

# Paquete de Bienvenida Para Paciente Nuevo

For Office Use Only

\*Date: \_\_\_\_\_  
 \*Insurance ID: \_\_\_\_\_  
 Patient Name: \_\_\_\_\_

Por favor llene la siguiente información y asegúrese de que toda la información es correcta.

## Información de Salud del Paciente

\*Apellido del Paciente \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_

\*Género: ( ) Masculino ( ) Femenino ( ) Prefiere no especificar Idioma de preferencia: ( ) Inglés ( ) Español Otro \_\_\_\_\_

\*Edad: \_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento: / / \_\_\_\_\_ \*Peso en libras (lbs): \_\_\_\_\_

\*Raza: ( ) Indio Americano o Nativo de Alaska ( ) Asiático ( ) Negro o Afroamericana ( ) Blanco  
 ( ) Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico ( ) Otra Raza ( ) Prefiere no especificar

\*Ethnicity: ( ) Hispano o Latino ( ) No Hispano o Latino ( ) Desconocido ( ) Prefiere no especificar

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Última visita dental y frecuencia de las visitas: \_\_\_\_\_

\*¿Está el paciente usando medicamentos recetados o sin receta medica?  
 ( ) Si ( ) No Si la respuesta es "Si", explique \_\_\_\_\_

\*¿Está la paciente embarazada?  
 ( ) Si ( ) No ( ) N/A Si la respuesta es "Si", indique la fecha prevista de parto \_\_\_\_\_ ¿Cuántas semanas?: \_\_\_\_\_  
 ¿Naclimiento entre 90 días? / / \_\_\_\_\_

\*¿El paciente tiene algún problema dental o médico de preocupaciones especiales?  
 ( ) Si ( ) No Si la respuesta es "Si", por favor explique y añada cualquier otra información que usted piensa que podría ser importante en el cuidado del paciente: \_\_\_\_\_

\* Es el paciente alérgico a cualquier material de uso general en un consultorio dental (guantes de látex, anestésicos, etc.)?  
 ( ) Si ( ) No ¿Si la respuesta es "Si", explique \_\_\_\_\_

\* Tiene el paciente antecedentes de reemplazo de articulaciones (Cadera, rodilla, hombro, etc.)?  
 ( ) Si ( ) No ¿Si la respuesta es "Si", explique \_\_\_\_\_

	No	Si	Por favor explique
*¿Tiene el paciente algún problema de salud?.....	( )	( )	_____
*¿Está el paciente siendo atendido por un médico en este momento?.....	( )	( )	_____
*¿Ha sido el paciente hospitalizado alguna vez?.....	( )	( )	_____
*¿Sangra el paciente excesivamente al cortarse o se moretea con facilidad?.....	( )	( )	_____
*¿Tiene el paciente problemas emocionales o mentales?.....	( )	( )	_____
*¿Ha exhibido el paciente reacciones a medicamentos?.....	( )	( )	_____
*¿Ha recibido el paciente anestesia local alguna vez?.....	( )	( )	_____
*¿Ha tenido el paciente alguna experiencia dental poco favorable?.....	( )	( )	_____
*¿Ha sufrido el paciente alguna lesión en la boca o los dientes?.....	( )	( )	_____
*¿Tiene el paciente dolor en los dientes hoy o ha tenido dolor en el último mes?....	( )	( )	_____
*¿Es el paciente alérgico/a algún medicamento? .....	( )	( )	_____
*¿Es el paciente alérgico/a algún alimento (por ejemplo, leche, bananas, etc.)?.....	( )	( )	_____
*¿Tiene el paciente alergias ambientales?.....	( )	( )	_____

\*¿Ha tenido el paciente alguna historia o dificultad con lo siguiente? Si es así, por favor marque una "X".

( ) Cáncer	( ) VIH	( ) Anemia	( ) Mononucleosis	( ) Fibrosis quística
( ) Hígado	( ) Asma	( ) Hepatitis	( ) Parálisis Cerebral	( ) Anemia de células falciformes
( ) Pulmón	( ) Desmayo	( ) Convulsiones	( ) Espina Bífida	( ) Desorden Nervioso
( ) Riñón	( ) Diabetes	( ) Tuberculosis	( ) Problemas del habla	( ) Condición de la Piel
( ) Vejiga	( ) Paperas	( ) La malignidad	( ) Labio leporino o paladar hendido	( ) Retraso en el desarrollo
( ) Audición	( ) Sarampión	( ) Hemofilia	( ) Fiebre reumática	( ) Hidrocefalia / Derivaciones
( ) Fumar	( ) Rubéola	( ) Empuje Lingual	( ) Succión digital	( ) Presión Arterial Alta
( ) Tiroides	( ) Ronquidos	( ) Cirugía Cardíaca	( ) Respirar por la boca	( ) Eructos
( ) TMJ	( ) Autismo	( ) Problemas del corazón / Defecto congénito		

\*Por favor, explique: \_\_\_\_\_

\*Estado de Fumar (para pacientes mayores de 13 años):  
 ( ) Actualmente fuma todos los días ( ) Actualmente fuma algunos días ( ) Fumador, estado actual desconocido  
 ( ) Fuma tabaco ligeramente ( ) Fuma tabaco intensamente ( ) Ex fumador (fumador anteriormente)  
 ( ) Nunca ha sido fumador ( ) Se desconoce si ha fumado  
 ( ) Menor de 13 años de edad

