



## AUTORIZACIÓN DE CITA

Sírvase enumerar a todas las personas autorizadas para traer a su/s hijos a su cita dental en nuestro consultorio. En la cita de su hijo, se le pedirá que llene un formulario de actualización médica/dental de los seis meses; por lo tanto, la persona que acompañe al niño tendrá la responsabilidad de proporcionar información sobre cualquier cambio médico, medicamentos actuales y sus preocupaciones dentales.

Si su hijo vendrá solo, sírvase llenar dicho formulario antes de la cita y envíelo por fax o email a nuestro consultorio. La persona que acompañe al niño debe tener 18 años de edad o más a fin de poder llenar el formulario médico/dental.

Nombre/s del/os niño/s

---

---

---

---

Adultos Autorizados

1. \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nac. \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Según las Normas de Privacidad<sup>1</sup> de Texas y Federales sobre HIPAA<sup>2</sup>, a nosotros se nos exige mantener la privacidad de la información dental y de salud de su hijo/a. Al firmar esta Autorización, usted acuerda revelar su Información de Salud Protegida<sup>3</sup> tal como se describe en esta Autorización. Si tiene preguntas sobre esta Autorización, por favor, contacte al Oficial de Privacidad de Happy Pediatric Dentistry, P.C. Dicha información puede y será usada de forma oral o escrita para:

- Proporcionar y coordinar el tratamiento de su hijo/a entre varios prestadores de servicios de salud que pudieran participar directa (personal interno como el dentista, higienistas, asistentes dentales y personal administrativo) o indirectamente (su médico, su ortodoncista, laboratorio dental u otros dentistas por motivos de consulta). Todos los miembros de nuestro personal interno han leído y aceptaron esta política.
- Obtener pagos de terceros (p. ej. su compañía de seguro, padre sin custodia física o cualquier otra persona que usted haya presentado por escrito como responsable de las finanzas) por los servicios de tratamiento dental del menor.
- Realizar operaciones de salud normales tales como evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento de la calidad.
- Enviar recordatorios de citas a usted por mensaje de voz, postales, textos o correos electrónicos.
- Proporcionar Justificativos Escolares con sólo la fecha y hora de las citas, a petición suya.
- Reportar maltratos o negligencia a las autoridades competentes si creemos razonablemente que su hijo/a es una posible víctima de malos tratos, negligencia o violencia doméstica o posiblemente de algún otro delito. Revelaríamos la información de salud del menor en la medida necesaria para proteger al niño de alguna amenaza grave hacia su seguridad o la salud y seguridad de terceros.
- Cuando de alguna otra manera lo exija la Ley.

Cualquier otro uso o divulgación se realizará tras su autorización presentada por escrito únicamente.

**Vencimiento de esta Autorización:** Esta Autorización se vencerá automáticamente en un año después de la fecha en que yo la firme a menos que yo (el paciente, el padre o representante indique una fecha o acontecimiento más tempranos aquí: \_\_\_\_\_.

<sup>1</sup> La "Norma de Privacidad" se refiere a los reglamentos emitidos por el U.S. Department of Health and Human Services sobre la ley de HIPAA y el Código de Texas Health & Safety 181.001.

<sup>2</sup> "HIPAA" significa Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos de 1996.

<sup>3</sup> "Información de salud protegida" es información (i) sobre su salud o condición física o de salud, atención sanitaria o el pago por la atención sanitaria; (ii) que lo identifique directa o indirectamente (*es decir*, existe un fundamento razonable par creer que la información podría ser usada para identificarlo i); y (iii) que mantiene o transmite el Plan de Salud.



