



## 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) Nombre: \_\_\_\_\_

¿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
- Gomitas/Gomitas 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) Nombre: \_\_\_\_\_

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

Epilepsia o ataques: ¿Último ataque? \_\_\_\_\_ ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Medicamento? \_\_\_\_\_

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

# Carolina Pediatric Dentistry



**North Raleigh / Wake Forest**  
2800 Wakefield Pines Drive, Suite 110  
Raleigh, NC 27615

**Downtown Raleigh**  
510 Glenwood Avenue, Suite 110  
Raleigh, NC 27605

**T (919) 570-0180**  
**F (919) 570-0280**  
**www.CarolinaPedo.com**

**E. LaRee Johnson, DDS, MS, FAAPD**  
*Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry*

**Clark L. Morris, DDS**  
*Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry*

**Trang T. Nguyen, DDS, MS**  
*Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry*

**Miranda R. Kalaskey, DDS**  
*Pediatric Dentist*

*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: \_\_\_\_\_

<b>Doctor Signature:</b> _____ <b>Date:</b> _____
---



## 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)?  No  Sí
  - b. ¿Su hijo(a)?  No  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)?  No  Sí
  - b. ¿Su hijo(a)?  No  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, Morris, Nguyen, y Kalaskey.**

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, Morris, Nguyen, y Kalaskey. 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 Nguyen, Kalaskey, 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, Nguyen, Kalaskey, 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 será 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, Nguyen, Kalaskey, 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.
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



# Carolina Pediatric Dentistry



**North Raleigh / Wake Forest**  
2800 Wakefield Pines Drive, Suite 110  
Raleigh, NC 27615

**Downtown Raleigh**  
510 Glenwood Avenue, Suite 110  
Raleigh, NC 27605

**T (919) 570-0180**  
**F (919) 570-0280**  
**www.CarolinaPedo.com**

**E. LaRee Johnson, DDS, MS, FAAPD**  
*Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry*

**Clark L. Morris, DDS**  
*Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry*

**Trang T. Nguyen, DDS, MS**  
*Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry*

**Miranda R. Kalaskey, DDS**  
*Pediatric Dentist*

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

<b>Personas que pueden recibir información.</b> Indique la persona que pueda recibir información sobre su hijo/a.	<b>Tipos de información que podemos compartir.</b> Marque cada caja abajo si la persona a la izquierda puede recibir la información sobre su hijo(a).
<p> <input type="checkbox"/> Correo electrónico:                      _____  <input type="checkbox"/> Teléfono móvil:                      _____  <input type="checkbox"/> Mensaje de voz:                      _____                 </p>	<p> <input type="checkbox"/> Antes de tratamiento/medico  <input type="checkbox"/> Otra _____                 </p>
<p>                     Nombre(s) de los padres:  <input checked="" type="checkbox"/> _____                 </p>	<p> <input type="checkbox"/> Financiero  <input type="checkbox"/> Medico                 </p>
<p>                     Nombre(s) de los abuelos o otro miembro de la familia:  <input checked="" type="checkbox"/> _____                 </p>	<p> <input type="checkbox"/> Financiero o medico  <input type="checkbox"/> Puede firmar para tratamiento                 </p>
<p>                     Marca la caja a la derecha para decir si podemos compartir radiografías con otros doctores cuando estamos haciendo tratamiento con ellos.                 </p>	<p> <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.                 </p>
<p>                     Nombre de la pediatría/medico de atención primaria para enviar correspondencia en referencia a la cita dental del paciente:  <input checked="" type="checkbox"/> _____                 </p>	<p> <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.                 </p>



## 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:** \_\_\_\_\_