



CENTRO DENTAL PEDIÁTRICO

Dra. Ivette Rodríguez de Vicéns

Odontología Pediátrica

Nombre: _____ Fecha: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____
Mes día año

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____ Zip Code: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Compañía: _____

Nombre de Padre: _____ Ocupación: _____

Teléfono del trabajo: _____ Email: _____

Nombre de Madre: _____ Ocupación: _____

Teléfono del trabajo: _____ Email: _____

Nombre de Pediatra: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL PLAN MÉDICO

Asegurado Principal: _____ Fecha de nacimiento: _____

Plan Dental: _____ Núm. Contrato: _____

HISTORIAL MÉDICO: Señale con (X) si su hijo(a) ha padecido de:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedades del pulmón |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedades renales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedades de sangre |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Impedimento físico |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Retardación mental |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> SIDA (HIV) |
| <input type="checkbox"/> Prematuro | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Es alérgico(a) a penicilina u otro medicamento? _____

¿Ha sufrido de sangramientos profusos? _____

¿Ha sufrido accidentes? _____

¿Ha estado hospitalizado? _____

¿Ha sido sometido a cirugía(s)? _____

¿Padece de alguna enfermedad tipo familiar? _____

¿Está bajo tratamiento médico? _____

¿Está tomando algún medicamento? _____

¿Ha visitado al dentista anteriormente _____ Fecha última cita: _____



CENTRO DENTAL PEDIÁTRICO
Dra. Ivette Rodríguez de Vicéns
Odontología Pediátrica

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Yo, _____, como paciente solicito y autorizo la ejecución de los siguientes procedimientos: _____, considerados necesarios para el diagnóstico y tratamiento dental.

Autorizo el uso de técnicas de manejo de comportamiento, administración de anestésicos, analgésicos y otros medicamentos para realizar estos procedimientos.

La evaluación y rehabilitación dental del niño depende, entre otras cosas, de la conducta y cooperación del adulto en nuestra oficina. Esta conducta, si es negativa, puede afectar el tratamiento dental óptimo y completo. Con este propósito, recomendamos utilizar una o varias de las siguientes técnicas de acuerdo a la cooperación del paciente:

1. Explicar, enseñar y hacer los procedimientos de tratamiento al niño(a).
2. Control de voz por parte del dentista.
3. Uso de abre bocas para evitar que se cierre la boca durante el tratamiento.
4. Mano sobre la boca del niño(a) para que escuche las instrucciones del dentista.
5. Refuerzo positivo, hablarle al niño(a) positivamente.
6. Restricción física, por seguridad, con el uso de amarres de tela (pediboard o papooseboard).
7. Sedación.
8. Anestesia General.

A pesar de usar estas técnicas, si pueden ocurrir complicaciones durante el tratamiento dental, por ejemplo: irritabilidad, laceraciones dentro de la boca debido a los instrumentos dentales, hematomas en la boca y en el cuerpo por las restricciones físicas, obstrucciones respiratorias por aspiración de algún objeto o material dental o puntos rojos en la piel (petequias) debido a fragilidad capilar.

Autorizo, de surgir cualquier imprevisto durante el tratamiento y al juicio de profesional dental a realizar procedimientos adicionales o distintos a los ahora contemplados, aceptando los riesgos que impliquen.

Autorizo a tomar radiografías, fotografías, modelos y grabaciones para completar el expediente y su utilización en la enseñanza de las ciencias dentales y médicas.

Acepto pagar diez dólares (\$10.00) por ausencia sin previa cancelación en 48 horas.

Reconozco la especialidad de la Dra. Ivette Rodríguez Quesada y Asociados son dentistas pediátricos y si mi plan dental no honra los honorarios por ellos establecidos, me responsabilizo de los pagos en su totalidad. Acepto el pago de honorarios por consulta con el paciente de \$25.00 solamente en la visita inicial. Visitas de seguimiento de limpieza no tienen cobro de consulta.

Certifico que he leído, se me ha explicado y demostrado, y entiendo claramente el alcance de esta autorización. Acepto que la garantía de los resultados esperados está sujeta a factores que no son del entero control del profesional a cargo.

En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.

De buena Fe:

Firma del paciente o guardián legal

Testigo



CENTRO DENTAL PEDIÁTRICO

Dra. Ivette Rodríguez de Vicéns

Odontología Pediátrica

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD PROTEGIDA

Con mi consentimiento, la doctora RODRIGUEZ Y ASOCIADOS pueden utilizar y divulgar información de la salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) de mi niño(a) para efectuar tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud oral del menor (TPO por sus siglas en inglés)

Tengo el derecho de revisar su Aviso acerca de las prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. La doctora RODRIGUEZ Y ASOCIADOS se reservan el derecho de modificar su Aviso en cualquier momento. Un aviso enmendado puede obtenerse al dirigirse por escrito a la gerente de la privacidad de la doctora RODRIGUEZ Y ASOCIADOS.