Comentarios adicionales \_\_\_\_\_

### \*CERTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Certifico que soy el paciente o padre / tutor legal de \_\_\_\_\_ (paciente) y la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. También doy mi consentimiento para que mi hijo o yo mismo reciba un examen completo oral y dental (incluyendo las radiografías necesarias) y la limpieza dental. Después de la consulta, doy mi consentimiento para todas las formas de tratamiento, la medicación y la terapia indicada para el cuidado dental del paciente antes mencionado. Este consentimiento permanecerá en pleno vigor y en efecto hasta que sea cancelado por cualquiera de las partes. También, entiendo que soy personalmente responsable de cualquier porción de los gastos remanentes en esta cuenta que no sea cubierta por mi seguro.

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del dentista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Paquete de Bienvenida Para Paciente Nuevo

For Office Use Only

\*Date: \_\_\_\_\_  
\*Insurance ID: \_\_\_\_\_  
Patient Name: \_\_\_\_\_

## Información Familiar

\*Padre/Tutor (Paciente de 18 años de edad o mayor): Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

\*Género: ( ) Masculino ( ) Femenino ( ) Prefiere no especificar \*Fecha de Nacimiento: / /

Idioma de preferencia: ( ) Inglés ( ) Español Otro

### Información de la persona de contacto

\*Nombre de la calle: \_\_\_\_\_ \*Ciudad \_\_\_\_\_ \*Estado \_\_\_\_\_ \*Código Postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Para su conveniencia, le contactaremos con Información Importante sobre sus citas.

Número telefónico de casa: ( ) -

Número telefónico móvil: ( ) -

\*La oficina puede contactarme en estos números sobre el paciente y su cuidado dental.\*\*

( ) Sí ( ) No

\*\*Las llamadas de cortesía y/o los textos pueden ser hechos con equipos de auto marcador o con una voz pregrabada o artificial. Aunque no es requerido, la opción de optar para recibir textos o llamadas asegura los recordatorios de las citas.

\*Número de teléfono de emergencia: ( ) -

\*Farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_ \*Número de Teléfono( ) -

\*Médico de preferencia: \_\_\_\_\_ \*Número de Teléfono( ) -

### Miembros de la familia que pueden ser vistos para tratamiento

	Apellido del Paciente	Inicial del segundo nombre.	Primer nombre del paciente	Fecha de Nacimiento del paciente	Número de Medicaid del paciente# (si tiene seguro comercial llenar la sección de abajo)
1.				/ /	
2.				/ /	
3.				/ /	
4.				/ /	
5.				/ /	

La parte de abajo es solo para pacientes con Seguro Comercial

### Primario - Seguro Comercial

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: / / #Póliza: \_\_\_\_\_ #Grupo: \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado: \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ #Teléfono \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el asegurado:  Mismo  Espos(a)  Hijo(a)  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del plan y dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Seguro ( ) -

### Autorización del Seguro - Por favor lea y autorice firmando abajo

Entiendo que el pago se debe realizar antes de que se presten los servicios. Autorizo la divulgación de información a todas las compañías de seguros que se enumeran arriba. Autorizo el pago directamente a mi médico. Autorizo a mi médico a actuar como mi agente en ayudarme a obtener el pago de mi seguro. Entiendo y estoy de acuerdo en que cualquier dinero recibido directamente de mi compañía de seguros será mi responsabilidad de cubrir los costos asociados con los servicios prestados.

Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier parte de mi factura que no sea cubierta por mi seguro.

\_\_\_\_\_  
\*Firma del paciente / padre o tutor legal                      \*Fecha                      \*Relación con el paciente

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

\*Insurance ID: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

## Reconocimiento y Consentimiento

### \*POLÍTICA DE NUESTRA OFICINA SOBRE EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE

Nuestro objetivo en relación con el tratamiento de nuestros pacientes es el de proveerles un cuidado dental de alta calidad utilizando las técnicas y los materiales más avanzados en un ambiente seguro y relajado con nuestro personal experimentado y altamente calificado. Las siguientes son nuestras normas para el tratamiento. Si tiene alguna pregunta o duda en relación con estas normas, por favor no dude en preguntar a nuestros dentistas o miembros del personal en cualquier momento para que las aclare.

#### Tratamiento

Vamos a tratar a usted y a su hijo(a) de la misma manera en que nos tratamos a nosotros mismos o a nuestros propios hijos. Con muy pocas excepciones, la gran mayoría de los tratamientos dentales pueden ser completados en la oficina dental mediante el uso de anestesia local, óxido nítrico o diferentes técnicas de manejo del paciente. Estas técnicas se explican al reverso de esta página. Creemos que estos son enfoques seguros y eficaces para el tratamiento de usted o su hijo. Muchos adultos sienten temor al dentista y como resultado, posponen o retrasan el tratamiento dental necesario causándose serios problemas dentales. Una de nuestros objetivos es demostrar a nuestros pacientes, por ejemplo, que las visitas dentales regulares al dentista de forma preventiva tienen resultados positivos como son: una buena salud oral y dientes y encías saludables. La mayoría de los tratamientos que realizamos (tales como, los sellantes dentales y empastes dentales) están diseñados para prevenir futuros procedimientos dentales costosos y complicados. Nos esforzamos por educar a nuestros pacientes sobre la odontología y de establecer un nivel de confianza en los procedimientos dentales destinados a preservar una buena higiene bucal. El resultado de estos esfuerzos nos ayuda a reducir el número de pacientes que sienten temor de visitar al dentista. El obtener la confianza de nuestros pacientes y de los padres es muy importante y requiere de prestar atención especial a los detalles.