**Asimismo, solicito que el consultorio dental revele mi Información de Salud Protegida a:**

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Nombre de la organización:   |  |
| Nombre/Título de la persona: |  |
| Dirección, email o fax:      |  |
| Teléfono:                    |  |

*Cuando se revela Información de Salud Protegida como se especifica en esta Autorización, el destinatario podría no tener la obligación legal de proteger su confidencialidad y podría volverla a divulgar.*

**Sus derechos con respecto a esta Autorización:**

- **Usted tiene la autoridad única de decidir si firma o no esta Autorización.** No podemos rehusarnos a darle tratamiento al menor si usted decide no firmarla.
- **Usted puede revocar esta autorización antes de la fecha de vencimiento** enviando una nota por escrito a nuestro Consultorio Dental a la dirección o correo electrónico que se indica en esta Autorización. Sin embargo, la revocación no tendrá efecto alguno sobre las acciones tomadas bajo esta Autorización antes de que Ud. la revocara.
- **El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones** de la información de salud protegida a cualquier persona que usted identifique. No estamos obligados a aceptar dichas restricciones. Sin embargo, si aceptamos alguna restricción, deberemos cumplirla a menos que usted acuerde retirarla por escrito.
- El derecho a recibir una **lista de las veces en las que nosotros o nuestros asociados revelaron su información de salud** para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de salud y ciertas otras actividades por los últimos 6 años. Si usted solicita esta información más de una vez en un período de 12 meses, podríamos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo para responder a estas solicitudes adicionales.
- **El derecho a inspeccionar y obtener copias** de su información de salud, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que le proporcionemos información en un formato que no sean fotocopias. Utilizaremos el formato que usted pida a menos que no sea práctico realizarlo. Usted debe hacer dicha solicitud por escrito.
- **El derecho de solicitar que corrijamos su información de salud protegida.** Deberá hacerlo por escrito, explicando el porqué la información debe ser enmendada. Podríamos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.
- **Si usted cree que se ha violado la privacidad de su información protegida,** Ud. tiene el derecho de presentar una queja por escrito a nuestro consultorio, o al Departamento de Salud y Servicios Humanos, de la Oficina de Derechos Civiles, sobre violaciones de las disposiciones de este aviso o las políticas y procedimientos de este consultorio. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

CON MI FIRMA AL CALCE, CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTA AUTORIZACIÓN. LA FIRMO VOLUNTARIAMENTE. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA TAL COMO SE DESCRIBE EN ESTA AUTORIZACIÓN.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Printed name of Parent or Guardian

## HISTORIA DEL PACIENTE

### Cuéntenos sobre su hijo/a

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de nac.** \_\_\_\_\_  
Nombre preferido \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Niño \_\_\_\_\_ Niña \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Pasatiempos \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Tlf. de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Tlf. de escuela \_\_\_\_\_

**Nombre del padre** \_\_\_ Casado \_\_\_ Soltero \_\_\_ Representante \_\_\_ Padrastro \_\_\_ Padre de crianza  
Nombre \_\_\_\_\_ Lic. de conducir # \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_\_  
Tlfs. Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Email** \_\_\_\_\_

**Nombre de la madre** \_\_\_ Casada \_\_\_ Soltera \_\_\_ Representante \_\_\_ Madrastra \_\_\_ Madre de crianza  
Nombre \_\_\_\_\_ Lic. de conducir # \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_\_  
Tlfs. Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Email** \_\_\_\_\_

**Quién acompaña hoy al niño?** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_  
**Tiene Ud. custodia legal del niño?** \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

**En caso de emergencia, por favor llamar a (aparte del padre o representante):**  
Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Tlf. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Persona responsable de la cuenta** \_\_\_ Padre \_\_\_ Madre \_\_\_ Otro (llenar la siguiente sección)  
Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Lic. de conducir # \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_\_ Vencimiento \_\_\_\_\_  
Tlf. de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

|  |                                 |                          |
|--|---------------------------------|--------------------------|
| <b>Información del Seguro</b>                  | Póliza # _____                  | Grupo # _____            |
| <b>Subscriber</b> ___ Padre ___ Madre ___ Otro |                                 |                          |
| Nombre _____                                   | Fecha de nac, _____             | SS# _____ Relación _____ |
| Empleador del asegurado _____                  | Tlf. del empleador (____) _____ |                          |
| Nombre del Seguro _____                        | Tlf. del seguro (____) _____    |                          |
| Dirección del empleador _____                  |                                 |                          |
| Dirección del seguro _____                     |                                 |                          |