Con mi consentimiento, la doctora RODRIGUEZ Y ASOCIADOS pueden llamar a mi casa u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el buzón de voz o con una persona respecto a cualquier asunto que les ayude a desempeñar sus TPO, tales como recordarme las citas, asuntos de seguro y cualquier llamada relacionada con el cuidado den tal de mi hijo(a), incluyendo resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, la doctora RODRIGUEZ Y ASOCIADOS pueden enviarnos cartas que les ayuden a desempeñar sus TPO a mi casa o a otra ubicación designada, tales como recordatorios de citas y estados de cuenta, siempre y cuando estén marcadas Personal y Confidencial.

Con mi consentimiento, la doctora RODRIGUEZ Y ASOCIADOS pueden enviarnos correos electrónicos a mi casa o a otra ubicación designada, cualquier asunto que les ayude a cumplir sus TPO, tales como recordatorios de citas y estados de cuenta. Tengo el derecho de pedir a la doctora RODRIGUEZ Y ASOCIADOS que limiten como utilizan o divulgan mi PHI para desempeñar sus TPO. Sin embargo, la consulta no está obligada a asentir a mi solicitud para los límites de divulgación. Si lo hace, está sujeta a este convenio.

Al firmar este contrato, estoy consintiendo que la doctora RODRIGUEZ Y ASOCIADOS utilicen y divulguen mi PHI para desempeñar su TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en el caso que la consulta ya haya divulgaciones por atenerse a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, puede que la doctora RODRIGUEZ Y ASOCIADOS se nieguen dar tratamiento a mi niño(a)

Firma del paciente o guardián legal

Nombre del paciente o guardia legal

Nombre del paciente

Fecha



CENTRO DENTAL PEDIÁTRICO

Dra. Ivette Rodríguez de Vicéns
Odontología Pediátrica

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ madre, padre o tutor legal de _____ autorizo a la Dra. Ivette Rodríguez para llevar a cabo los siguientes procedimientos, en parte o en su mayoría ya discutidos en la planificación del tratamiento dental de mi hijo(a) por la Dra. Rodríguez.

Examen Dental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Limpieza Dental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de Fluoruro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Rayos X	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Restauraciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Coronas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Root Canal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Extracciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Cualquier otro procedimiento que decida la doctora	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

Posiblemente utilizemos protección estabilizadora (Ej: Papoose Board) Si No

Entiendo la razón de los procedimientos para ser hechos bajo sedación se relacionan para uno o más de los siguientes:

El grado de tratamiento necesario, edad del niño(a), la ansiedad situacional, el historial médico u otro _____

Alternativas para estos procedimientos has sido completamente discutidos con mi dentista, mencionado anteriormente y tratamientos no incluidos, como protección estabilizadora, anestesia local, anestesia local en combinación con protección estabilizadora o anestesia general.

CLÁUSULA DE CUSTODIA Y PATRIA POTESTAD

Padres: Casados Separados Conviven
 Custodia Patria Potestad Ambos

Yo, _____, soy la persona que tengo derecho sobre el paciente y me comprometo a entregar copia de este consentimiento a la otra parte involucrada con el paciente.

(Letra de Molde)

Firma

Fecha



CENTRO DENTAL PEDIÁTRICO

Dra. Ivette Rodríguez de Vicéns
Odontología Pediátrica

COMPROMISO CON LA SALUD ORAL

Tenemos tres compromisos importantes que debemos compartir con nuestros pacientes. Creemos firmemente en nuestro trabajo y esfuerzo profesionales, por lo que rogamos lea usted cuidadosamente esta página en su totalidad y la firme, indicando que entiende y reconoce estos compromisos y acepta cumplir con ellos.

COMPROMISO CON EL TRATAMIENTO

Creemos que todo tratamiento iniciado debe llevarse a feliz término. Los tratamientos incompletos son causa de problemas, complicaciones, malentendidos y con frecuencia, aumento en los síntomas. Por esta razón, si estamos de acuerdo y accedemos a un plan de tratamiento y el mismo se comienza...debe completarse.

COMPROMISO CON SUS CITAS

Una cita en nuestro programa de trabajo es un compromiso de que estaremos aquí para servirle a usted y de que usted estará aquí para recibir el servicio. Somos enfáticos en este punto y no permitiremos cancelaciones frecuentes y de último momento. De surgir algún conflicto en la hora de su cita es necesario cancelar con 48 horas de anticipación para dar lugar a otros pacientes. Debemos respetar mutuamente el tiempo de cada uno.

COMPROMISO CON LOS HONORARIOS PROFESIONALES Y ARREGLOS FINANCIEROS

Creemos firmemente que tenemos la responsabilidad de ejercer nuestras mejores destrezas profesionales, cuidados y juicio clínico al planificar y ofrecer su cuidado dental. Al firmar, certifica usted que, al recibir toda la explicación del tratamiento a seguir y los costos del mismo, acepta cumplir el compromiso del pago total de honorarios profesionales a nuestra oficina con prontitud.

Firma del paciente

Fecha