Nuestra meta es la de asegurarnos de que cada paciente tenga una experiencia dental positiva. Entendemos que cada paciente es único y reacciona a situaciones nuevas de forma diferente: es por esto que ganar la atención absoluta del paciente es el primer paso hacia una experiencia dental positiva. Algunos pacientes no sienten temor al tratamiento dental; otros pueden sentir un poco de incertidumbre y temor. Nosotros entendemos y creemos que la presencia de los padres o encargados puede impactar de forma positiva o negativa la atención que presta el paciente durante el tratamiento.

Damos la bienvenida a los padres a acompañar a sus hijos en el entorno clínico. Para algunos pacientes, la presencia de un padre / madre / tutor podría ayudar a la administración de los procedimientos dentales. Para otros pacientes, sin embargo, tener un padre o tutor en la habitación donde se administra el cuidado dental puede causar la desatención y distracción del paciente, la pérdida de la confianza, que no se adhiera a las instrucciones del equipo clínico, y / o que muestre desinterés en establecer buenas relaciones con el dentista que proporciona el cuidado. Estos comportamientos no sólo interfieren con el procedimiento dental, pero también puede poner en riesgo al paciente y al personal clínico. El gerente de la oficina junto con el médico y los padres / tutores trabajarán juntos para identificar la solución más beneficiosa. Después de todo, creemos que cada niño merece tener experiencias positivas dentales el trabajar junto con los padres / tutores nos ayuda a asegurar que todos los pacientes nos reconozcan como un lugar de cuidado, seguro y agradable.

#### Guía de técnicas para pacientes dentales pediátricos

Ofrecemos atención profesional en nuestras oficinas dentales con el más alto esmero a la calidad del cuidado para cada niño. A veces el miedo o nerviosismo de un niño pueden interferir con la capacidad para atender las necesidades dentales de dicho niño. Nos esforzaremos para obtener la cooperación y confianza del niño mediante el uso de técnicas de persuasión amistosas como:

**Explicar-Demostrar-Realizar:** El dentista o asistente dental explica al niño el tratamiento a realizarse mediante el uso de palabras sencillas y fáciles de entender y muestra como realizará el tratamiento dental. Esto se logra utilizando los instrumentos dentales en un modelo dental, en el niño o en el dedo del dentista. Luego de la demostración, el tratamiento se realiza en la boca del niño según fue descrito. Se utilizan palabras amables para lograr que el niño mantenga una actitud cooperadora.

**Estimulación Positiva:** En esta técnica se recompensa al niño que demuestra un comportamiento deseable. Las recompensas incluyen elogios, halagos, una palmadita en la espalda, un abrazo o un premio.

**Control de voz:** El dentista capta la atención de un paciente distraído cambiando su tono de voz. El contenido de la conversación es menos importante que la petición; no obstante, el contenido debe siempre incluir peticiones apropiadas - peticiones que proveen direcciones claras mientras que al mismo tiempo animan al niño.

En ciertas circunstancias, es posible que tengamos que utilizar métodos adicionales para animar a su hijo a participar, tales como:

**Instrumento Bucal:** Se coloca un instrumento de goma o plástico en la boca del niño para prevenir que cierre la boca. Este instrumento ayuda al niño cuando tiene dificultades para mantener la boca abierta.

**Inmovilización Activa:** Esta es una forma de estabilización protectora en la cual el dentista/asistente dental previene el movimiento del niño al sujetar cuidadosamente las manos, la parte superior del cuerpo o la cabeza, o posicionando al niño de manera tal que limite sus movimientos en la silla dental.

**Óxido Nítrico:** La inhalación del Óxido Nítrico/Oxígeno es una técnica segura y efectiva que reduce la ansiedad e incrementa la comunicación entre el dentista y el niño. Aunque el Óxido Nítrico produce síntomas parecidos a la anestesia, el niño no está inconsciente. Al Óxido Nítrico se le conoce también como "gas de la risa".

**Inmovilización Médica / Tabla de Inmovilización:** Este instrumento de inmovilización ayuda a prevenir movimientos inesperados del niño que pudieran lastimarlo y permite al dentista proveer el tratamiento dental necesario. El niño se coloca cómodamente en la tabla de inmovilización pediátrica y ésta se coloca en la silla dental.

Nota: Si usted tiene preguntas relacionadas con alguna de las técnicas descritas anteriormente, por favor comuníquese inmediatamente con nuestro personal clínico dental. Queremos que la experiencia dental de su hijo sea placentera mientras proveemos el tratamiento dental necesario, teniendo presente la seguridad de su niño y de nuestro personal.