**Podemos solicitar la historia médica del niño como referencia?** \_\_\_ S \_\_\_ N

**Quién nos recomendó? (Optativo)**  
Nombre \_\_\_\_\_ Tlf. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Doy mi **permiso para que se utilice la fotografía de mi hijo/a** bien sea por sí solo o en grupo (con familiares o amigos) para (marque sus preferencias):  
\_\_\_ Sitio Web HPD \_\_\_ Folletos \_\_\_ Medios Electrónicos \_\_\_ Documentos Internos \_\_\_ Con/1er nombre

Por favor, verifique que su póliza dental cubra sus tratamientos antes de venir a la cita. Nosotros también haremos lo posible para verificarlos y calcular su porción del pago antes de la cita, en caso de haberla. El pago de la porción del paciente es pagadera en su totalidad al momento de recibir los servicios. Nosotros enviamos y procesamos los reclamos para todos los seguros dentales. Usted podría ser responsable de cualquier monto restante que no cubra su seguro después de que se haya procesado el reclamo.

# Bienvenido



Motivo de la consulta \_\_\_\_\_ Nombre del niño \_\_\_\_\_

## HISTORIA DENTAL

Es esta su primera cita con el dentista?  S  N

Si no, nombre del dentista anterior  
\_\_\_\_\_

Fecha de última consulta dental \_\_\_\_\_

Se le tomaron radiografías?  S  N

Ha tenido el niño alguna vez...  
problemas con/tratamientos dentales?  S  N  
dolor en la boca?  S  N

traumatismo en la boca/cabeza/cuello?  S  
 N

Está el niño nervioso por el tratamiento dental?  
 S  N  Tal vez

## HISTORIA ALIMENTICIA

Lo ayuda Ud. a cepillarse?  S  N

Usa el hilo dental a diario?  S  N

Lo ayuda Ud. a usar el hilo dental?  S  N

### Does/did your child:

Amamantar?  S  N Edad en que lo dejó \_\_\_\_\_

Biberón?  S  N Edad en que lo dejó \_\_\_\_\_

Come refrigerios más de 2 veces/día?  S  N

Qué bebe con las comidas? \_\_\_\_\_

Qué bebe entre comidas? \_\_\_\_\_

Tiene el niño restricciones dietéticas?  S  N

Tiene algún trastorno alimenticio?  S  N

Toma suplementos de fluoruro?  S  N

Agua:  Acueducto  Pozo  Embotellada

Marca del agua embotellada \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

Pediatra del niño \_\_\_\_\_ Tlf. del Pediatra \_\_\_\_\_

Marque todas las que el niño tenga o haya tenido:  Marque aquí si no ha tenido ninguna

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                        | <input type="checkbox"/> Trastorno emocional          | <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro                           |
| <input type="checkbox"/> Alergias                        | <input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva         | <input type="checkbox"/> Discapacidad física                            |
| <input type="checkbox"/> Artritis                        | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco               | <input type="checkbox"/> Trastorno epiléptico                           |
| <input type="checkbox"/> Asma                            | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Trastorno hepático | <input type="checkbox"/> Drepanocitosis/Anemia                          |
| <input type="checkbox"/> Articulación/válvula artificial | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta        | <input type="checkbox"/> Trastorno del habla                            |
| <input type="checkbox"/> Autismo                         | <input type="checkbox"/> VIH+/SIDA                    | <input type="checkbox"/> Cirugía  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo             | <input type="checkbox"/> Hospitalización              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                          | <input type="checkbox"/> Trastorno renal              | <input type="checkbox"/> Trastorno visual                               |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral              | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al latex        | <input type="checkbox"/> Otro _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito      | <input type="checkbox"/> Trastorno mental             |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Embarazo                     | Hospitalizaciones <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |

Por favor, explique las afecciones marcadas o cualquier otra afección que haya tenido y no esté en la lista: \_\_\_\_\_

Medicamentos a los cuales el niño a tenido una reacción \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma el niño actualmente \_\_\_\_\_

*Entiendo que la información que precede representa la historia de salud de mi hijo/a y que se mantendrá en estricta confidencialidad. Es mi responsabilidad informar a Happy Pediatric Dentistry, PC de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a.*

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/representante

FOR STAFF USE ONLY: I have verbally reviewed the medical/dental information above with the parent/guardian. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Staff's Initials

\_\_\_\_\_  
Date