones bajo anestesia general.
- 7b. **Además, entiendo** que si mi hijo(a) no coopera durante los procedimientos dentales con movimientos excesivos del cuerpo, es posible que el paciente necesite ser envuelto en una “manta o cobija que abraza” llamada Pediwrap para evitar lesiones y permitir que la Dra. Johnson y/o el Dr. Morris y el equipo puedan proporcionar el tratamiento necesario de manera segura. Se me consultará antes del uso de Pediwrap.
8. De acuerdo con la ley Federal de Privacidad (HIPAA, por sus siglas en inglés), entiendo que los dispositivos electrónicos personales están prohibidos en las áreas de atención al paciente. **Entiendo** que los miembros del equipo de CPD pueden usar una cámara clínica designada para fotos del paciente que cumplan con HIPAA a petición mía.
9. Con el propósito de avanzar en la educación médico-dental, **doy permiso** para el uso de fotografías clínicas, videos y/o radiografías del paciente con propósitos diagnósticos, científicos, educativos, de certificación o de investigación.
10. **Autorizo** la toma de fotografías de mi hijo(a) con una cámara clínica designada para fines de propaganda y publicidad (es decir, sitio web, Facebook, materiales impresos, etc.): Sí No
11. **Doy permiso** para que mi hijo vea **cualquier película animada de Disney clasificada como G (audiencia general) o PG (con orientación de los padres)**: Sí No
12. **Política de comportamiento familiar: Entiendo** que CPD tiene una política de “no tolerancia” para lo siguiente: conducta abusiva, blasfemias/insultos, imágenes groseras, comportamiento amenazante o agresivo, y/o latrocinio. Esto se aplica a pacientes, otros familiares/visitantes, equipo de CPD y dentistas pediátricos. No hay más advertencias, segundas oportunidades o excepciones para una violación. Una violación resultará en la transferencia inmediata de atención a un nuevo hogar dental de mi elección. Estoy comprometido(a) a mantener este ambiente sano y familiar para niños pequeños impresionables.
13. **Política de vacunación: Entiendo** que CPD requiere vacunas actualizadas para cada miembro del equipo, dentista pediátrico y paciente registrado, a menos que se presente documentación de un proveedor médico que detalle otras razones médicas. **Entiendo** que abandonar la seguridad de mi hogar aumenta el riesgo de mi hijo(a) y mi propio riesgo de contraer enfermedades transmisibles para las cuales no hay vacunas, incluida la infección por COVID-19 de Sars-CoV-2.
14. **Confirmo** que soy el tutor legal del niño(a) al que se hace referencia en la página opuesta. **También confirmo** que he leído este formulario o que me lo han leído, y que lo entiendo. **También confirmo** que todos los espacios en blanco fueron llenados y que cualquier párrafo que no se aplica fue eliminado antes de que yo firmara abajo.

Firma de la persona consintiendo al tratamiento

Fecha

Relación con el paciente

Team Signature: _____ **Date:** _____



RECONOCIMIENTO DE LA PRIVACIDAD DE NUESTRA PRÁCTICA

Yo he leído y entendido esta Nota de Privacidad de las Prácticas de esta oficina.
Especialmente yo entiendo que mi información de salud está protegida y será usada para:

- Conducir, planear y dirigir el tratamiento mío (o el de mi hijo(a)) y con los otros proveedores de salud quien pueden estar envueltos en ese tratamiento.
- Obtener el pago (e.g. compañías de seguro agencia de colección, y compañías que procesan cheques)
- Conducir cuidado normal de operaciones como revisando los registros del paciente

Yo también entiendo que esta práctica de negocios usualmente usa un cuarto abierto para la mayor parte de tratamiento, manda mensajes para recordarle de las citas de limpieza de cada seis meses, y confirma las citas dos días antes de las citas. Por favor, marque las cajas apropiadas abajo si usted quiere algo diferente de lo que son las prácticas usuales de este negocio:

- No usen el cuarto abierto para el tratamiento del paciente. Hagan todas las citas para el cuarto VIP (privado). Yo entiendo que esto puede limitar mi habilidad de hacer citas ya que solo hay un cuarto privado para recibir tratamiento en esta oficina.
- No llamen para confirmar las citas. Yo entiendo que si falto citas resultará en ser despedido de esta oficina.
- No manden mensajes electrónicos a mi teléfono móvil para confirmar las citas. Yo entiendo que si falto una cita puede resultar en ser despedido de esta oficina.
- No manden correo electrónico para confirmar las citas. Yo entiendo que si falto citas resultará en ser despedido de esta oficina.

Nombre del paciente: _____

Nombre del padre/madre/tutor legal: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Relación con el paciente: _____



AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN

Personas que pueden recibir información. Indique la persona que pueda recibir información sobre su hijo/a.	Tipos de información que podemos compartir. Marque cada caja abajo si la persona a la izquierda puede recibir la información sobre su hijo(a).
<input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Teléfono móvil: _____ <input type="checkbox"/> Mensaje de voz: _____	<input type="checkbox"/> Antes de tratamiento/medico <input type="checkbox"/> Otra _____
Nombre(s) de los padres: X _____	<input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/> Medico
Nombre(s) de los abuelos o otro miembro de la familia: X _____	<input type="checkbox"/> Financiero o medico <input type="checkbox"/> Puede firmar para tratamiento
Marca la caja a la derecha para decir si podemos compartir radiografías con otros doctores cuando estamos haciendo tratamiento con ellos.	<input type="checkbox"/> Marca aquí a dar autorización a usar correo electrónico (este tipo de correo electrónico es seguro). Entiendo que es raro, pero posible que otras personas pueden ver los mensajes electrónicos.
Nombre de la pediatría/medico de atención primaria para enviar correspondencia en referencia a la cita dental del paciente: X _____	<input type="checkbox"/> Marca aquí a dar autorización a usar correo electrónico y fax (este tipo de correo electrónico es seguro). Entiendo que es raro pero posible que otras personas pueden ver los mensajes electrónicos.



Información de la paciente

Entiendo que tengo el derecho a anular esta autorización en cualquier momento y tengo el derecho a ver o hacer una copia de esta información de salud protegida para ser revelada en este documento. Entiendo que para revocar la información que significa es por la información en el futuro, no es efectivo por la información en el pasado. Entiendo que la información que fue revelada como un resultado de esta autorización posiblemente en el futuro puede ser sujeto a la nueva revelación por el recipiente y pueda que no ser protegido por ley federal o ley estatal. Entiendo que tengo el derecho a rechazar a firmar esta autorización y que mi tratamiento no es condicional a firmarlo. Esta autorización esta en efecto hasta ser revocada por el paciente.

Firma del paciente o la persona responsable

Fecha

Descripción de autorización de la persona responsable (adjunte la documentación necesaria)

----- PARA EL USO DE NUESTRA OFICINA -----

I attempted to obtain the patient's (or parent's) signature in acknowledgement of this Notice of Privacy Practices, but I was unable to do so as documented.

- Patient or parent was given notice, but I forgot to sign before leaving the office.
- Patient or parent refused to sign.
- Notice was mailed to patient or parent.

Team member: _____

Date: _____