Yo, (padre o tutor legal) de \_\_\_\_\_ reconozco que he leído y que entiendo las "Normas de oficina relacionadas con el tratamiento del paciente" y que he revisado la "Guía de Técnicas para Pacientes Dentales Pediátricos" y consiento su uso. Todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente (si es menor de edad): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Paquete de Bienvenida Para Paciente Nuevo

For Office Use Only

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

\*Insurance ID: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

## \*RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL PARA TRANSFERIR AUTORIDAD PARA EL TRATAMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que soy el padre / madre / tutor del niño(a): \_\_\_\_\_ ("el paciente/ paciente"). Yo certifico que otorgo permiso y autorizo a la siguiente personas a transportar al paciente al/desde el consultorio dental para su examen y tratamiento, a acompañar al paciente en Nuestra Oficina, y a tomar cualquier decisión que sea necesaria en relación con el consentimiento para el tratamiento del paciente. Yo designo y reconozco formalmente a la(s) persona(s) nombrada(s) abajo, requiero que me represente como el guardián del paciente en mención, que esté(n) involucrado(s) en el cuidado del paciente y el tratamiento, y que pueda(n) recibir la información de salud del paciente y los registros, incluyendo cualquier información privilegiada o confidencial. Ya he sido informado de la examinación y de los tratamientos necesarios para el paciente. He recibido información suficiente de consentimiento donde se explica el diagnóstico, el propósito de los procedimientos, riesgos materiales, beneficios, alternativas, posibilidades de éxito, y el pronóstico si se rechaza. Por la presente solicito, consiento y autorizo a la oficina, doctores y personal a proporcionar exámenes y dicho tratamientos para el Paciente, incluyendo tratar condiciones que puedan surgir durante el examen y tratamiento. Sin embargo, si se requiere un consentimiento adicional más adelante, yo autorizo a la oficina, doctores y personal a confiar en la persona(s) mencionada(s) arriba para tomar cualquier y todas las decisiones adicionales y a que firme(n) los formularios con respecto al tratamiento del paciente. Entiendo que la oficina no será legalmente responsable de los cambios de tratamiento o las decisiones tomadas por la(s) persona(s) mencionada(s) abajo, y que será responsable de los costos de la atención al paciente generados por las decisiones de la(s) persona(s) no cubiertos por Medicaid o compañía de seguro dental. He sido aconsejado por la oficina que la presencia de los padres es en el mejor interés del paciente; sin embargo, he optado por delegar mi autoridad para tomar decisiones a la(s) persona(s) mencionada(s) abajo, para que acompañe(n) al paciente y actúe(n) en mi nombre por petición mía. Esta forma es válida por un (1) año desde la fecha de la firma, y una copia es tan válida como el original.

Por favor liste a **TODAS** las personas autorizadas a aprobar el tratamiento del paciente

Nadie ( )

Nombre de la persona #1 \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Nombre de la persona #2 \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la persona #3 \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Nombre de la persona #4 \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente (si es menor de edad): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## \*RECONOCIMIENTO DE RECIBO Y CONSENTIMIENTO A LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Al firmar este formulario, usted reconoce que le proporcionamos nuestro documento de Derechos y Responsabilidades del Paciente (que se incorpora aquí como referencia), que lo leyó y lo entendió, y que da su consentimiento a nombre de usted y sus beneficiarios para su contenido. Usted reconoce y comprende específicamente que la página 2 del documento Derechos y responsabilidades del paciente contiene un acuerdo voluntario para resolver cualquier disputa que pueda surgir en el futuro entre las partes según se define en este documento, mediante arbitraje vinculante. En el arbitraje, un tercero neutral elegido por las partes resolverá todas las disputas entre las partes. Cuando las partes acuerdan arbitrar, renuncian a su derecho a un juicio por jurado.

**ESTE ACUERDO RIGE DERECHOS LEGALES IMPORTANTES. LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR.**

**PACIENTE O PADRE / TUTOR DEL PACIENTE:** Con mi firma, certifico que soy el paciente autorizado para firmar en mi nombre y el de mis beneficiarios, o el padre / tutor del paciente autorizado para firmar en nombre del paciente y los beneficiarios del paciente.

Declaro que el paciente me ha conferido la autoridad para firmar el acuerdo para arbitrar en nombre del paciente y sus beneficiarios.

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente (si es menor de edad): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre escrito: \_\_\_\_\_

*For office use only (To be completed only if agreement is not signed)*

1. Was the patient or guardian provided a copy of the Patient Rights & Responsibilities and did he/she have an opportunity to review with you? \_\_\_\_\_

2. Indicate reason patient or guardian did not sign: \_\_\_\_\_

Office team member / Date: \_\_\_\_\_

## \*CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFÍAS

**Fotografías del paciente:** Las fotografías serán tomadas cuando lo considere necesario el médico con el propósito de documentación, planificación de procedimientos de tratamiento, referencias para atención especializada o para presentar reclamaciones de seguro.

**Permiso / Negación de usar fotografías (inicial junto a su selección):**

( ) Por la presente doy permiso para tomar fotografías con el propósito de documentación, planificación de procedimientos de tratamiento, referencias para atención especializada o para presentar reclamaciones de seguro. Las fotografías se mantendrán como parte del expediente del paciente. Al firmar este formulario, usted dará su consentimiento a nuestro uso y divulgación de información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

( ) No otorgo permiso para tomar fotografías con el propósito de documentación, planificación de procedimientos de tratamiento, referencias para atención especializada o para presentar reclamaciones de seguro.

**He leído y entiendo el "Consentimiento informado para las fotografías":**

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente (si es menor de edad): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre escrito: \_\_\_\_\_

# Paquete de Bienvenida Para Paciente Nuevo

For Office Use Only

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

\*Insurance ID: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

## USO DE TELÉFONO EN LA OFICINA Y OTRAS NORMAS DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS

Le recomendamos que disfrute del uso de su teléfono u otro dispositivo electrónico, con algunos límites, en nuestro consultorio dental. Con el fin de proteger la privacidad de los pacientes, los padres y el personal, le pedimos que limite algunos usos y le ayudamos a entender los límites a continuación.

Usted es libre de usar su teléfono y otros dispositivos electrónicos en silencio en nuestra sala de espera:

Usted puede tomar fotos de sus hijos (especialmente para su primera visita dental) en la zona designada de la imagen en nuestra sala de espera.

Por favor, lea, escriba texto, juegue juegos y otras actividades tranquilas en su teléfono. Apague cualquier audio, o use auriculares. Cualquier conversación debe ser tranquila y discreta. Cualquier contenido debe ser apropiado para los niños que podrían ver o escuchar su dispositivo o conversación.

Para respetar la privacidad y seguir siendo corteses con nuestros pacientes que reciben tratamiento, el uso del dispositivo está limitado en cualquier área de tratamiento:

En todo momento: no se pueden tomar fotografías, video o grabación de audio para proteger la privacidad de otros pacientes que reciben tratamiento, pacientes y personal. Antes de que comience el tratamiento: puede usar su teléfono para actividades tranquilas, como juegos, medios sociales y mensajes de texto. Una vez que comience el tratamiento: por favor, no utilice ningún dispositivo electrónico, todas las personas deben estar completamente enfocadas en apoyar el cuidado del paciente durante el tratamiento.

Si se produce una llamada o actividad urgente, por favor remítase a la sala de espera.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con esta norma. Entiendo que cualquier imagen, grabación de audio o de video fuera de las autorizadas en este documento, creada en el consultorio dental, serán propiedad exclusiva de la oficina dental, y no puedo usar, exhibir o distribuir los archivos de ninguna manera.

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente (si es menor de edad): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## \*RECONOCIMIENTO DE RECIBO: AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted reconoce que le hemos proporcionado con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

El Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo nosotros podemos utilizar y divulgar su información de salud. También, describe ciertos derechos que usted tiene sobre su información de salud mantenida por nosotros.

Autorización para divulgar información de salud protegida

Yo autorizo que la información de salud protegida sea divulgada a los siguientes destinatarios:

Nadie ( )

Nombre de la persona #1: \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona #2: \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente (si es menor de edad): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*For office use only*

*To be completed only if Acknowledgement is not signed.*

1. Was the patient given a copy of the Notice of Privacy Practices? [ ] YES [ ] NO

2. Please explain why the patient was unable to sign this Acknowledgement and our efforts to try to obtain the patient's signature:

\_\_\_\_\_

Name/Title

Date

# Derechos y Responsabilidades del Paciente

## Lo Que Usted Debe Saber y Entender Acerca de Su Cuidado Dental



¡Bienvenido a nuestra oficina! Estamos muy contentos de que usted haya elegido a nuestro equipo como su proveedor de atención dental. Nuestro objetivo como su dentista es ayudar a que usted y su familia establezcan hábitos dentales buenos y saludables que duren toda la vida.

**¡Esta información es muy importante!** Usted debe leerla y entenderla antes de recibir cualquier tratamiento.

La razón porque es importante: Este documento explica derechos y responsabilidades, indicando lo que usted debe saber y entender sobre el tratamiento dental. También, le permite saber exactamente cómo planeamos proporcionarle atención dental de calidad a usted y a su familia.

### Lo que ambos nos comprometemos a hacer:

- Usted es responsable de las decisiones de salud bucal de usted y su familia. Nuestro equipo le proporcionará información y ofrecerá asesoramiento profesional, pero en última instancia, usted tomará las decisiones.
- Usted es responsable de practicar buenos hábitos de higiene en el hogar (comer tres comidas saludables, cepillarse dos veces al día y usar hilo dental una vez al día). Usted también es responsable de venir a la oficina dental para limpiezas profesionales regulares.
- Usted es responsable de completar cualquier tratamiento acordado con el fin de garantizar un resultado saludable. A excepción de casos en los que usted tenga dolor o necesite atención de emergencia, podemos rechazar el tratamiento para usted o su familia si usted no se ha presentado a las citas sin una razón adecuada, es disruptivo o podría, a nuestro juicio, representar un riesgo para los otros pacientes, los médicos y el personal.
- Sabemos que tanto los pacientes como los médicos tienen horarios ocupados, por lo que es importante que usted llegue a tiempo a las citas programadas. Si creemos que podría haber un retraso en su cita mientras atendemos a las necesidades dentales de otros pacientes, le comunicaremos y ofreceremos otras alternativas. Le pedimos que haga todo lo posible para notificarnos por lo menos con un día de anticipación si necesita cambiar o cancelar su cita.
- Vamos a tratarnos mutuamente con amabilidad y respeto. Nuestros proveedores de atención odontológica estarán atentos a sus necesidades y vamos a responder a cualquier pregunta que usted pueda tener lo mejor que podamos.
- Nuestros dentistas y el personal harán todo lo posible por proporcionar atención de alta calidad a todos nuestros pacientes, independientemente de su etnicidad, género, lugar de origen, religión, edad o discapacidad. Si consideramos que su atención será proporcionada mejor por otra persona, le proveeremos con una referencia.
- Mantendremos la confidencialidad de la información sobre su salud, visitas al dentista, y planes de tratamiento según los requisitos de privacidad federal y estatal. Es su responsabilidad darnos exacta y honestamente la información completa acerca de su historial clínico y estado de salud actual, de modo que podamos tomar la mejor decisión profesional acerca de sus necesidades de atención médica.

**Antes de comenzar cualquier tratamiento dental:** Después de su examen, uno de nuestros dentistas proporcionará un plan de tratamiento basado en su mejor juicio clínico independiente. Usted tendrá la oportunidad de considerar abiertamente este plan y cuánto va a costar con un profesional dental. Si no está seguro acerca de cualquier tratamiento, lo que pretende lograr o porque es necesario, hable con su dentista antes de acceder al tratamiento.

### Sugerencias de preguntas que debe hacer antes de comenzar el tratamiento:

- ¿Existen otras opciones de tratamiento?
- ¿Cuánto cuesta?
- ¿Cuánto deberé si mi seguro no paga?
- ¿Existe una opción menos costosa?
- ¿Qué podría pasar si no realizo este tratamiento?
- ¿Podría este tratamiento resolver mi problema?

### Siempre puede decidir:

- Aceptar, retrasar o rechazar cualquier parte de las recomendaciones de tratamiento, inclusive el trabajo que ya está en curso.
- Utilizar otras opciones de pago, como crédito y planes de pago extendidos. Siempre debe comprender el costo adicional si usted no paga con dinero en efectivo, ya que las opciones de crédito podrían ser más costosas.
- Buscar una segunda opinión. Puede haber un costo adicional si recibe una segunda opinión de otro dentista. Recuerde que la opinión de cada dentista puede ser diferente. Usted debe elegir la opción de tratamiento que crea correcta de un dentista de confianza.
- Solicitar una copia de sus registros médicos.

### Nuestro Compromiso:

Estamos de acuerdo en cumplir con estas responsabilidades y proporcionar la atención de más alta calidad posible, proteger su privacidad, y acompañarle en su jornada de salud oral. Trabajaremos rápidamente para hacer frente a cualquiera de sus preocupaciones. Queremos ser su dentista para un largo plazo, por lo que es importante para nosotros resolver cualquier problema posible referente a su satisfacción.

Si usted tiene cualquier pregunta acerca de nuestro servicio, su tratamiento o su factura, por favor comuníquese con la oficina, el dentista, o su personal. Nuestra línea directa Patient Satisfaction Specialist (Especialista en Satisfacción al Paciente) está disponible en cualquier momento, sin costo, llamando al 1-888-644-9144.

## Si usted tiene alguna preocupación:

Nos esforzamos en crear una experiencia positiva, memorable para usted durante cada visita, al mismo tiempo que proporcionamos cuidado dental de alta calidad. Estamos comprometidos en asegurarnos que tenga una gran experiencia, pero sabemos que de vez en cuando, es posible que tenga algunas preocupaciones acerca de su visita o tratamiento dental.

Si usted tiene alguna preocupación acerca de su experiencia en nuestra oficina o acerca del tratamiento dental, usted podría tratar de resolver su preocupación hablando primero con el administrador de la oficina o dentista. Si no se puede llegar a una solución satisfactoria, por favor utilice la Línea de Satisfacción al Paciente (Patient Satisfaction Hotline) disponible en cualquier momento al 1-888-644-9144 para compartir sus preocupaciones con un representante Especialista en Satisfacción al Paciente de confianza y con experiencia.

En el caso remoto de que su inquietud o controversia aún no pueda ser resuelta de manera satisfactoria, al firmar a continuación acordamos mutuamente en resolver cualquier duda o controversia mediante arbitraje vinculante según el siguiente acuerdo:

- Nuestra oficina y usted/paciente acuerdan en resolver cualquier conflicto mediante arbitraje vinculante por un solo, independiente y neutral árbitro. El arbitraje es una manera de resolver una controversia entre nosotros sin la participación de los tribunales. Por lo general, es más rápido, más fácil y menos costoso para ambos. Si usted/paciente está de acuerdo con el arbitraje, la decisión es considerará definitiva y usted/paciente no puede ir a la corte o apelar la decisión.
- Acordamos arbitrar cualquier controversia dentro de los 180 días después de la selección de un árbitro, a menos que ambos estemos de acuerdo en un plazo distinto.
- El arbitraje se dará en un lugar reconocido de arbitraje cerca de la residencia de usted/paciente. Este acuerdo de arbitraje incluirá a todas las personas que podrían hacer un reclamo en nombre de usted/paciente, otros haciendo cualquier reclamo representando a usted/paciente y cualquier reclamo basado en tratamientos dentales proporcionados por nosotros a usted/paciente o la familia de usted/paciente.
- Usted/paciente siempre conservará el derecho a presentar un reclamo con nuestros dentistas o cualquier agencia reguladora. Este acuerdo de arbitraje no se aplicará a los conflictos de una terminación involuntaria de la relación entre paciente y dentista.
- Este acuerdo de arbitraje incluirá cualquier controversia contra la oficina, así como sus dentistas, profesionales clínicos y asistentes con licencia o sin licencia, oficiales, directores, empleados, agentes, entidades matrices, subsidiarias, afiliadas, y cualquier persona o entidad que usted alegue ser responsables. Este acuerdo también incluirá controversias que implican al paciente, así como los padre(s) del

paciente, representante, tutor, apoderado, agente o cualquier persona cuya reclamación se deriva a través de o en nombre del paciente, incluyendo cualquier cónyuge, hijo, padre, ejecutor, administrador, representante personal, heredero, o sobreviviente, o cualquier persona con derecho a presentar una demanda por muerte injusta y reclame tener relación con el paciente. Si usted es el padre o tutor del paciente, el paciente es un tercero destinado beneficiario de este acuerdo.

- Este acuerdo para arbitrar cualquier controversia se rige por la Ley Federal de Arbitraje y será administrado por la American Health Lawyers Association (“AHLA”) Asociación Americana de Abogados de la Salud o su sucesor, según su reglamento interno. Si el AHLA no está disponible para administrar el arbitraje, trabajaremos juntos para identificar un árbitro aceptable mutuamente, y si no podemos identificar un árbitro mutuamente aceptable dentro de los diez (10) días después de haber sido notificados acerca de la falta de disponibilidad de AHLA, entonces cualquiera de los dos puede solicitar a un tribunal para nombrar a un árbitro neutral.
- Cualquier árbitro seleccionado seguirá los términos de este acuerdo y las reglas del AHLA desde el momento en que nuestro acuerdo se concreta. El árbitro podrá ser retirado por un acuerdo mutuo escrito. El árbitro va a resolver todos los conflictos entre nosotros, incluidas las reclamaciones por muerte injusta y cualquier controversia sobre las decisiones, la aplicabilidad o el alcance de nuestro acuerdo de arbitraje.
- Cada uno de nosotros puede estar representado por nuestro propio abogado en el arbitraje. Cada uno de nosotros está de acuerdo en pagar las cuotas de nuestros propios abogados y costos, a menos que se especifique lo contrario por el árbitro. El árbitro podría dar los honorarios y gastos del abogado a la parte predominante. Pagaremos los honorarios del árbitro y el AHLA a menos que se ordene lo contrario por el árbitro. Acordamos que el tema de cómo resolver controversias sobre el cuidado dental del paciente es una decisión del cuidado de salud y nuestro acuerdo de arbitraje es una decisión del cuidado de salud. Este acuerdo de arbitraje pasará a formar parte del registro clínico del paciente.
- Si cualquier parte de nuestro acuerdo de arbitraje se determina como no válida, las disposiciones restantes de nuestro acuerdo de arbitraje permanecerán en pleno vigor y efecto.
- Este acuerdo de arbitraje cubre cualquier cuidado posterior y/o tratamiento del paciente por el dentista. Este acuerdo sigue estando en efecto, a pesar de la aprobación del descargo del paciente de la oficina o el terminó de la relación paciente-dentista.
- Estamos de acuerdo en que le proporcionaremos un tratamiento dental incluso si este acuerdo de arbitraje no está firmado por usted.
- Usted/paciente, puede revocar este acuerdo de arbitraje, proporcionando un aviso por escrito en el plazo de treinta (30) días a partir de su firma. Cualquier controversia que surja antes de la revocación permanecerá sujeta a nuestro acuerdo de arbitraje.

**ESTE ACUERDO GOBIERNA IMPORTANTES DERECHOS LEGALES. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR. Este es un acuerdo voluntario para resolver cualquier controversia que pueda surgir en el futuro entre las partes por arbitraje vinculante. En arbitraje vinculante, una tercera parte neutral elegida por las partes resuelve todos los conflictos entre las partes. Cuando las partes acuerdan en arbitrar, renuncian a su derecho a un juicio por jurado.**

# Notificación Conjunta de las Prácticas de Privacidad

## Su información.

## Sus Derechos.

## Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo puede ser usada y divulgada su información médica y cómo puede usted tener acceso a esta información.

**Por favor, revise con cuidado.**

### Sus Derechos - Usted tiene el derecho a:

- Obtener una copia de su expediente médico en papel o electrónico
- Corregir su expediente médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Solicitar que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

#### Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Nosotros le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podríamos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

#### Pregúntenos para

- Proporcionarle información sobre su salud durante seis años antes de la fecha en que lo solicite, con quien la que compartimos y por qué.
- Vamos a incluir todas las declaraciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y algunas otras declaraciones (como cualquiera que nos haya pedido que hiciéramos). Nosotros le podemos ofrecer la contabilidad de un año de forma gratuita, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo si requiere otro en un plazo de 12 meses.

#### Obtenga una copia de esta notificación para corregir su expediente médico

- Usted puede pedir que corrijamos la información médica que este incorrecta o incompleta. Consúltenos cómo hacerlo.
- Podríamos decirle "no" a su solicitud, pero le diremos la razón por escrito dentro de 60 días.

#### Solicite que nos comuniquemos confidencialmente

Usted puede pedirnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, el teléfono de su hogar o el de la oficina) o enviar su correspondencia a una dirección diferente. Le responderemos "sí" a todas solicitudes razonables.

#### Solicite que limitemos lo que usamos o compartimos

Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para el tratamiento, pago, o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si la solicitud afectaría su cuidado. Si usted paga por un servicio de o un elemento de cuidado de la salud de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o de nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que la ley nos obligue a compartir esa información.

#### Obtenga una lista de aquellos con los que hemos compartido información

- Usted puede solicitar una lista (conteo) de las veces que hemos compartido su información
- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si usted tiene ya ha decidido el informe por correo electrónico. Nosotros le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.

#### Elija a alguien para que actúe en su nombre

Si usted ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y que pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

### Sus Opciones - Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información en cuanto a cómo nosotros:

- Informamos a sus amigos y familia acerca de su condición
- Proporcionamos ayuda en momentos de desastres

### Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Si usted tiene una preferencia clara acerca de la forma en que compartimos su información en alguna(s) de las situaciones descritas a continuación, por favor, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y vamos a seguir sus instrucciones. En estos casos, usted tiene el derecho y opción de decirnos que:

- Información compartimos con su familia, amigos, u otras personas involucradas en su cuidado
- Información compartimos en una situación de emergencia

Si usted no puede de decirnos su preferencia, por ejemplo, si pierde el conocimiento, podemos proseguiremos y compartiremos su información si creemos que es en el mejor interés de usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos, no compartimos su información, a menos que usted nos haya dado permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo externos
- La venta de su información

### Nuestros Usos y Declaraciones – Usualmente utilizamos o compartimos su información de salud en las siguientes formas para:

- Tratarlo
- Manejar nuestra organización
- Facturar sus servicios
- Ayudar con problemas de salud pública y seguridad
- Hacer una investigación
- Cumplir con la ley
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Tratar indemnización de los trabajadores, aplicación de la ley, y otras solicitudes del gobierno
- Responder demandas y acciones legales

#### Tratarlo

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo atienden.

*Ejemplo: Un dentista que lo está tratando pide a un cirujano oral una opinión.*

#### Manejar nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para manejar nuestra práctica, mejorar su atención y ponemos en contacto con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos información médica acerca de usted para manejar su tratamiento y servicios.*

#### Facturar sus servicios

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir el pago de planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro de salud, para que paguen por sus servicios.*



# Notificación Conjunta de las Prácticas de Privacidad

## Nuestros Usos y Declaraciones – Continuación

### ¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos requiere compartir su información por otros medios - por lo general de manera que contribuya al bien público, como para la salud pública y estudios. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### Ayuda con problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir la información sobre su salud para determinadas situaciones tales como:

- Prevenir la enfermedad
- Ayudar a retirar productos
- Reportar reacciones adversas de los medicamentos
- Reportar cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o a la seguridad de cualquier persona

### Hacer estudios

Podemos usar o compartir su información para la estudios de salud.

### Cumplir con la ley

Compartiremos su información cuando las leyes estatales o federales lo requieran, en particular con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si ellos quieren confirmar que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

### Trabajar con un médico forense o director de funeraria

Podemos compartir información de salud con un médico forense, o director de la funeraria, cuando una persona muere.

### Tratar indemnización de los de trabajadores, aplicación de la ley, y otras solicitudes del gobierno

Podemos usar o compartir información sobre su salud:

- Para las reclamaciones de indemnización de los trabajadores
- Por razones de orden público o con un agente de la ley
- Con las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno tales como militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidenciales

### Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información médica como respuesta a un tribunal u orden administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

### Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le haremos saber lo antes posible si se produce un incumplimiento que puede poner en peligro la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las funciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le darle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la descrita aquí a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dicen que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

### Recordatorios de citas y Comunicaciones del paciente:

Le comunicaremos recordatorios, confirmaciones, e información de interés diseñada para mejorar su experiencia como cliente y la salud oral si usted proporciona su información de contacto, incluyendo, dirección de correo postal, número de teléfono, dirección de correo electrónico y/o si opta para recibir mensajes de texto. Podemos utilizar tecnología de llamadas automatizadas y mensajes pre-grabados para confirmar la información de su cita, utilizando cualquier número de teléfono que usted nos proporcione. Nuestras comunicaciones con usted solo divulgarán información protegida del paciente para confirmar su información de contacto y seguros, recordarle a usted y/o su hijo de una cita, o para informarle a usted y/o su hijo de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés, tales como los programas de manejo de enfermedades orales. Por favor, infórmenos de inmediato si alguna de su información de contacto cambia.

También podemos enviar un correo electrónico o una carta con información sobre los servicios que ofrecemos en la oficina donde usted u otros miembros de su familia reciben atención.

### Cambios a los Términos de Esta Notificación

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible por solicitud, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web. Efectivo el 14 de Junio del 2019.

### Presentar una queja si considera que sus derechos son violados

- Usted puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros usando la información aquí.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja

**Oficial de Privacidad:** 1090 Northchase Pkwy SE Suite 150  
Marietta GA 30067

Email: [ComplianceTeam@benevis.com](mailto:ComplianceTeam@benevis.com)

Teléfono: 925-817-7668

Fax : 678-285-4788

Para obtener más información o para presentar una queja, puede ponerse en contacto con la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Derechos Civiles de Estados Unidos enviando una carta a:

200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

\* La regla de privacidad HIPAA establece un estándar mínimo nacional. Si alguna ley del estado establece mayores protecciones a la privacidad, debe observarse la ley estatal.